

Nota

Takenpakket

verpleeghuisarts/sociaal geriater

Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen

Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie

2003



Inhoud

Inhoudsopgave

PAGINA

Voorwoord: Een einde en een begin	3	3	Patiëntgerelateerde taken: medisch handelen bij kwetsbare ouderen en chronisch zieken	14
1 Een nieuw takenpakket van de verpleeghuisarts/sociaal geriater	4	3.1	Medische taken	15
1.1 Inleiding	4	3.2	Zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement	15
1.2 Historie	5			
1.3 Begrippen	5			
1.4 Doelen van het takenpakket	6			
1.5 Enkele ontwikkelingen en de gevolgen voor de beroepsuitoefening van de verpleeghuisarts/sociaal geriater	6	4	Niet-patiëntgerichte taken	17
– Onderbouwing van het vak	6	4.1	Realiseren randvoorwaarden voor patiëntgerelateerde taken	17
– Toegroeien naar een breed specialisme	6	4.2	De taak van de verpleeghuisarts/sociaal geriater in het netwerk van zorgaanbieders	17
– Patiënten/cliënteninvloed	7	4.3	Onderwijs, scholing en onderzoek	17
– Ketenzorg en extra- en transmuralisering	7	4.4	Management en kwaliteitsmanagement	17
– Managementtaken	8	4.5	Optionele taken	18
– Krappe arbeidsmarkt en praktijkvoering	8			
2 Doelgroep, doelen en kerncompetentie van de verpleeghuis-geneeskunde/sociale geriatrie	9		Literatuur	19
2.1 Doelgroep	9		Bijlage 1	
2.2 Doelen, kerncompetentie en rollen	9		Vaardigheden, attitude en kennis	20
– Doelen: optimaal niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven	9		Bijlage 2	
– Kerncompetentie: integrale benadering	9		Enkele begrippen	23
– Rollen: hoofdbehandelaar, medebehandelaar, consulent	10		Bijlage 3	
2.3 Werkwijze	12		Samenstelling van de werkgroep	24
2.4 Takenpakket en wenselijke vaardigheden, attitude en kennis	13			

Een **einde** en een **begin**

Het vaststellen van een vernieuwd takenpakket door medische beroepsverenigingen is een einde en een begin tegelijk. Het takenpakket, onze visie op ons vak, bevestigt een gegroeide praktijk en verheft deze tot een nieuwe na te streven norm. De ledenvergaderingen van NVVA en NVSG hebben een grondig ontwikkeltraject op 12 december 2002 afgesloten met de vaststelling van deze Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater. De verenigingen willen dat verpleeghuisartsen/sociaal geriater zoveel mogelijk overeenkomstig deze nota gaan werken. Dat betekent dat de verpleeghuisarts/sociaal geriater zijn doelgroep, chronisch zieken en kwetsbare ouderen met complexe problematiek, de kerncompetentie van de integrale benadering biedt, ongeacht de verblijfplaats van de patiënten.

Om dat te bereiken beginnen we met het implementeren van de inhoud van de nota. Een onderdeel daarvan is integratie van de organisaties van de twee beroepsgroepen, verpleeghuisartsen en sociaal geriater. We zijn al een eind op weg. De ledenvergaderingen hebben verder de onderstaande grote lijnen van de implementatie vastgesteld. In 2003 zijn verschillende werkgroepen gestart met de uitvoering ervan. Individueel kunnen artsen de Nota Takenpakket gaan toepassen bij hun dagelijkse taakinvulling, bij aanpassing van hun functiebeschrijving en bij hun loopbaanontwikkeling.

Overleg met landelijke samenwerkingspartners zoals de zorgorganisaties en samenspraak met regionale afdelingen van de beroepsverenigingen zal de interne en externe acceptatie van de nota bevorderen. Ontwikkeling van bij- en nascholingsprogramma's maakt het de artsen mogelijk inhoudelijk naar het brede specialisme toe te groeien. Een belangrijke prioriteit is de ontwikkeling van de praktijkvoering en van mogelijkheden tot taakdelegatie, dit om de groeiende doelgroep van dienst te kunnen zijn. Een andere wens is het verder ontwikkelen van de samenwerking met huisartsen en van de ketenzorg in het algemeen. Het zal vooral helpen de doelgroep, voorzover deze thuis en in het verzorgingshuis verblijft, op maat te bedienen.

Misschien wel de belangrijkste weg voor de implementatie van het nieuwe takenpakket is de opleiding. Daar komt immers de nieuwe arts vandaan. De door de Minister bekrachtigde opleidingseisen zijn tegelijkertijd de wettelijke vastlegging van het medisch specialisme zoals het nieuwe takenpakket dit beschrijft. In overleg met de opleidingen worden eindtermen en een raamcurriculum opgesteld. Deze worden als conceptbesluit opleidingseisen aan het College voor Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde voorgesteld. Ook maken NVVA en NVSG voorstellen voor eisen voor bij- en nascholing en last but not least voor een nieuwe naam voor het specialisme. Ten slotte moet er een grotere opleidingscapaciteit komen met adequate financiering.

Niet alleen het einde van een traject, ook een nieuw begin. Wij danken de opstellers van de nota, de leden van de Werkgroep Takenpakket, voor hun belangrijke bijdrage. Wij hopen dat bij het nieuwe traject de Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater zowel voor de beroepsgroep zelf als voor anderen die bij het werk van verpleeghuisartsen en sociaal geriater betrokken zijn, een goed houvast en een heldere richtingwijzer is.

Roelie Dijkman, voorzitter NVVA

Tinus de Ruijter, voorzitter NVSG

Een nieuw takenpakket van de verpleeghuisarts/ sociaal geriater

1.1 Inleiding

Voor u ligt de *Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater*. Het is de opvolger van de nota *Funcctieomschrijving en takenpakket van de verpleeghuisarts* uit 1992. Voor het opstellen van een nieuw takenpakket en voor samenwerking met de sociale geriatrie waren verschillende aanleidingen.

Ontwikkelingen in het vak leidden ertoe dat de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) al in 2000 een nieuw *Beroepsprofiel verpleeghuisarts* vaststelde. Vervolgens kreeg een werkgroep opdracht om met het beroepsprofiel als uitgangspunt een nieuw takenpakket voor de verpleeghuisarts uit te werken.

In dezelfde tijd waren de besturen van de NVVA en de Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie (NVSG) besprekingen gestart over de toekomst van de verpleeghuisgeneeskunde en de sociale geriatrie. Deze disciplines hebben zich in het verleden vanuit verschillende maatschappelijke behoeften tot afzonderlijke vakgebieden ontwikkeld, elk met een eigen op de doelgroep en werksomgeving afgestemde methode van werken. Doordat verpleeghuisartsen steeds meer transmuraal werken en sociaal geriateren door fusies van ambulante en klinische GGZ-instellingen vaker ook klinisch werk verrichten, groeien de werkwijzen van de sociaal geriater en de verpleeghuisarts naar elkaar toe.

Naar aanleiding van deze ontwikkelingen spraken de besturen van de NVVA en de NVSG de intentie uit de mogelijkheden voor inhoudelijke en bestuurlijke samenwerking verder te verkennen. De ledenvergaderingen van beide verenigingen hebben dit eind 2001 onderschreven. Als uitvloeisel hiervan moest een aantal punten nader worden uitgewerkt. Eén hiervan was na te gaan of de ontwikkeling van een gemeenschappelijk takenpakket mogelijk was. Toen in 2001 de besprekingen met de NVSG van start gingen, werd al snel duidelijk dat de sociaal geriateren zich op hoofdlijnen in het door de NVVA opgestelde beroepsprofiel kon herkennen. Zo kwamen twee trajecten samen.

Vervolgens heeft de Werkgroep Takenpakket contacten gelegd met (bestuurs)leden van de NVSG. Vooruitlopend op besluitvorming binnen het bestuur en de ledenvergadering van de NVSG zijn, met instemming van de beide besturen, in het voorjaar van 2002 enkele sociaal geriateren vanuit

de NVSG als adviseur (en later als lid) in de werkgroep gaan participeren. De taakopdracht werd uitgebreid tot het maken van een takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater, een pakket dus waarin beide beroepsgroepen zich kunnen vinden. De nota legt de toename van de taken vast die in het afgelopen decennium heeft plaatsgevonden; er zijn geen taken toegevoegd die op dit moment nog niet door verpleeghuisartsen en sociaal geriateren worden verricht. In die zin is het nieuwe takenpakket geen uitbreiding, wel is de strekking van de nota dat de beschreven taken meer in den brede dienen te worden uitgeoefend. Het takenpakket is *toekomstgericht*. Dat wil zeggen dat het niet alleen inspeelt op ontwikkelingen binnen de vakgebieden van de verpleeghuisgeneeskunde en de sociale geriatrie, maar ook op maatschappelijke ontwikkelingen. Niet alle taken zullen nu al regelmatig door alle verpleeghuisartsen en alle sociaal geriateren worden uitgeoefend. Voor de toekomst is dit wel het streven. Dat wil zeggen dat het takenpakket gezien moet worden als het basispakket van het beroep. De buitenwereld moet mogen verwachten dat een arts die als verpleeghuisarts/sociaal geriater is opgeleid en als zodanig volledig is geregistreerd, deze taken kan en waar nodig zal uitoefenen. Bij een toekomstgerichte visie hoort het besef dat dit takenpakket over enkele jaren misschien weer bijgesteld moet worden. Vanwege de dynamiek van de ontwikkelingen in de zorg is het onder-tussen wenselijk ervan uit te gaan dat het takenpakket flexibel is.

Na vaststelling van dit gezamenlijk takenpakket door de ledenvergaderingen van NVVA en NVSG eind 2002, volgt de discussie over de naamgeving van het geïntegreerde medisch vakgebied. Voor deze volgorde is gekozen om de naamgeving de inhoud te laten volgen en niet andersom. Aan het CHVG (College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde) zal worden verzocht de verpleeghuisgeneeskunde, die al een erkend medisch specialisme is, te verbreden. Het vakgebied wordt dan een medisch specialisme dat zich richt op kwetsbare ouderen en chronisch zieken met als doel hun functionele autonomie en kwaliteit van leven in stand te houden dan wel op een voor de patiënt optimaal niveau te brengen, ongeacht de plaats waar zij verblijven (zie verder hoofdstuk 2).

Het vaststellen van de Nota Takenpakket is pas het begin. Voor het realiseren ervan zijn verschillende randvoorwaarden nodig. Behalve de verbreding van het specialisme,

nieuwe opleidingseisen en een nieuwe naam komen in het vervolgtraject naar verwachting ook onderwerpen aan de orde als capaciteitsplanning, *caseload*, kwaliteit van zorg, praktijkondersteuning, registratie, bijscholing en samenwerking tussen NVVA en NVSG. Daarnaast dient er aandacht uit te gaan naar de organisatorische vormgeving van de wijzen waarop verpleeghuisartsen/sociaal geriater dit takenpakket kunnen waarmaken. Dit zal moeten gebeuren in overleg en samenwerking met de instellingen waaraan ze verbonden zijn en met andere zorgaanbieders, zowel lokaal als op het niveau van de landelijke organisaties. Plannen voor deze onderwerpen maakten geen onderdeel uit van de taakopdracht van de Werkgroep Takenpakket.

1.2 Historie

VERPLEEGHUISGENEESKUNDE

De verpleeghuisarts richt zich van oorsprong vooral op de medische zorg binnen de muren van het verpleeghuis. Binnen de verpleeghuissetting behandelen verpleeghuisartsen zowel mensen met somatische als met psychogeriatrische problemen, alsmede patiënten met een combinatie van beide. Vanwege de wens van ouderen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, is de verpleeghuisarts steeds meer transmuraal gaan werken (dagbehandeling, substitutieprojecten, consultatie). In toenemende mate wordt de verpleeghuisarts thans ook verantwoordelijk voor patiënten in het verzorgingshuis, de thuissituatie en het ziekenhuis.

Sinds 1990 is de verpleeghuisgeneeskunde een erkend medisch specialisme. Het jaar daarvóór, in 1989, startte de tweejarige opleiding tot verpleeghuisarts aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Later kwamen er ook opleidingen aan de universiteiten van Nijmegen en Leiden. In 1992 bracht de NVVA de nota *Functieomschrijving en takenpakket van de verpleeghuisarts* uit, waarin het standaardtakenpakket van de verpleeghuisarts werd beschreven. Deze nota is leidraad geweest in de eerste fase van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid, bij het opstellen van de opleidingscurricula en bij de ‘transmuralisering’ van de verpleeghuisgeneeskunde.

Gaandeweg heeft het vakgebied zich zowel wat de inhoud als de organisatie betreft sterk ontwikkeld. Actualisering van het takenpakket was derhalve op zijn plaats. Om aan deze veranderingen richting te geven is in 2000, als eerste stap, een nieuw *Beroepsprofiel verpleeghuisarts* opgesteld. Het beroepsprofiel beschrijft de kerncompetentie van het vak. Het vormt de basis voor de verdere ontwikkeling van de verpleeghuisgeneeskunde en de beroepsuitoefening van de verpleeghuisarts. Momenteel zijn er ruim 1100 geregistreerde verpleeghuisartsen.

SOCIALE GERIATRIE

De sociale geriatrie heeft zich ontwikkeld vanuit de afdelingen ouderenzorg van RIAGG's. Deze afdelingen vervulden taken op het gebied van zowel de psychogeriatric als de ouderenpsychiatrie. Hoewel voor de sociaal geriater de na-

druk ligt op het diagnosticeren, behandelen en begeleiden van patiënten met gedragsstoornissen ten gevolge van cognitieve defecten, vervult hij ook taken op het vlak van begeleiding en medebehandeling van patiënten met ouderenpsychiatrische problematiek. Daarnaast geeft de sociaal geriater preadviezen voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis. De sociaal geriater is verder van oudsher een belangrijke consulent voor de huisarts. Een aantal sociaal geriater doet ook dienst in de acute psychiatrie, maar sociaal geriater beschouwen dit niet als hun eigenlijke werk.

Het is niet altijd goed mogelijk de ouderenpsychiatrie en de psychogeriatric van elkaar af te bakenen, bijvoorbeeld bij het opstellen van een differentiaal diagnose bij beelden als delier, psychose, depressie of angststoornissen. De verpleeghuisarts/sociaal geriater van de toekomst zal dan ook over kennis en vaardigheden op beide terreinen moeten beschikken. Ook de methoden voor het analyseren, behandelen en begeleiden van het systeem rond de patiënt – een vorm van hulpverlening waarmee in de ambulante ouderenzorg veel ervaring is opgedaan – vertonen voor de ouderenpsychiatrie en de psychogeriatric veel overeenkomsten.

In de jaren negentig heeft de sociale geriatrie haar takenpakket, eindtermen en kwaliteitscriteria vastgelegd in drie nota's, namelijk *Protocol psycho-organische stoornissen en de taak van de sociaal geriater* uit 1995, *Vervolgopleiding sociaal geriater* uit 1996 en *Kwaliteitscriteria voor de beroepsuitoefening van artsen werkzaam in de sociale geriatrie* uit 1997. Deze nota's zijn de leidraad geweest voor het onderwijscurriculum, zoals vastgelegd in het *Leerplan Verkorte Opleiding sociaal geriater*. (1998)

Inmiddels zijn de RIAGG's voor het overgrote deel opgegaan in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Deze leveren een breed pakket aan GGZ-zorg, waaronder die voor ouderen. Ook hier hebben de ontwikkelingen in de richting van transmuraal werken gevolgen voor het werkgebied. In tegenstelling tot de verpleeghuiswereld verloopt de beweging hier van buiten naar binnen: de sociaal geriater gaat behalve ambulant ook poliklinisch, in deeltijdsetting en intramuraal werken. Daarbij kwamen ook nieuwe patiëntengroepen in beeld, zoals mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

Sinds 1998 bestaat er een korte opleiding (twee jaar) tot sociaal geriater. De opleiding wordt door Gerion in Amsterdam georganiseerd. Afgestudeerden worden in het verenigingsregister van de NVSG ingeschreven. Momenteel zijn er ongeveer 150 artsen werkzaam als sociaal geriater van wie er circa tachtig geregistreerd zijn in het eigen register van de vereniging.

1.3 Begrippen

In deze nota worden de volgende centrale begrippen gebruikt:

Beroepsprofiel: omschrijving van de doelgroep(en) waarvoor

de verpleeghuisarts/sociaal geriater verantwoordelijk is, van hetgeen hij¹ wil bereiken en van de kerncompetenties die hiervoor nodig zijn.

Taak: een met elkaar samenhangend geheel van activiteiten, waarmee een verpleeghuisgeneeskundig/sociaal-geriatriesch doel wordt nagestreefd. Dit doel kan rechtstreeks in verband staan met de hulpverlening dan wel voorwaarden-scheppend zijn.

Takenpakket: het geheel van taken waartoe de verpleeghuisarts/sociaal geriater tenminste in staat moet zijn om het gestelde in het beroepsprofiel te realiseren en waarop elke verpleeghuisarts/sociaal geriater aanspreekbaar is. Deze taken zijn deels patiëntgebonden en voor een ander deel niet-patiëntgebonden.

Optionele taak: taak die niet behoort tot het takenpakket van de verpleeghuisarts/sociaal geriater en dus ook niet door elke verpleeghuisarts/sociaal geriater beheerst hoeft te worden, maar die wel een bevorderlijke voorwaarde is voor de uitoefening en de verdere ontwikkeling van de verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie. Voor de uitoefening van deze taken zijn extra vaardigheden en/of opleiding nodig.

In de als bijlage bij deze nota opgenomen begrippenlijst wordt naast deze centrale begrippen nog een aantal andere begrippen omschreven.

1.4 Doelen van het takenpakket

Het takenpakket heeft de volgende doelen:

- Het geeft voor de individuele verpleeghuisarts/sociaal geriater 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 verpleeghuisarts/sociaal geriater; dit geldt zowel ten aanzien van andere medische beroepsbeoefenaren, als ten aanzien van paramedische, psychosociale, verpleegkundige en verzorgende disciplines waarmee de verpleeghuisarts/sociaal geriater (in het netwerk) samenwerkt.
- Het kan als hulpmiddel fungeren bij de ontwikkeling van een programma voor wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van richtlijnen en handreikingen voor de beroepsuitoefening.
- Het is wat de opleiding betreft richtinggevend bij het formuleren van eindtermen en een raamcurriculum en bij het vaststellen van de daarop gebaseerde opleidingseisen door het CHVG. Op grond van deze opleidingseisen zullen de opleidingen hun leerplannen gaan ontwikkelen.
- Het is richtinggevend voor de eisen voor herregistratie en het vaststellen van geaccrediteerde bij- en nascholing in het kader van herregistratie.
- Het geeft richting aan aanpassingen van de taak/functiebeschrijving van de individuele verpleeghuisarts/sociaal geriater.
- Het kan als hulpmiddel fungeren bij de loopbaanontwikkeling van verpleeghuisartsen en sociaal geriater.

1.5 Enkele ontwikkelingen en de gevolgen voor de beroepsuitoefening van de verpleeghuisarts/sociaal geriater

In de verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie, in de gezondheids- en de ouderenzorg en in de samenleving is een aantal ontwikkelingen gaande die consequenties hebben voor de beroepsuitoefening en waarmee bij het opstellen van een nieuw takenpakket rekening moet worden gehouden. Hieronder komen enkele van die ontwikkelingen aan de orde.

ONDERBOUWING VAN HET VAK

Binnen de verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie wordt naar een wetenschappelijke onderbouwing van het vak gestreefd. Beroepsbeoefenaren dienen zoveel mogelijk *evidence based* respectievelijk overeenkomstig *best practice* te werken. Het wetenschappelijk onderzoek in beide nu nog te onderscheiden vakgebieden is in ontwikkeling en dient in de nabije toekomst verder geïntensiveerd en uitgebreid te worden.

Op basis van de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek en systematisch geordende praktijkervaringen zullen *evidence based*-richtlijnen en *best practice*-werkwijzen worden ontwikkeld en in het kader van het kwaliteitsbeleid van de verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie worden geïmplementeerd. Hierbij zal in toenemende mate worden samengewerkt met andere medisch specialisten, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden, opdat multidisciplinaire ketenkwaliteit tot ontwikkeling kan komen.

TOEGROEIEN NAAR EEN BREED SPECIALISME

Om naar één specialisme verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie toe te groeien zal van de huidige verpleeghuisartsen en sociaal geriater gevraagd worden dat zij zich elk op verschillende terreinen van hun beroepsuitoefening bijscholen. In de toekomstige opleiding tot verpleeghuisarts/sociaal geriater moeten zij op een brede beroepsuitoefening worden voorbereid en hierbij moet het hele takenpakket aan de orde komen. Uitgangspunt is dat het medisch specialisme verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie door alle beroepsbeoefenaren als generalistisch specialisme in zijn geheel wordt beheerst en er daarbinnen geen nieuwe specialismen ontstaan; het is onwenselijk dat er in de geriatrie een verdergaande differentiatie plaatsvindt. Wel zullen verpleeghuisartsen/sociaal geriater zich op bepaalde zorgfuncties, bijvoorbeeld palliatieve-terminale zorg, revalidatie of ouderenpsychiatrie, kunnen gaan toelagen en wellicht speciale aandachtsgebieden ontwikkelen.

Van de huidige verpleeghuisartsen zal met name worden gevraagd dat zij zich naast de reguliere bijscholing zonnodig bijscholen in verschillende psychiatrische ziektebeelden zoals depressie en psychose, maar ook dat zij in een geriatriesch netwerk met steeds meer verschillende intra- en extramurale settings (verpleeghuis, verzorgingshuis, kleinschalige woonvoorzieningen, ziekenhuis, eerste lijn, GGZ) kunnen functioneren. Zoals de sociaal geriater al gewend

is, zal ook de verpleeghuisarts meer en meer in een vroegtijdig stadium bij de zorgverlening aan kwetsbare (oudere) patiënten betrokken worden en zal hij de patiënt met wisselende intensiteit gedurende het gehele zorgtraject begeleiden (trajectbegeleiding). Van de huidige sociaal geriater zal worden gevraagd zich ook intramuraal te profileren. Hij zal zich ook de complexe somatische problematiek bij kwetsbare ouderen eigen moeten maken. Voor beide beroepsgroepen betekent het toegroeien naar één specialisme dus een nog verdere verbreding en verdieping van hun vakgebied. Het takenpakket, dat in de afgelopen jaren al uitgebreid is, zal in de toekomst nog omvangrijker, gevarieerder en complexer worden.

PATIËNTEN/CLIËNTENINVLOED

Patiënten en hun naasten stellen in toenemende mate eisen aan zorg en behandeling. Zij willen goed geïnformeerd zijn voordat zij toestemming geven voor de voorgestelde zorg en behandeling. Eisen worden ook gesteld aan bejegening, privacy en transparantie in het handelen. Er zal steeds meer differentiatie in de voorkeuren van patiënten komen en in de wijzen waarop zij hun problemen presenteren, onder andere door het toenemende aantal allochtonen onder hen. Met allerlei wet- en regelgeving worden deze ontwikkelingen door de overheid ondersteund (bijvoorbeeld patiëntenwetgeving, de modernisering van de AWBZ en de herziening van het zorgstelsel).

Als in het kader van de modernisering van de AWBZ het persoonsgebonden budget breed wordt ingevoerd en de contracterplicht voor zorginstellingen wordt afgeschaft, zal een situatie ontstaan waarin de patiënt² in feite de opdrachtgever van de zorginstelling wordt. De sturing en de sturingsmechanismen in de zorg komen dan steeds meer bij de cliënten/patiënten te liggen. Cliënten zullen een bepaald pakket aan zorg en dienstverlening verlangen waarbij voor hen het resultaat, bijvoorbeeld kwaliteit van leven, voorop staat; tegelijkertijd zullen ze verwachten dat dit pakket voldoet aan de (onder andere professionele) kwaliteitseisen die eraan gesteld mogen worden. De zorgaanbieders zullen in deze lijn een meer gedifferentieerd en op bepaalde patiëntengroepen toegespitst zorgaanbod ontwikkelen, waarbij hoge eisen worden gesteld aan kwaliteit en transparantie. Hoe deze veranderingen voor de professionals precies zullen uitpakken, is op dit moment nog moeilijk in te schatten. Wel is duidelijk dat ook zij zich nog meer rekenschap van de wensen en de behoeften van patiënten zullen moeten geven, onder andere om het zorgaanbod goed daarop af te stemmen.

KETENZORG EN EXTRA- EN TRANSMURALISERING

Verpleeghuisartsen werkten van oudsher vooral intramuraal en sociaal geriater vooral ambulante. Dit is aan het veranderen: verpleeghuisartsen/sociaal geriater werken beiden in toenemende mate in het hele veld van de ouderenzorg. De aard van de problematiek is in hoofdzaak bepalend voor de inhoud van de zorg van de verpleeghuisarts/sociaal

geriater en niet de plaats waar de patiënt verblijft. Transmurale samenwerking met andere (medische) disciplines wordt steeds belangrijker om de patiënt naadloos van de ene zorgvorm naar de andere te loodsen (netwerkvorming en ketenkwiteit). Voor bepaalde groepen patiënten (bijvoorbeeld CVA- en orthopedische patiënten) is de ketenzorg nu al sterk in ontwikkeling. Hierdoor nemen de samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen en andere zorgaanbieders toe en speelt de verpleeghuisarts/sociaal geriater hierin als consultant of behandelaar een belangrijke rol.

Dat de zorg steeds meer extramuraal wordt geboden is voor de sector verpleging/verzorging een belangrijke ontwikkeling. Voor de GGZ was deze reeds eerder ingezet. Deze ontwikkeling hangt enerzijds samen met het gebrek aan intramurale capaciteit, anderzijds met de wens van veel patiënten om zo lang mogelijk thuis zorg te ontvangen. In toenemende mate ontstaan er kleinschalige woonvoorzieningen, waar bescherming en ondersteunende zorg geboden worden.

Huisartsen en verpleeghuisartsen/sociaal geriater maken in toenemende mate afspraken over het bieden van medische zorg voor patiënten met een complexe problematiek die buiten verpleeghuis of APZ verblijven. In verzorgingshuizen is deze ontwikkeling momenteel het duidelijkst zichtbaar. Verpleeghuisartsen/sociaal geriater zijn in de rol van consultant en medebehandelaar vaak bij de medische zorg betrokken. In de concept-regelgeving van de gemoderniseerde AWBZ wordt de mogelijkheid geboden dat de verpleeghuisarts/sociaal geriater voor de voor behandeling geïndiceerde bewoners van het verzorgingshuis de gehele verantwoordelijkheid voor de medische zorg op zich neemt. Het is niet uitgesloten dat in de toekomst ook afspraken met huisartsen gemaakt zullen worden voor ouderen die in kleinschalige woonvoorzieningen dan wel thuis verblijven. Welke afspraken precies worden gemaakt, hangt af van de plaatselijke mogelijkheden en opvattingen.

De huidige verpleeghuis- en GGZ-voorzieningen voor chronische zorg zullen door de transmuralisering meer de functie van expertisecentrum met een aantal intramurale functies krijgen. Hier zal revalidatie beschikbaar zijn in de vorm van dagbehandeling en kortdurende intramurale opname. Ook in crisissituaties kunnen in deze instellingen patiënten worden opgenomen. Verder zullen er patiënten verblijven die langdurige complexe somatische zorg nodig hebben (MS, CVA, vegetatieve toestand), psychogeriatrische en ouderenpsychiatrische patiënten met ernstige gedragsproblematiek, alsmede andere specifieke groepen. Hoewel verpleeghuisartsen/sociaal geriater dus in uiteenlopende settingen hun taken zullen uitoefenen, is het wenselijk dat zij ook een band houden met een multidisciplinair expertisecentrum, waar patiënten intramuraal worden opgenomen. Het is namelijk voor behoud en ontwikkeling van de deskundigheid van de verpleeghuisarts/sociaal geriater van belang dat hij veel verschillende kwetsbare ouderen en chronisch zieken met een complexe problematiek ziet en behandelt.

VOETNOOT

- ¹ Overall waar in deze nota 'hij' staat, kan ook 'zij' gelezen worden
- ² In deze nota wordt op veel plaatsen de term patiënt gebruikt; men kan hier desgewenst ook 'cliënt' lezen.

MANAGEMENTTAKEN

In de huidige werksetting hebben verpleeghuisartsen/ sociaal geriaters veelal belangrijke managementtaken ten aanzien van het multidisciplinair werken, de bewaking van de kwaliteit van zorg en andere processen op organisatie-niveau.

Gegeven de mogelijkheden tot verbreding, extramuralisering en verdere specialisatie van het zorgaanbod speelt de verpleeghuisarts/sociaal geriater een steeds belangrijkere rol als ontwikkelaar van nieuwe zorgarrangementen in diverse settingen, zoals CVA-zorg, palliatieve terminale zorg en zorg voor specifieke doelgroepen. Hierbij is hij ook medeverantwoordelijk voor het creëren van de juiste randvoorwaarden om deze zorgarrangementen te kunnen realiseren. Hiervoor is het nodig dat hij op een of andere wijze, direct of indirect, participeert in het management en de beleidsontwikkeling van de zorginstelling³.

KRAPPE ARBEIDSMARKT EN PRAKTIJKVOERING

Het aantal feitelijke taken van verpleeghuisartsen zal nog verder toenemen en zij zullen op meerdere locaties voor steeds meer patiënten verantwoordelijk worden.

De arbeidsmarkt voor verpleeghuisartsen is nu al heel krap en als gevolg van de vergrijzing zal de behoefte aan chronische zorg en daarmee aan verpleeghuisartsen alleen maar verder toenemen. Hier ligt een belangrijk spanningsveld voor de toekomst dat voor het grootste deel in het vervolgtraject van deze nota aangepakt moet worden. Belangrijk voor het oplossen van dit spanningsveld zal zijn dat verpleeghuisartsen meer dan nu in afstemming gaan werken met hen ondersteunende disciplines (afdelingshoofden, praktijkverpleegkundigen of geriatrisch verpleegkundigen en EVV-ers). De verpleeghuisarts zal dan wel de regie houden maar waar mogelijk meer taken aan anderen overlaten. Sociaal geriaters zijn al meer gewend taken met sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-en) te delen, respectievelijk deze aan hen te delegeren. Voorzover deze verschuiving thuiswonende patiënten betreft, zal hij ook afgestemd moeten worden op de rolverdeling met de huisarts.

Voor de ontwikkeling van het vak en de beroepsuitoefening heeft dit als voordeel dat de verpleeghuisarts/sociaal geriater zich meer op zijn kerncompetentie, de integrale benadering, en op de nog specifiek aan te wijzen essentiële aspecten van zijn taken kan toeleveren. Hoe de ondersteunende functie (inclusief de bestaande functie van SPV-en) zich gaat ontwikkelen en welke taken en bevoegdheden hieraan gekoppeld zullen worden, is op dit moment nog niet te zeggen.

Een ander aspect van de praktijkvoering zijn de zakelijke randvoorwaarden waarbinnen de verpleeghuisarts/sociaal geriater zijn werkzaamheden verricht. Het is denkbaar dat hij, inspelend op de toenemende mogelijkheden van vraagsturing, zijn dienstverband verruimt voor vrij ondernemerschap en bijvoorbeeld een maatschap opricht. Ook is het denkbaar dat hij zich verbindt aan een huisartsenpraktijk of aan een ziekenhuis in plaats van aan

een GGZ-instelling of een aanbieder van verpleging/ verzorging.

Voor een deel zijn de bovenbeschreven ontwikkelingen door de beroepsgroep zelf te sturen met als doel om de doelgroep zo goed mogelijk van dienst te zijn ondanks de groeiende vraag en de dreigende schaarste.

VOETNOTEN

3 zie NVVA-NVZ nota *Managementparticipatie door verpleeghuisartsen*.

Doelgroep, doelen en kerncompetentie van verpleeghuisgeneeskunde en socialegeriatrie

Doelgroep, doelen en kerncompetentie zijn in hun onderlinge samenhang bepalend voor de beroepsuitoefening en de invulling van de taken van de verpleeghuisarts/sociaal geriater.

2.1 Doelgroep

De verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie richt zich vooral op kwetsbare patiënten en chronisch zieken, met name ouderen, in relatie tot het zorgsysteem (geheel van patiënt, naasten en hulpverleners). Deze patiënten zijn door diverse factoren op somatisch, maatschappelijk, psychisch en communicatief gebied in een wankel evenwicht geraakt ten aanzien van hun functionele autonomie en het voeren van de regie over hun bestaan. Ook kan het evenwicht reeds verstoord zijn, met als gevolg een neerwaartse spiraal van toenemend functieverlies. Eén en ander kan resulteren in een complexe problematiek. Het komt ook voor dat de inzet van het vak zich speciaal op het zorgsysteem richt. Belangrijke oorzaken van de toenemende kwetsbaarheid zijn het verlies aan reserves en de vermindering van het aanpassingsvermogen. Dit laatste als gevolg van chronische ziekten en biologische veroudering – die elkaar veelal versterken – alsmede verlies op persoons- en relationeel niveau door het wegvallen van belangrijke anderen, een beperkt informeel netwerk en het kwijtraken van sociale rollen.

De doelgroepen van de verpleeghuisarts/sociaal geriater bevinden zich voornamelijk in het ‘geriatisch zorgtraject’ en hierdoor fungeert hij vooral als arts voor ouderen. De uitgangspunten van de verpleeghuisgeneeskunde zijn echter ook toepasbaar op de zorg voor jongere patiënten met een vergelijkbare complexe problematiek. Binnen de verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie is voor verschillende groepen patiënten specifieke kennis en deskundigheid ontwikkeld. In hoofdstuk 3 is een lijst opgenomen met de ziektebeelden die het vaakst voorkomen bij de doelgroep van de verpleeghuisarts/sociaal geriater.

2.2 Doelen, kerncompetentie en rollen

DOELEN: OPTIMAAL NIVEAU VAN FUNCTIONELE AUTONOMIE EN KWALITEIT VAN LEVEN

Het doel van de verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie is het behouden of bereiken van het voor de betrokken patiënt optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven. Om dit te bereiken zijn zowel diagnostiek en behandeling (*cure*) als zorg (*care*) aangewezen. In de verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie nemen ook de relatie tussen de patiënt en zijn omstandigheden en die tussen de patiënt en zijn zorgsysteem een essentiële plaats in. Soms wordt ook het zorgsysteem behandeld, met als doel het bereiken van het voor het zorgsysteem optimale niveau van lichamelijke en psychische gezondheid en kwaliteit van leven. Het verpleeghuisgeneeskundig/sociaal-geriatisch handelen en het zorgproces zijn met name gericht op het voorkómen dan wel beperken van negatieve functionele en psychosociale gevolgen van ziekten.

KERNCOMPETENTIE: INTEGRALE BENADERING

Gegeven deze doelstellingen is de kerncompetentie van de verpleeghuisarts/sociaal geriater dat hij bij de uitoefening van zijn beroep zijn medisch-geriatische deskundigheid verbindt met deskundigheid op het gebied van zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement⁴. Hiertoe bedient hij zich van een integrale, probleemgeoriënteerde methode van diagnostiek en interventies op het niveau van ziekten en ziektegevolgen en van het zorgsysteem⁵. De verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie kenmerkt zich dus door een integrale wijze van kijken naar de patiënt en het zorgsysteem, met inachtneming van zijn huidige toestand, zijn voorgeschiedenis, zijn persoonlijkheid en zijn sociale en materiele omgeving; deze benadering wordt ook wel systeembenadering of contextuele geneeskunde genoemd.

Niet alleen de ziekten, maar vooral de gevolgen van die ziekten voor de functionele autonomie en de kwaliteit van leven van de patiënt in relatie tot het zorgsysteem bepalen het focus van deze benadering. De verpleeghuisarts/sociaal geriater is met het oog hierop in staat diagnostiek en behandeling van vele chronische en geriatische ziekte-

⁴ Voor een omschrijving van deze drie en andere gebruikte begrippen raadplege men de begrippenlijst in bijlage 2.

⁵ Zie desgewenst ook Beroepsprofiel verpleeghuisarts, NVVA, 10 november 2000.

beelden te verrichten, de gevolgen van multiple pathologie te onderkennen, dit alles in samenhang met informatie over psychische, sociale en persoonlijkheidskenmerken op zijn consequenties te beoordelen en vervolgens in problemen te vertalen, waarop gerichte interventies mogelijk zijn. Dit houdt in dat hij op grond van medische diagnostiek, psychische, sociale en persoonlijkheidskenmerken de voor de patiënt aangewezen zorg in kaart brengt (zorgdiagnostiek), een inschatting maakt van de ontwikkeling van de zorgvraag (zorgprognostiek) en een plan opstelt om de zorgdoelen te realiseren en de patiënt te monitoren (zorgmanagement).

Rollen: hoofdbehandelaar, medebehandelaar, consulent

De kerncompetentie van de verpleeghuisarts/sociaal geriater kan op verschillende manieren, in verschillende rollen aangeboden worden. Welke rol wenselijk is, hangt met name af van de complexiteit van de problematiek van de patiënt, ongeacht de plaats waar hij/zij verblijft. Dit ligt in het verlengde van het feit dat de complexiteit van de zorgvraag het belangrijkste indicatiecriterium is voor het in het algemeen al of niet inzetten van behandeling vanuit de verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie. De verpleeghuisarts/sociaal geriater moet bij elke voor behandeling geïndiceerde patiënt zelf beslissen welke rol wenselijk/noodzakelijk is. Welke rol vervolgens feitelijk gerealiseerd kan worden is een andere vraag en hangt ook af van de praktijk van de zorgtoewijzing, de keuze van de cliënt en de mogelijkheden en bereidheid tot eventueel benodigde afstemming tussen betrokken zorgaanbieders/hulpverleners.

Er zijn drie vormen van het verpleeghuisgeneeskundige/sociaal-geriatrie aanbod, te weten drie rollen die de verpleeghuisarts/sociaal geriater op zich kan nemen, met name variërend in de reikwijdte van zijn regie en zijn verantwoordelijkheid.

A. Hoofdbehandelaar

Voor patiënten met uitgesproken complexe problematiek is het wenselijk dat de verpleeghuisarts/sociaal geriater de hoofdbehandelaar is in relatie tot alle betrokken zorgverleners en behandelaars. Dit geldt in de praktijk voor vrijwel alle verpleeghuisgeïndiceerden respectievelijk de patiënten die voor verblijf in combinatie met behandeling geïndiceerd worden. De verpleeghuisarts/sociaal geriater werkt dan voor het opstellen en uitvoeren van het zorg-/behandelplan⁶ samen met andere disciplines. Hij heeft daarbij ten opzichte van de disciplines die hij inschakelt de regie en eindverantwoordelijkheid. De coördinatie kan door een andere functionaris, meestal een verpleegkundige, gedaan worden. Daarnaast is een deel van de voortgangsbewaking in veel gevallen te delegeren naar diezelfde of een andere discipline. Deze rol van hoofdbehandelaar van de verpleeghuisarts/sociaal geriater houdt onder meer in dat alle informatie naar hem wordt teruggekoppeld en dat hij op grond hiervan en op grond van eigen waarneming het laatste woord heeft over de inhoud van het zorg-/behandelplan en eventuele bijstellingen ervan. Dit alles uiteraard met behoud van de eigen professionele verantwoordelijkheid van alle betrokken disciplines.

Met het begrip hoofdbehandelaar wordt in deze nota aangesloten bij de aanduiding voor de uit het vereiste van goede hulpverlening voortvloeiende praktijk in de hele hulpverlening. Die praktijk is dat in het geval van betrokkenheid van meer hulpverleners één hulpverlener het overzicht en de regie heeft, te weten degene op wiens deskundigheidsgebied de problematiek van de cliënt het meest ligt. In het geval dat meerdere hulpverleners bij een cliënt betrokken zijn, moeten deze een hoofdbehandelaar aanwijzen. Dit vloeit voort uit het vereiste van goede hulpverlening zoals dat wordt ingevuld door de professionele normen en door wetten als de WGBO, Kwaliteitswet en de Wet BIG. De inhoud van die rol is in ieder geval dat de hoofdbehandelaar de primaire behandelaar is, zeggenschap heeft over de inbreng van anderen en het contact met de cliënt regelt. Verder is de inhoud van de rol afhankelijk van de inhoud van het deskundigheidsgebied. De inhoud van de rol van de verpleeghuisarts/sociaal geriater als hoofdbehandelaar wordt dus nader ingevuld in bovenstaande alinea en in overige passages van deze nota. Het is daarbij van belang te beseffen dat de term hoofdbehandelaar in de praktijk op verschillende niveaus gebruikt wordt: een aantal bij een patiënt betrokken specialisten zal soms tijdens een ziekenhuisopname één van hen als hoofdbehandelaar aanwijzen terwijl de hoofdbehandelaar voor het geheel en het vervolg de huisarts of bijvoorbeeld de verpleeghuisarts blijft. Ook voor dagbehandelingspatiënten wordt de verpleeghuisarts voor het team van de dagbehandeling vaak als hoofdbehandelaar gezien, maar voor de totale zorg aan de patiënt is hij vaak de medebehandelaar naast de huisarts. In deze nota wordt met hoofdbehandelaar de rol van de verpleeghuisarts/sociaal geriater in de totale zorg bedoeld.

Het is wenselijk dat de beschreven verantwoordelijkheidsverdeling tussen hoofdbehandelaar en anderen ook geldt voor de medische zorg door eventueel betrokken andere medici (zoals huisarts of specialist) en ook voor zaken die misschien niet in het zorg-/behandelplan zijn opgenomen. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de huisarts als medebehandelaar de 24-uurs medische zorg levert, maar de rol van hoofdbehandelaar aan de verpleeghuisarts/sociaal geriater laat, indien de problematiek van de patiënt meer op diens deskundigheidsgebied ligt. Hiertoe moeten zij hun behandeltaken goed op elkaar afstemmen. Op termijn kan het overigens wenselijk blijken dat ook in sommige extramurale situaties de verpleeghuisarts/sociaal geriater de 24-uurs medische zorg van de huisarts overneemt oals dat onder de gemoderniseerde AWBZ bij een verblijfsindicatie niet alleen in het verpleeghuis, maar naar verwachting in principe ook in het verzorgingshuis het geval kan zijn. Bij de implementatie van de Nota Takenpakket zal over dit onderwerp met de andere medische beroepsgroepen lokaal en landelijk in goed overleg duidelijkheid geschapen moeten worden. De (juridische) verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts/sociaal geriater in zijn rol als hoofdbehandelaar is

VOETNOOT

6 In de verpleeghuiszorg wordt meestal alleen de term *zorgplan* gebruikt; in de sociale geriatrie meestal de term *behandelplan*. Zie ook omschrijving in bijlage 2

een gedifferentieerde zaak. De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg is in dit verband van belang. Hieruit volgen verschillende verantwoordelijkheden. Ten aanzien van de voorbehouden handelingen en de opdrachten tot paramedische behandeling zijn deze verantwoordelijkheden meestal wel duidelijk. Op het vlak van de verantwoordelijkheid ten aanzien van andere onderwerpen, zoals voor de inhoud van de zorg, voor signalering en toetsing van taken van anderen, is dit minder het geval, omdat dit veelal afhangt van de specifieke inhoud van de taken en van het situationele belang ervan. Deze zaken kunnen in deze nota niet voldoende worden uitgediept; verwezen wordt naar de handreiking over professionele autonomie die in de maak is en naar de gezondheidsrechtelijke onvermijdelijkheid dat verantwoordelijkheden regelmatig casuïstisch vastgesteld moeten worden. Voor de behandeling door andere medici (huisarts, specialist) ten slotte kan de verpleeghuisarts/sociaal geriater wettelijk alleen coördinerende en geen inhoudelijke verantwoordelijkheid nemen. Het principe waarvoor in deze nota voor de rol van hoofdbehandelaar gekozen wordt, is dat van verantwoordelijkheid voor de hele inhoud en voor de voortgangsbewaking; op het vlak van de uitvoering dient de verpleeghuisarts/sociaal geriater niet méér verantwoordelijkheid op zich te nemen dan wettelijk nodig is. De verantwoordelijkheid voor planning, uitvoering, coördinatie en evaluatie van de zorg (waaronder de basiszorg) moet zoveel mogelijk bij anderen liggen. Het is denkbaar dat de evaluatie van de Wet BIG nog aanleiding geeft tot de mogelijkheid van verdergaande ontwikkelingen in deze richting.

De verpleeghuisarts/sociaal geriater zal de doelen en het zorg-/behandelplan in overeenstemming met de professionele standaarden formuleren. Heeft de patiënt en/of diens vertegenwoordiger hiermee ingestemd, dan is de verpleeghuisarts/sociaal geriater ervoor verantwoordelijk dat de doelstelling overeenkomstig de professionele standaarden wordt gerealiseerd. Om hieraan binnen redelijke grenzen te kunnen voldoen zal de verpleeghuisarts/sociaal geriater van te voren afspraken met de betrokken zorgorganisatie(s) moeten maken over kwaliteit en kwantiteit van onderzoeksfaciliteiten, (para)medische en psychosociale behandel- en begeleidingsmogelijkheden, alsmede de farmaceutische zorg die hij in het kader van het zorgplan kan inzetten. De verpleeghuisarts/sociaal geriater moet aangeven welke kwaliteit hij op basis hiervan kan leveren.

B. Medebehandelaar

Voor patiënten met complexe, maar enigszins stabiele problematiek die nog enige regie over hun leven hebben (of een partner die hiervoor kan zorgen), kan het wenselijk en mogelijk zijn dat de verpleeghuisarts/sociaal geriater niet de rol van hoofdbehandelaar op zich neemt. Hij is dan voor kortere of langere tijd medebehandelaar naast andere disciplines, waarvan er één een vorm van hoofdbehandelaarschap op zich neemt. Men zou kunnen zeggen dat voor deze groep patiënten een lichtere vorm van verpleeghuisgeneeskundige/sociaal-geriatrische behande-

ling geïndiceerd is dan de groep waarop de rol van hoofdbehandelaar zich richt. Voor deze groep zal in de praktijk vrijwel nooit verblijf geïndiceerd zijn, hoewel dit theoretisch wel mogelijk is. Deze groep verblijft momenteel dus vrijwel altijd extramuraal. (Ter verduidelijking: omgekeerd zijn er vele extramuraal verblijvende patiënten voor wie behandeling met de verpleeghuisarts/sociaal geriater als hoofdbehandelaar geïndiceerd zal zijn.)

Soms kan de patiënt of diens vertegenwoordiger zelf in zekere mate de verantwoordelijkheid dragen voor enige inhoudelijke regie en coördinatie van zorg/behandeling. Een verpleegkundige is dan de eerst aangewezen om hen daarbij te helpen. Niettemin moet in deze situatie één van de hulpverleners de verantwoordelijkheid van hoofdbehandelaar op zich nemen opdat gesignaleerd kan worden of de patiënt zijn verantwoordelijkheid nog aan kan.

Is er meer afstemming van de zorg/behandeling nodig, dan moet deze in handen van een professional komen. Veelal kan de betrokken huisarts de rol van hoofdbehandelaar op zich nemen, maar ook andere disciplines zouden dit kunnen doen, zoals een psycholoog of iemand van de verpleging/verzorging. Deze persoon dient dan ook de coördinatie te doen die in zo'n geval ook altijd wenselijk is.

Kenmerkend voor de rol van de verpleeghuisarts/sociaal geriater als medebehandelaar is dat deze naar inhoud en reikwijdte nog aanzienlijk kan variëren. Essentieel is dat per cliënt vooraf duidelijkheid geschapen wordt over de precieze inhoud van hetgeen de verpleeghuisarts/sociaal geriater op zich neemt.

De verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts/sociaal geriater in zijn rol als medebehandelaar bestaat eveneens uit de boven al vermelde verantwoordelijkheid op grond van de Wet BIG.

C. Consulent

In deze nota wordt onder de rol van consulent in principe een eenmalig consult verstaan; bij meer consulten kan veelal beter de rol van medebehandelaar gekozen worden, tenzij de consultvrager (huisarts, specialist) dit niet wil. Bij een consult ziet de verpleeghuisarts/sociaal geriater de patiënt; bij een consultatie reageert hij alleen op mondelinge of schriftelijke informatie van degene die consulteert.

In de rol van consulent richt de verpleeghuisarts/sociaal geriater zich op dezelfde doelgroep en gebruikt hij dezelfde kerncompetentie als in zijn rol van behandelaar; dat wil zeggen: dezelfde integrale, probleemgeoriënteerde methode van diagnostiek en het afwegen van interventies op het niveau van ziekten en ziektegevolgen en van het zorgsysteem. Het verschil met de rol van behandelaar is dat hij geen directe verantwoordelijkheid draagt voor de behandelbeslissingen van de consultvrager, wel voor de inhoud van het consult.

2.3 Werkwijze

Om de doelen van de verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie te bereiken, hanteert de verpleeghuisarts/sociaal geriater een specifieke werkwijze. Hieronder volgt een beschrijving van de huidige praktijk daarvan.

PROBLEEMGEORIËNTEERDE INTEGRALE WERKWIJZE

De verpleeghuisarts/sociaal geriater hanteert een integrale, probleemgeoriënteerde methode van diagnostiek en interventies op het niveau van ziekten, ziektegevolgen en het zorgsysteem. In de diagnostische fase onderzoekt de verpleeghuisarts/sociaal geriater de oorzaken van de kwetsbaarheid en het verminderd functioneren en wat de functionele en psychosociale gevolgen van de ziekte(n) voor de patiënt en zijn zorgsysteem zijn. De bevindingen van dit onderzoek worden vertaald in problemen, waarop gerichte (multidisciplinaire) interventies mogelijk zijn.

MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

De multidisciplinaire benadering is een werkvorm waarbij hulpverleners die verschillen in theoretische achtergrond, praktische deskundigheid en professionele status, participeren in een zorgproces dat bestaat uit het uitvoeren van beroepsspecifieke activiteiten die functioneel en inhoudelijk op elkaar worden afgestemd in het kader van een probleem- en doelgericht zorgplan, dat (afhankelijk van de gekozen rol) onder verantwoordelijkheid staat van de verpleeghuisarts/sociaal geriater. Deze werkwijze krijgt in de praktijk gestalte door middel van het zorgplan, het werken met een zorgdossier en het multidisciplinaire overleg (vergelijk Hertogh, 1999).

LOCATIE-ONAFHANKELIJKE UITOEFENING VAN HET VAK

Verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie kan overal worden uitgeoefend waar zich patiënten bevinden met complexe (geriatrie) problematiek. Samenhangend met de eerder beschreven ontwikkeling naar ketenzorg en extra- en transmuralisering is de huidige verpleeghuisarts in toenemende mate in een eerder stadium (dus vóór een eventuele opname in een verpleeghuis) bij de zorgverlening aan kwetsbare (oudere) patiënten betrokken. Door het vroegtijdig opsporen van aandoeningen (secundaire preventie), het voorkómen van de kans op herhaling of terugkeer (tertiaire preventie) en door gedurende het gehele zorgtraject de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats te bieden, kan worden bereikt dat de functionele autonomie van de patiënt langer in stand blijft. De huidige sociaal geriater is in toenemende mate ook verantwoordelijk voor binnen de GGZ opgenomen patiënten met geriatrie ziektebeelden. In elk van deze stadia van het zorgtraject heeft de verpleeghuisarts/sociaal geriater naast medische deskundigheid ook deskundigheid nodig op het gebied van zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement. De verpleeghuisarts/sociaal geriater is verder ook betrokken bij indicatiestelling en zorgtoewijzing.

VERSCHILLENDE ROLLEN

Zoals in paragraaf 2.2. uiteengezet vervult de verpleeghuisarts/sociaal geriater verschillende rollen als hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consultant. De verpleeghuisarts is vaker dan voorheen consultant en medebehandelaar van zowel de huisarts als de medisch specialist in het ziekenhuis. Ook is de verpleeghuisarts vaker hoofdbehandelaar voor verpleeghuisgeïndiceerden in het verzorgingshuis en soms in de thuissituatie en ziekenhuis. De sociaal geriater is vaker dan voorheen de hoofdbehandelaar voor patiënten die intramuraal in de GGZ zijn opgenomen. In de verschillende rollen die de verpleeghuisarts/sociaal geriater vervult, blijven de taken en de werkwijze in principe hetzelfde.

SAMENWERKING MET HUISARTS EN ANDERE MEDISCHE DISCIPLINES

Van speciaal belang is de samenwerking met de huisarts, die eveneens een generalistisch specialisme heeft. Deze samenwerking is gericht op de ondersteuning van elkaars beroepsuitoefening. Er zijn twee vormen: de sequentiële samenwerking met 'opvolgende afhankelijkheid' (bijvoorbeeld bij opname in een verpleeghuis) en de integrale samenwerking met aanvullende afhankelijkheid (bij een thuiswonende patiënten waarbij ze samen betrokken zijn). Samenwerking valt of staat in het eerste geval met de onderlinge communicatie (goede overdracht) en in het tweede geval met de voortdurende onderlinge afstemming. De verpleeghuisarts/sociaal geriater werkt in extramuraal situaties vanuit een complementaire invalshoek met de huisarts samen. Een onderdeel dat vooral bij beginnende samenwerking voorop staat, is de wederzijdse consultatie. De mate van samenwerking varieert; zo is de samenwerking bijvoorbeeld intensiever in minder verstedelijkte gebieden (vergelijk ook Schols, 2000). De inhoudelijke afbakening tussen huisarts en verpleeghuisarts/sociaal geriater is niet zonder meer eenduidig te maken. Zodra sprake is van complexe problematiek bij kwetsbare ouderen of chronisch zieken (het samenspel van co-morbiditeit, directe en indirecte ziektegevolgen) is in het algemeen betrokkenheid van de verpleeghuisarts/sociaal geriater geïndiceerd. Zowel lokaal als op het niveau van de beroepsgroep kan en moet afstemming hiervan verder vorm krijgen, in de zin dat de keuze voor één van de verschillende rollen van de verpleeghuisarts/sociaal geriater zo goed mogelijk gemaakt kan worden.

Ook samenwerking met andere medische disciplines is vooral nodig om een goede integrale medische zorg te realiseren en om de continuïteit van de medische zorg te waarborgen bij de overgang van de patiënt van het ene echelon naar het andere. Behalve aan de hier beschreven specialismen valt te denken aan de neuroloog, de orthopeed en de revalidatiearts. De verpleeghuisarts/sociaal geriater kan zelf andere medische disciplines inzetten. Hiermee heeft de verpleeghuisarts/sociaal geriater een belangrijke verwijfsfunctie naar andere medisch specialisten.

Van speciaal belang is de samenwerking met de klinisch geriater. Doelgroep, doelstelling en kerncompetentie van de verschillende geriatrie medische disciplines komen sterk overeen. Verschillen zijn voor een belangrijk deel terug te voeren op de setting waarin zij hun werk doen (vergelijk Robben, 2002). Klinisch geriateren zijn gespecialiseerd in de acute, complexere diagnostiek en behandeling van de doelgroep en beschikken daarvoor over de mogelijkheden van het ziekenhuis; zij zijn slechts zeer beperkt betrokken bij de regie van (langerdurende) multidisciplinaire zorg en behandeling.

Ouderenpsychiatrie richt zich op ouder geworden psychiatrische patiënten en op mensen die op hogere leeftijd psychiatrische problemen krijgen. De verpleeghuisarts/ sociaal geriater werkt met de ouderenpsychiater samen in de consultatieve sfeer.

HET AFWEGEN VAN INGRIJPENDE BESLISSINGEN

Vaak is de verpleeghuisarts/sociaal geriater genooddaakt om ingrijpende beslissingen af te wegen. Het gaat hier niet alleen om (niet-)behandel-beslissingen rond het levenseinde, maar ook om beslissingen met betrekking tot patiënten die zich op de grens van wilsbekwaamheid bevinden als gevolg van cognitieve achteruitgang.

2.4 Takenpakket en wenselijke vaardigheden, attitude en kennis

In de volgende hoofdstukken, 3 en 4, van deze nota wordt het takenpakket van de verpleeghuisarts/sociaal geriater beschreven. In de bijlage is een overzicht opgenomen van de voor uitvoering van het takenpakket wenselijke c.q. noodzakelijke Vaardigheden, Attituden en Kennis (ook wel aangeduid als VAK). Hier geven we er een korte schets van. De vaardigheden, attituden en kennis nodig voor de functie-uitoefening in het algemeen worden de professionele attitude genoemd; deze varieert van empathie tot wetenskennis. Voor de patiëntgerelateerde taken (medische zorg, zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement) die de arts in verschillende rollen en verantwoordelijkheden kan uitoefenen, zijn specifieke VAK-elementen gewenst, variërend van medisch-technische vaardigheden en kennis van ziektebeelden en polifarmacie tot het kunnen doorhakken van knopen in een multidisciplinair team. Voor de niet-patiëntgerichte taken (met betrekking tot 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. Ten slotte, voor de optionele taken (algemeen management, opleidingen en wetenschappelijk onderzoek) zijn zaken wenselijk als vaardigheid in projectmanagement tot en met het kunnen schrijven van een review-artikel.

Patiëntgerelateerde taken: medisch handelen

bij kwetsbare ouderen en chronisch zieken

In dit hoofdstuk worden de patiëntgerelateerde taken van de verpleeghuisarts/sociaal geriater beschreven. Het gaat om het medisch handelen bij kwetsbare ouderen en chronisch zieken. Dit medisch handelen bestaat uit een voor de doelgroep wenselijke integratie van medische aan artsen voorbehouden taken met hieruit voortvloeiende als medisch te definiëren taken op het gebied van de zorgregie (te weten zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement). Onderdelen van deze taken kunnen aan andere disciplines worden gedelegeerd, maar de verpleeghuisarts/sociaal geriater blijft hiervoor inhoudelijk verantwoordelijk. Taken in de zorgregie kunnen inhoudelijk het best door de verpleeghuisarts/sociaal geriater worden uitgevoerd, omdat deze – zoals in hoofdstuk 2 uiteengezet – de overwegingen rond de zorgdiagnostiek, de zorgprognostiek en het zorgmanagement kan integreren met de medische overwegingen.

De rol van de verpleeghuisarts/sociaal geriater in de zorgregie is altijd complementair aan die van de patiënt en/of diens vertegenwoordiger. Hierbij geldt het voor de geriatrie in het algemeen typerende driehoeksmodel (triade), waarin de arts ook gebruik kan en moet maken van indirecte communicatielijnen naar de patiënt (via het zorgsysteem van naasten en hulpverleners). Bij het uitvoeren van zijn patiëntgerelateerde taken werkt de verpleeghuisarts/sociaal geriater mede daarom nauw samen met andere disciplines. Er is veelal sprake van een multidisciplinair, probleemgericht en cyclisch zorgproces.

De doelgroep

De doelgroep bestaat voornamelijk uit kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe problemen en met één of meer aandoeningen, ongeacht waar zij verblijven.

Naar de mate waarin sprake is van co-morbiditeit, 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 kunnen benutten. De problemen waarop de benadering zich richt, zijn zeer individueel bepaald en variëren in de loop van de zorgverlening.

In beschrijvende zin (dus niet in definiërende zin) kan het overgrote deel van de feitelijke populatie van de verpleeghuisarts/sociaal geriater aangeduid worden met één of meer aandoeningen uit de volgende aan de LZV-registratie

ontleende maar natuurlijk niet volledige lijst:

- Dementiesyndroom.
- Cerebrovasculaire aandoeningen (en hun late gevolgen).
- Status na orthopedische operatie.
- Diabetes mellitus.
- Morbus Parkinson.
- Osteoporose.
- Hartfalen.
- COPD.
- Depressie en angststoornissen.
- Multiple Sclerose.
- Reumatische artritis.
- Arthrose.
- Decubitus.
- Delier.

Doelen respectievelijk functies van het medisch handelen kunnen zijn: revalidatie, chronische somatische en/of psychogeriatrische zorg, palliatieve terminale zorg, diagnostiek met advies en ten slotte crisisinterventie.

3.1 Medische taken

TAAK

Verrichten van algemene en specialistische medische diagnostiek, behandeling en begeleiding.

DEELTAKEN EN WERKWIJZE

Diagnostiek: diagnosticeren en prognosticeren van somatische, psychogeriatrische en ouderenpsychiatrische 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.

Meer specifiek (het verrichten van):

- Anamnese en hetero anamnese.
- Algemeen lichamelijk onderzoek.
- Specifiek onderzoek (onder andere oriënterend neurologisch en (neuro)psychologisch (test)onderzoek, psychiatrisch en psychogeriatrisch onderzoek).
- Aanvragen van laboratoriumonderzoek, technisch en specialistisch onderzoek.
- Analyseren en interpreteren van de bevindingen bij het onderzoek (probleemverheldering, differentiaal diagnostiek, systeemanalyse, doelen formuleren en de verbinding leggen met zorgdiagnostiek/zorgprognostiek en zorgmanagement).

Behandeltaken: farmacologische en niet-farmacologische behandelingen (laten) verrichten gericht op genezing en op onderhoudsbehandeling bij chronische aandoeningen. Onder andere:

- Inzetten en monitoren van medicamenteuze therapie.
- Aanvragen van paramedische en psychosociale behandelingen/interventies.
- (Laten) verrichten van ingrepen.
- Systeeminterventies en andere psychotherapeutische deeltechnieken (laten) toepassen.
- Crisisinterventie verrichten (methodiek van ingrijpen in acute situaties).
- Verwijzen naar of consulteren van externe specialisten.

Preventie:

- Primaire preventie van ziekten en functieverlies onder andere bij jongere patiënten.
- 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.

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 zonedig uitvoeren van de medisch-technische en andere verrichtingen zoals vermeld in Bijlage 1 "Vaardigheden, attitude en kennis".

Algemene (medische) taken:

- Bijdragen aan of uitvoeren van indicatiestelling.
- Rekening houden met en betrekken van het systeem en de omgeving 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.
- Uitvoeren van taken in het kader van de Wet BOPZ: als behandelaar beoordelen van wilsbekwaamheid, noodzaak tot aanpassing van de juridische status, de noodzaak van de toepassing van middelen en maatregelen en dwangbehandeling.
- Schouwen van overledenen, regelen van obducties en verzorgen van administratieve afwikkeling.
- Administratie, correspondentie en dossiervorming verzorgen.

3.2 Zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement

Het medisch handelen bij kwetsbare ouderen en chronisch zieken bestaat, geïntegreerd met bovenbeschreven medische, in principe aan artsen voorbehouden taken, verder uit een aantal als medisch te definiëren, samenhangende taken op het gebied van de zorgregie: zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement.

Zorgdiagnostiek

De verpleeghuisarts/sociaal geriater vertaalt de bevindingen op grond van het medisch onderzoek niet alleen in een medische en psychosociale diagnose, maar ook in problemen (en mogelijkheden) waarop gerichte multidisciplinaire acties mogelijk zijn. Deze problemen kunnen zowel somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatief als relationeel van aard zijn⁷. De 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 moeten 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 ondersteunen- de zorg en op het behouden van functionele capaciteiten.

TAAK

Beoordelen en vaststellen van de individueel aangewezen zorg op basis van ziektegerichte diagnostiek en ziektegevolgen-diagnostiek.

DEELTAKEN EN WERKWIJZE

- Verkennen, verhelderen en vaststellen van de concrete problemen, waarop multidisciplinaire interventies mogelijk zijn; mede op grond van de verrichte medische diagnostiek.
- Inschakelen van diverse disciplines hierbij.

VOETNOOT

7 Dit rijtje staat bekend als SFMPC.

- Toezien op het bij opname en later vastleggen van de vereiste (para-)medische, psychosociale en overige relevante gegevens.
- Formulieren van toetsbare doelen en stellen van prioriteiten.
- Onderzoeken van de zorgbehoefte gegeven de doelen.
- Vaststellen van eventuele tekorten in de actuele zorg gezien de gebleken zorgbehoefte.
- Bijdragen aan indicatiestelling in verpleging/verzorging en GGZ.

Zorgprognostiek

Voor de prognostiek is het nodig dat de verpleeghuisarts/sociaal geriater op basis van de prognose van de ziekte(n) en de gevolgen voor de patiënt een inschatting maakt van de wijze waarop deze op de langere duur met de gevolgen van zijn ziekte(n) zal omgaan en welke implicaties dit heeft voor wonen, zorg, welzijn en mantelzorg. Deze taken kan de verpleeghuisarts/sociaal geriater zowel verrichten voor patiënten die reeds aan zijn zorg zijn toevertrouwd, als voor patiënten bij wie nog moet worden bepaald welke zorg zij nodig hebben.

TAAK

Een inschatting maken van de ontwikkeling van de zorgvraag.

DEELTAKEN EN WERKWIJZE

In overleg met de patiënt en het zorgsysteem:

- Een inschatting maken van de prognose(s) ten aanzien van stoornissen, beperkingen en handicaps.
- Een inschatting maken van de draagkracht/draaglast-verhouding van het zorgsysteem.
- Aanvullende of andere zorg- en behandeldoelen formuleren op basis van bovenstaande inschattingen.
- Uitspraak doen over de vereisten ten aanzien van zorg en plaats waar zorg geleverd wordt.

Zorgmanagement

Het zorgmanagement wordt voor verschillende rollen verschillend ingevuld. Ook de verantwoordelijkheden komen dan anders te liggen zoals al in paragraaf 2.2. uiteengezet.

HOOFDBEHANDELAAR

De geformuleerde doelen en prognose vormen de basis voor de concrete acties die rond een patiënt moeten worden ingezet. De doelen en de acties worden vastgelegd in een integraal zorg/behandelplan. Voor het bereiken van de uiteindelijke doelen is vaak een gefaseerde planning nodig, waarbij voor elk subdoel de cyclus (doel, uitvoering, evaluatie, bijstelling) doorlopen wordt. Het gaat hier dus om een cyclisch proces, dat afhankelijk van de situatie van de patiënt gedurende het zorgtraject een aantal malen geëvalueerd en herhaald zal worden.

De verpleeghuisarts/sociaal geriater zal, mede op grond van de medische diagnostiek, kiezen welke acties als eerste in het zorg-/behandelplan opgenomen en als eerste in gang gezet moeten worden. Daarna volgen de vervolgacties om per probleem uiteindelijk het gestelde doel te bereiken. Als de situatie van de patiënt verslechtert of de

doelen niet haalbaar blijken, moeten doelen en acties worden bijgesteld. Per fase wordt – rekening houdend met de mogelijkheden en de wensen van het zorgsysteem op het gebied van behandeling, begeleiding, verpleging, verzorging, welzijn en wonen – in het zorg-/behandelplan aangegeven welke acties van het zorgsysteem nodig zijn. Al naar gelang het primaire doel kunnen deze worden geformuleerd in termen van revalidatie, chronische somatische en/of psychogeriatrische zorg, palliatieve zorg of diagnostiek en advies.

De verpleeghuisarts/sociaal geriater is (overeenkomstig de uiteenzetting in paragraaf 2.2.) verantwoordelijk voor de inhoud van het zorg-/behandelplan en voert de inhoudelijke regie. Hij doet dit in samenspraak en in goed overleg met zowel de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) als het multidisciplinaire team. In het algemeen zal er binnen het multidisciplinaire team consensus zijn over de doelen en de interventies die nodig zijn om de doelen te bereiken. Is dit niet het geval, dan is het de verantwoordelijkheid van de verpleeghuisarts/sociaal geriater om beslissingen te nemen.

MEDEBEHANDELAAR

Als de verpleeghuisarts/sociaal geriater voor patiënten de rol van medebehandelaar heeft, liggen de taken met betrekking tot het zorgmanagement veelal anders. Deze rol vervult de verpleeghuisarts/sociaal geriater meestal in de extramurale setting. Kenmerk van de ambulante setting is dat er veel onzekere, onbekende en vaak onoverzichtelijke omgevingsfactoren van invloed zijn, zowel op beslissingen op medisch vlak als op het gebied van het zorgmanagement. Dit vraagt van de verpleeghuisarts/sociaal geriater een specifieke werkwijze en specifieke vaardigheden, namelijk om met minder verantwoordelijkheden en bevoegdheden een bijdrage aan het zorgmanagement te leveren.

TAAK MET BETREKKING TOT HET ZORGMANAGEMENT

Sturen van de zorginspanningen en de daarbij in te zetten disciplines om de vastgestelde doelen te realiseren, respectievelijk het volgen en 'monitoren' van de patiënt in relatie tot zijn zorgsysteem.

DEELTAKEN EN WERKWIJZE

- Inhoudelijk de regie voeren over het opstellen, vaststellen, evalueren en bijstellen van het zorg-/behandelplan en het afsluiten van de zorg. Van het zorg-/behandelplan maakt het medisch behandelings- en begeleidingsplan deel uit.
- Beslissingen nemen met betrekking tot in zorg nemen, opname en ontslag.
- Voortgang bewaken en deze signaleren bij de zorgorganisatie.
- Delegeren van taken aan andere disciplines.
- Aansturen van samenwerkingsprocessen. Samenwerken met diverse disciplines binnen of buiten de organisatie waar men aan verbonden is (verpleging/verzorging, GGZ, ziekenhuis of anderszins).
- Samenwerken met huisarts en andere specialisten.
- Begeleiden van de patiënt en diens familie.

Niet-patiëntgerichte taken

In de vorige hoofdstukken zijn de patiëntgebonden taken van de verpleeghuisarts/sociaal geriater beschreven. In dit hoofdstuk komen de taken van de verpleeghuisarts/sociaal geriater aan de orde die niet direct patiëntgebonden zijn. Ook deze taken horen (deels standaard, deels optioneel) tot het takenpakket van elke verpleeghuisarts/sociaal geriater.

4.1 Realiseren randvoorwaarden patiëntgerelateerde taken

TAAK

Toeziën op realisering van de volgende randvoorwaarden voor de functie-uitoefening:

- Een zodanige praktijkuitrusting dat de arts in staat is de in dit takenpakket genoemde taken adequaat uit te voeren.
- Een zodanige praktijkruimte dat er goede mogelijkheden zijn voor lichamelijk onderzoek met voldoende privacy.
- Voldoende assistentie voor de functie van de arts.
- Een adequate waarnemingsregeling indien de arts niet beschikbaar is.

4.2 De taak van de verpleeghuisarts/sociaal geriater in het netwerk van zorgaanbieders

Voor het naadloos op elkaar laten aansluiten van de verschillende functies in verschillende settings (keten-kwaliteit) is doelgerichte samenwerking (netwerkvorming) een voorwaarde. De verpleeghuisarts/sociaal geriater vervult deze taak namens de eigen zorginstelling of namens de beroepsgroep.

TAAK

Bijdragen leveren aan de totstandkoming van diverse netwerken (ketenzorg) in de regio, bijvoorbeeld ouderenzorg, palliatieve terminale zorg, CVA-zorg, AIDS-zorg.

DEELTAKEN EN WERKWIJZE

Het gaat hier vooral om patiëntoverstijgende taken 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.

4.3 Onderwijs, scholing en onderzoek

TAKEN

- 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.

DEELTAKEN EN WERKWIJZE

- Deelnemen aan onderwijs ten behoeve van bij- en nascholing.
- Deelnemen aan deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld onderlinge toetsing, intervisie en supervisie voor verpleeghuisartsen/sociaal geriaters, huisartsen.
- Houden van referaten of voordrachten over een verpleeghuisgeneeskundig/sociaal-geriatisch onderwerp/thema voor verschillende doelgroepen, bijvoorbeeld (verpleeghuis)artsen, 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 van basisartsen en co-assistenten.

4.4 Management en kwaliteitsmanagement

TAAK

Creëren van randvoorwaarden opdat de verpleeghuisarts/sociaal geriater zijn operationele taken op het gebied van verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie en zorgmanagement goed kan uitvoeren ten behoeve van een goede kwaliteit van zorg.

DEELTAKEN EN WERKWIJZE

- Bepalen en bewaken van de indicatiecriteria van de op te nemen patiënten.
- Bijdragen aan het bepalen van de procedure met betrekking tot de instroom en de doorstroming van patiënten.
- Bewaken van de geplande patiëntenbezetting c.q. caseload.
- 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.
- Bijdragen aan lijn- en projectmanagement en de kwaliteitszorg in de zorginstelling.
- 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.
- Tekenen van bekwaamheidsverklaringen voor de uitvoering van voorbehouden handelingen door ziekenverzorgenden en verpleegkundigen.

4.5 Optionele taken

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

Algemeen management⁸

TAKEN

- Verrichten van managementtaken op het niveau van eerst verantwoordelijke/hoofd vakgroep, sectorhoofd, hoofd van dienst en/of directie.
- Verrichten van intern en extern projectmanagement.
- Managementtaken die onder 4.4. genoemd zijn als behorend bij het niet-optionele standaardpakket, maar met grotere verantwoordelijkheid.

Opleiding

TAKEN

- Onderwijs en/of begeleiding aan verpleeghuisartsen/sociaal geriater in opleiding, huisartsen in opleiding.
- Onderwijs aan studenten in medische, verplegende, verzorgende en behandelingsondersteunende studierichtingen.
- Onderwijs in nascholingsactiviteiten of deskundigheidsbevorderende activiteiten (bijvoorbeeld onderlinge toetsing, intervisie en supervisie) voor verpleeghuisartsen/sociaal geriater, huisartsen, enzovoort.

Wetenschappelijk onderzoek

TAKEN

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

Andere optionele taken

TAKEN

- 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 en handreikingen.
- Belangenbehartiging van het beroep, van de verpleeghuiszorg/sociale geriatrie e.d.
- Uitvoeren taken als BOPZ-arts (eerstverantwoordelijke verpleeghuisarts c.q. geneesheer-directeur) in het kader van de Wet BOPZ : zorgdragen voor beleidsmatige voorwaarden van een goede toepassing van de bepalingen van de Wet BOPZ 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 Volksgezondheid en voor de uitvoerders van de AWBZ.
- Tekenen als eerstverantwoordelijke verpleeghuisarts met betrekking tot factuurcontrole van apotheek, laboratorium en externe medische en paramedische consultants.

VOETNOOT

8 zie NVVA/NVZ nota Managementparticipatie door verpleeghuisartsen.

Literatuur

NVVA, *Functieomschrijving en takenpakket van de verpleeghuisarts*. Utrecht: NVVA 1992.

NVVA, *Beroepsprofiel verpleeghuisarts*. Utrecht: NVVA 2000.

Arcares, *Zorg & huisvesting; beleidsnota*. Utrecht: Arcares 2002.

Weeder, W.E. en G.P. Melkert, *Managementparticipatie door verpleeghuisartsen; handreiking als bijdrage aan de discussie*. Utrecht: NVVA en NVVZ 1998.

Hertogh, C.M.P.M., *Functionele geriatrie. Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom 1999.

Robben, P.B.M., *Kwartet voor ouderen. Ontstaan en ontwikkeling van de medische beroepen in de ouderenzorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2002.

Schols, J.M.G.A., *In en vanuit het verpleeghuis. Samenwerking verpleeghuisarts – huisarts*. Raamsdonkveer: Vèrse Hoeven uitgeverij 2000.

NVSG, *Protocol psycho-organische stoornissen en de taak van de sociaal geriater*. 1995.

NVSG, *Vervolgopleiding sociaal geriater*. 1996.

NVSG, *Kwaliteitscriteria voor de beroepsuitoefening van artsen werkzaam in de sociale geriatrie*. 1997.

NVSG, *Leerplan Verkorte Opleiding sociaal geriater*. 1998.

Verburg, D., Keijzer, J.A.L. de, Ruijter, A.J. de, *Sociale geriatrie: het vak, de opleiding, de erkenning*. Geriatrie inforatorium, A 1020, 1-12.

CHVG-besluiten:

Titelaanduiding. No. 2-1998.

Eisen voor de opleiding. No. 3-2000.

Eisen en voorwaarden voor de erkenning van opleiders, opleidings-inrichtingen 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.

Bijlage 1

Vaardigheden, attitude en kennis

Hieronder is een overzicht opgenomen van de voor uitvoering van het takenpakket wenselijke c.q. noodzakelijke Vaardigheden, Attituden en Kennis (ook wel aangeduid als het VAK). Zoals in Hoofdstuk 1 uiteengezet is het de bedoeling dat de Nota Takenpakket richtinggevend is bij het formuleren van de eindtermen en het raamcurriculum en bij het vaststellen van de daarop gebaseerde opleidingseisen door het CHVG. Op grond van deze opleidingseisen zullen de opleidingen hun leerplannen gaan ontwikkelen. Bovendien moet de Nota Takenpakket richtinggevend zijn voor de eisen voor herregistratie en het vaststellen van geaccrediteerde bij- en nascholing in het kader van herregistratie. Met het oog hierop is de bijlage “Vaardigheden, attitude en kennis” integraal onderdeel van de Nota Takenpakket.

A. Bij de gehele functie-uitoefening, de professionele attitude:

ATTITUDE EN BEJEGENING:

- Invoelingsvermogen in de situatie van de patiënt, met behoud van professionele afstand.
- Inlevingsvermogen, bereidheid goed te luisteren. Empathie en betrokkenheid.
- Respect voor de persoonlijkheid en de integriteit van de patiënt en zijn naasten.
- Op een respectvolle wijze kunnen voeren van een slecht-nieuwsgesprek.

ZELFMANAGEMENT:

- Open en kritische houding ten opzichte van zichzelf, in de zin van eigen handelen ter discussie kunnen stellen.
- Kunnen reflecteren op eigen handelen en hieruit leerpunten voor eigen werkwijze en attitude halen.
- Feedback kunnen geven en ontvangen.
- Zelfdiscipline.
- Vaardigheden met betrekking tot timemanagement.
- Openstaan voor permanente ontwikkeling en ontplooiing gedurende de loopbaan (*life long learning*).
- Transparante en inzichtelijke werkwijze.

COMMUNICATIEVE VAARDIGHEDEN:

- Kunnen communiceren met patiënten en hun naasten; goed kunnen luisteren en duidelijk kunnen uitleggen.
- Kunnen omgaan met emoties en weerstanden.
- Kunnen omgaan met beperkingen in de communicatie bij patiënten.
- Kunnen omgaan met non-verbale signalen.
- Kunnen aangeven van grenzen.

WAARDEN EN NORMEN EN ETHISCHE ASPECTEN:

- Bewust zijn van eigen waarden en normen en deze ter discussie willen stellen.
- (Complexe) ethische dilemma's in kaart kunnen brengen en bespreekbaar maken met zowel de (vertegenwoordigers van) patiënten als met de leden van het multidisciplinaire team.

JURIDISCHE ASPECTEN:

- Kunnen toepassen van relevante regelgeving: Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), Wet Bescherming Persoonsgegevens, Wet op de orgaan-donatie, Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO), Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, Wet mentorschap, Kwaliteitswet zorginstellingen, Infectieziektenwet, etcetera.

DRAGEN VAN VERANTWOORDELIJKHEID:

- Zelfstandig kunnen werken.
- Verantwoordelijkheid kunnen nemen voor individuele behandelbeslissingen en de consequenties ervan.
- Kunnen signaleren van situaties waarin de normen van de professionele verantwoordelijkheid niet gerealiseerd kunnen worden. Hieruit de consequenties voor het eigen handelen trekken.
- Kunnen dragen van de specifieke verantwoordelijkheden als respectievelijk hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent overeenkomstig paragraaf 2.2.

SAMENWERKING:

- Kunnen samenwerken met en inhoudelijk aansturen van andere disciplines van het multidisciplinaire team.
- Kunnen delegeren van taken.
- Kunnen samenwerken met verwijzers en Regionale Indicatie Organen.
- Kunnen werken in verschillende settings met verschillende (zorg)mogelijkheden en in teams van een wisselende samenstelling en kwaliteit.
- Kunnen samenwerken met collega's in de medische as en met psychologen en psychotherapeuten.
- Kunnen samenwerken met het management van organisaties.
- Kunnen presenteren van de eigen organisatie.
- Kunnen schakelen tussen verschillende rollen en taken in het dagelijkse werk.
- Specifiek als medebehandelaar:
 - In staat zijn tot samenwerking en afstemming met de hoofdbehandelaar.
 - Goed kunnen communiceren en coördineren.
 - Oog hebben voor complementariteit en continuïteit.
 - Zicht hebben op (on)mogelijkheden van andere (medische) vakgebieden.

B. Bij patiëntgerelateerde taken:

MEDISCHE TAKEN

- Het kunnen verrichten van onderzoek naar geriatrische ziektebeelden en chronische ziektebeelden en deze zo mogelijk behandelen.
- Het kunnen verrichten van diagnostiek van psychiatrische stoornissen in samenhang met lichamelijke klachten en systeeminvloeden.

Bijlage 1

- Basaal onderzoek van (intercurrente) ziekten kunnen verrichten en deze kunnen behandelen.
- Inzicht in en vaardigheid in medicamenteuze behandelmethoden bij ouderen/chronisch zieken. Kennis van polyfarmacie.
- Inzicht en vaardigheden in en kennis van niet-medicamenteuze behandelmethoden, zoals psychotherapeutische deeltechnieken (gesprekstechnieken, systeeminterventie en dergelijke).
- Inzicht in de mogelijkheden van paramedische en psychosociale disciplines (onder andere ten aanzien van voeding en belevingsgerichte zorg).
- Kennis van orthesen en prothesen.
- Kennis van en vaardigheid in het evidence based alsmede in het handelen op basis van best practice in de zorg voor ouderen.
- Kunnen uitvoeren van de in paragraaf 3.1 bedoelde medische-technische en andere verrichtingen die niet tot de bagage of routine van de basisarts behoren. Enkele hiervan die doorgaans door de verpleging worden uitgevoerd, moet de arts kunnen beoordelen en in voorkomende gevallen zelf kunnen uitvoeren.
 - ECG maken en lezen in basale zin.
 - Bloedglucose bepalen met behulp van glucometer.
 - Intraveneus infuus inbrengen.
 - Hypodermoclyse inbrengen.
 - Maagsonde inbrengen.
 - Uitzuigen van keel en trachea met slijmzuiger.
 - Zuurstof toedienen.
 - Necrotomie.
 - Wond hechten.
 - Hechtingen verwijderen.
 - Puncteren van cyste/seroom.
 - Incideren van abces.
 - Catheteriseren van man.
 - Catheteriseren van vrouw.
 - Verwisselen van supra-pubische catheter en/of PEG-catheter.
 - Verwisselen tracheacanule.
 - Uitvoeren en beoordelen van leuco/nitriet-test.
 - Uitvoeren en beoordelen van urine-sediment.
 - Wond en keelwond afnemen.
 - Pessarium verwisselen.
 - Cerumen verwijderen met cerumen-haakje en oorspuit.
 - Hoortoestel inbrengen en controleren op werkzaamheid.
 - Bloedafname via venapunctie.
 - Subcutaan, intramusculair en intra-veneus spuiten.
 - Beheersing van tiltechnieken.
 - Zwachtelen.
 - Uitvoeren bloedtransfusies.
 - Beoordelen van röntgenfoto's zonder contrastmiddelen in basale zin.
 - Tamponneren bloedneus.
 - Kleine chirurgische ingrepen.
 - Uitstrijkjes maken.
 - Speculum onderzoek.

ZORGDIAGNOSTIEK

- Het kunnen vertalen van diagnostische bevindingen in zorgproblemen en toetsbare behandel- en zorgdoelen volgens het model van ziekte, stoornis, beperking, handicap en de SFMPC-methodiek of een andere systematische methodiek.

ZORGPROGNOSTIEK

- Kennis van (multidisciplinaire) behandeling, zorgbehoefte en beloop van (geriatrische) syndromen en chronische en psychiatrische ziektebeelden in relatie tot het zorgsysteem.
- Kennis van psychosociale gevolgen van ziekten (patiënt en zorgsysteem).
- Kennis van de mogelijkheden op het gebied van wonen, zorg en welzijn.
- Inzicht in de zorgmogelijkheden in de regio.
- Inzicht in het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing conform de BIO-protocollen of andere geldende procedures.

ZORGMANAGEMENT

- Beheersen en kunnen hanteren van de zorgplancyclus.
- Managementvaardigheden voor het inhoudelijk aansturen van het multidisciplinaire team (operationeel niveau, zorgmanagement)⁹.
- Kunnen ordenen van complexe problemen.
- Kunnen omgaan met het triadische model van communicatie met de patiënt en monitoring.
- Beslissingen kunnen nemen als er binnen het multidisciplinaire team geen consensus kan worden bereikt.
- Managementvaardigheden met betrekking tot farmacotherapie, hygiëne en infectiepreventie.
- Kunnen omgaan met crises, spanningsvelden en gebrekkige condities voor uit te voeren taken.
- Kennis van het netwerk van zorgaanbieders.
- Het geven van consulten en consultaties (respectievelijk met en zonder het zien van de patiënt).
- Vaardigheid in verhelderen en/of interpreteren van de vraag van de collega.
- Kunnen toetsen/matchen van die vraag met eigen vakgebied.
- Voor de hoofdbehandelaar begrijpelijk en uitvoerbaar advies kunnen geven.
- Adviesvaardigheden.

C. Bij niet-patiëntgerichte taken:

TAAK IN HET NETWERK

- Veranderingsprocessen vorm kunnen geven en kunnen participeren in deze processen.
- Draagvlak kunnen creëren.
- Zorgarrangementen kunnen ontwikkelen en implementeren.
- Managementvaardigheden op micro- en meso-niveau.
- Zich als professional kunnen opstellen temidden van diverse zorgaanbieders.
- Leiding kunnen geven en ontvangen.

Bijlage 1

ONDERWIJS, SCHOLING EN ONDERZOEK

- Basale didactische vaardigheden.
- Goede mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid.
- Presentatievaardigheden.
- Hanteren van audiovisuele hulpmiddelen.
- Vaardigheid inzake literatuuronderzoek (in bibliotheek, met behulp van elektronische databases en via internet).
- Het kritisch kunnen lezen van wetenschappelijke literatuur.

MANAGEMENT EN KWALITEITSMANAGEMENT

- Kennis van de principes van kwaliteitszorg, onder andere de Deming-cyclus.
- Kunnen opstellen, implementeren en evalueren van richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten binnen de zorginstelling.
- Met de collega's van de eigen discipline verantwoordelijkheid kunnen nemen voor het implementeren van richtlijnen van de beroepsgroep.
- Kunnen opstellen van rapportages.
- Kennis van organisatievormen en deze in de eigen organisatie kunnen herkennen.
- Kunnen voeren van intern projectmanagement.
- Participeren in de totstandkoming van beleidsplannen, jaarplannen, kwaliteitsjaarverslag en dergelijke.
- Basiskennis van Kwaliteitswet zorginstellingen, van kwaliteitssystemen (bijvoorbeeld het MIK-V of het INK) en van kwaliteitsmanagement.
- Over de grenzen van het eigen vakgebied heen kunnen kijken.

D. Bij optionele taken:

ALGEMEEN MANAGEMENT

- Kennis van en vaardigheid in elementaire managementprincipes.
- Kennis van de meest voorkomende organisatievormen in de zorgsector en van de belangrijkste sturingsprincipes van een organisatie (inclusief directe en indirecte managementparticipatie).
- Kennis van een aantal belangrijke managementaspecten van een verpleeghuis-, GGZ- of andere zorgorganisatie: beleidsvisie, beleidsontwikkeling en planning, financieel beheer, maatschappelijke verantwoording, marktoriëntatie, zorgfunctie/productaanbod, patiëntgerichtheid, medewerkergerichtheid, klachtenregeling, sociaal beleid, ARBO-zaken, interne en externe communicatie, public relations.
- Bovengemiddelde¹⁰ kennis van en vaardigheid in leiding geven (waaronder het coachend leiderschap).
- Kennis van en vaardigheid in vergadertechnieken, onderhandelen en conflicthantering.
- Bovengemiddelde vaardigheid in timemanagement.
- Kennis van kwaliteitszorg en kwaliteitsbeheer en vaardigheid in de toepassing van een kwaliteitsstelsel, protocollering, kwaliteitscycli en kwaliteitsborging.

- Bovengemiddelde kennis van en vaardigheid in innovatie- en/of veranderingsmanagement.
- Kennis van en vaardigheid in projectmanagement.
- Kennis van structuur, regelgeving en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg.
- Ondernemend en inspirerend gedrag vertonen, resultaatgericht zijn en een helikopterview bezitten.

OPLEIDING

- Kennis van elementaire onderwijskundige principes (ten behoeve van frontaal onderwijs en probleemgeoriënteerd interactief en groepsonderwijs).
- Bovengemiddelde basale didactische vaardigheden.
- Bovengemiddelde kennis van en vaardigheid in presentatietechnieken.
- Bovengemiddelde kennis van en vaardigheid in audiovisuele technieken.
- Vaardigheid in het begeleiden en coachen van arts-assistenten, stagiaires, enzovoort.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

- Kennis van elementaire begrippen, basisprincipes en methoden van wetenschappelijk onderzoek.
- Bovengemiddelde vaardigheid inzake literatuuronderzoek (in bibliotheek, met behulp van elektronische databases en via internet).
- Bovengemiddelde vaardigheid in het kritisch kunnen lezen van wetenschappelijke literatuur.
- Het kunnen opzetten, uitvoeren en evalueren van een elementair empirisch onderzoek.
- Het kunnen verwerken van verzamelde onderzoeksgegevens met behulp van een geautomatiseerd data-analyseprogramma.
- Het op wetenschappelijk verantwoorde wijze schriftelijk kunnen vastleggen van onderzoeksgegevens en/of het kunnen schrijven van een wetenschappelijke publicatie, beschrijvend artikel of review-artikel.

VOETNOOT

¹⁰ 'Bovengemiddeld' wil zeggen: in vergelijking met de vaardigheid die nodig is voor dergelijke werkzaamheden als onderdeel van een basistaak en volgend aan eventuele specifieke eisen.

Bijlage 2

Enkele begrippen

BASISZORG:

Het geheel aan voorzieningen (verstrekkingen) op het gebied van verpleging, verzorging en welzijn dat instellingen (verzorgingshuis, verpleeghuis, RIAGG, thuiszorg, ziekenhuis) ter beschikking stellen van hun cliënten, zonder specificatie naar de individuele (functionele) mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Gedacht kan worden aan maaltijdvoorziening, (frequentie van) hulp bij wassen en kleden, douchen. Opgemerkt moet worden, dat van dit begrip nog nooit landelijk geaccepteerde definities en (minimum-)normen zijn vastgesteld: datgene wat tot de 'basis' aan zorg behoort, blijkt sterk afhankelijk van (de schaarste aan) beschikbare professionele voorzieningen. De verantwoordelijkheid voor inhoud en kwaliteit van deze basiszorg berust primair bij de instelling (verpleeghuis, verzorgingshuis, RIAGG, ziekenhuis, thuiszorg).

BEROEPSPROFIEL:

Omschrijving van de doelgroep(en) waarvoor de verpleeghuisarts/sociaal geriater verantwoordelijk is, van hetgeen hij wil bereiken en van de kerncompetenties die hiervoor nodig zijn.

COMPLEXE ZORGVRAAG:

Geriatrische patiënten presenteren zich met klachten en symptomen. Deze hebben vaak een specifiek karakter en functieverlies staat geregeld op de voorgrond, zonder dat dit via een ondubbelzinnig verband herleid kan worden tot een enkelvoudige ziektekundige hoofddiagnose. Er is regelmatig sprake van co-morbide aandoeningen die een moeilijk te ontrafelen synergetisch effect kunnen hebben op de aard en de ernst van de ondervonden beperkingen, terwijl anderzijds de relatie tussen ziekte en ziektegevolg sterk beïnvloed wordt door factoren als persoonlijkheid, stemming, acceptatie en verwerking, sociale steun, alsmede door culturele waardepatronen. Ten slotte is er de neerwaartse spiraal waarin functieverlies door negatieve terugkoppeling tot verdergaande functionele beperkingen en eventueel tot nieuwe chronische aandoeningen leidt (Hertogh 1999, pp. 27/28).

Zo is naar de mate waarin sprake is van co-morbiditeit, directe ziektegevolgen (stoornissen, beperkingen, handicaps) en indirecte ziektegevolgen (ervaren kwaliteit van leven, interacties en zingeving), de zorgvraag complex.

REVALIDATIE:

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 verpleeghuisgeneeskundig/sociaal-geriatriesch doel wordt nagestreefd. Dit doel kan rechtstreeks in verband staan met de hulpverlening, dan wel voorwaardenscheppend zijn.

TAKENPAKKET:

Het geheel van taken waaraan tenminste voldaan moet worden om het gestelde in het beroepsprofiel te realiseren en waarop elke verpleeghuisarts/sociaal geriater aanspreekbaar is. Deze taken zijn deel patiëntgebonden en voor een ander deel niet-patiëntgebonden.

OPTIONELE TAAK:

Taak die niet behoort tot het takenpakket van de verpleeghuisarts/sociaal geriater en dus ook niet door elke verpleeghuisarts/sociaal geriater beheerst hoeft te worden, maar die wel een voorwaarde is voor de uitoefening en de verdere ontwikkeling van de verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie. Voor de uitoefening van deze taken zijn extra vaardigheden en/of opleiding nodig.

ZORG-/BEHANDELPLAN C.Q. ZORGPLAN:

Het samenhangend geheel van multidisciplinaire, probleemgerichte interventies op het gebied van behandelen, begeleiden, verplegen, verzorgen, welzijn en wonen, gericht op het realiseren van de individuele, met de patiënt of diens vertegenwoordiger overeengekomen zorgdoelen. Het zorgplan omvat meer dan de basiszorg en specificeert het aanbod daarvan: enerzijds bevat het aanwijzingen welke onderdelen uit dit basiszorgpakket op welke wijze aan de patiënt 'verstrek't moeten worden (rekening houdend met de gezondheidstoestand van de patiënt, diens beperkingen en de overeengekomen individuele zorgdoelstelling), anderzijds vult het de basiszorg aan met specifieke (para) medische en psychosociale zorg.

ZORGDIAGNOSTIEK:

De beoordeling en vaststelling van de individueel aangewezen ondersteunende zorg, op basis van ziektegerichte diagnostiek en ziektegevolgen-diagnostiek.

ZORGPROGNOSTIEK:

Op grond van prognose van ziekte en de gevolgen daarvan een inschatting maken van de ontwikkeling van de zorgvraag.

ZORGMANAGEMENT:

Activiteiten gericht op het sturen van zorginspanningen en daarbij in te zetten disciplines gericht op het vooraf bepaalde doel, respectievelijk het vervolgen en 'monitoren' van de patiënt in relatie tot zijn zorgsysteem.

ZORGSYSTEEM:

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

Bijlage 3

Samenstelling van de werkgroep

- Drs. M.J.D. Ficken, verpleeghuisarts (voorzitter werkgroep, bestuurslid NVVA), Stichting Bronovo-Nebo, 's-Gravenhage.
- Mw. drs. M.L.I. Huijvenaar, verpleeghuisarts, Stichting Duyn en Rhyn, verpleeghuis Overrhyn, Leiden.
- Mw. drs. G.M.A. Piek, verpleeghuisarts (bestuurslid NVVA), Rivas Zorggroep, Gorinchem.
- Dr. J.M.G.A. Schols, verpleeghuisarts, namens de opleidingen, Streekverpleeghuis De Riethorst, Geertruidenberg; tevens Afdeling Verpleeghuisgeneeskunde UMC St. Radboud, Nijmegen.
- Drs. H. Gratama van Andel, sociaal geriater, namens bestuur NVSG, Bavo RNO Groep, Rotterdam.
- Drs. D. Verburg, sociaal geriater, namens bestuur NVSG, CRG Altrecht, Utrecht.
- Mw. mr. T.B.M. Mes-Olijhoek, beleidsmedewerker NVVA, NVVA, Utrecht, tot 1-2-2002.
- Mw. drs. W.E. Weeder, directeur NVVA, NVVA, Utrecht.
- Drs. R.F. Wiewel, beleidsmedewerker NVVA
NVVA, Utrecht, vanaf 1-4-2002.

UITGAVE

ISBN 90-807332-2-9

april 2003

Oplage 2000 exemplaren

© Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen/Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie

Bezoekadres Lomanlaan 85 • 3526 XC Utrecht

Postadres Postbus 20069 • 3502 LB Utrecht

Telefoon 030 - 280 28 44

COLOFON

Redactie werkgroep verpleeghuisarts/sociaal geriater

(coördinatie: Drs. R.F. Wiewel)

Ontwerp en realisatie Het Lab grafisch ontwerpers BNO, Arnhem

Druk Drukkerij Tamminga, Duiven