

Geriatric: integrale medisch specialistische zorg voor kwetsbare ouderen

BELEIDSPUNTEN NVKG 2008-2010

Geaccordeerd tijdens de ALV d.d. 28-09-07

Inleiding

Het besef dat de medisch specialistische behandeling van kwetsbare ouderen met meervoudige morbiditeit een integrale benadering vereist, is in ons land ruim een halve eeuw oud. Kenmerkend voor de groep van geriatrische patiënten is namelijk dat elke patiënt een (ziekte)beeld vertoont dat in zijn complexiteit uniek is. Kwetsbare oudere patiënten met meervoudige morbiditeit hebben medisch specialistische zorg nodig, die recht doet aan hun complexe problematiek. De NVKG vindt dan ook dat alle geriatrische patiënten toegang moeten kunnen hebben tot goede geriatrische zorg. Tot nu toe is de geriater de enige medisch specialist met kennis van de somatische, psychiatrische en functionele aandoeningen van kwetsbare oudere patiënten, die de expertise en de mogelijkheden heeft om gebruik te maken van de diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis en over de expertise en faciliteiten beschikt om patiënten met ernstige acute geriatrische problemen klinisch te behandelen. Hier moeten de inspanningen van de geriatrie op gericht zijn. Taken die niet aan deze omschrijving voldoen, kunnen beter door anderen worden gedaan. Op deze manier kunnen zoveel mogelijk patiënten die geriatrische zorg nodig hebben deze ook krijgen. Tegelijkertijd wordt voorkómen dat de schaarse geriatrische middelen worden ingezet voor patiënten die deze niet nodig hebben.

Als uitwerking van deze beleidsvisie, die uitgebreid beschreven staat in “De pioniersjaren voorbij” van maart 2007, heeft het bestuur een lijst van concrete beleidspunten opgesteld. Hierbij heeft het bestuur geen volledigheid nagestreefd, maar zijn zeer bewust prioriteiten gesteld.

Het komen van een beleidsvisie tot concrete beleidspunten is een voortschrijdend proces. De punten verschillen dan ook nogal in ‘rijpheid’, mate van concreetheid en fase van voortgang. Doel is de leden te informeren over de prioriteiten die het NVKG-bestuur stelt en de leden de gelegenheid te geven hierover in discussie te gaan en waar nodig bij te sturen. Het is immers van groot belang dat we het eens zijn over de te varen koers en dat iedereen bereid is om de komende tijd aan de realisatie van de beleidspunten bij te dragen.

Beleidspunten

1. Beschrijving van het geriatrisch model.

Het is noodzakelijk om voor ons zelf en voor externe partijen (zorgverzekeraars, ziekenhuizen, politiek etc) glashelder te zijn over onze toegevoegde waarde. Het geriatrisch model moet kort en bondig duidelijk maken waar wij voor staan. Als we, als NVKG, onderschrijven, dat dit is waar we voor staan, geeft dat aan allen de verantwoordelijkheid om volgens dit geriatrisch model te handelen. Externe partijen mogen ons dan daaraan houden.

2. Afbakening doelgroep

Onze geriatrische werkwijze is tijdsintensief, dus duur. Dit verplicht tot selectie 'bij de poort' om te bewaken dat we de juiste doelgroep bereiken. We willen onze selectie toetsbaar maken.

3. Duidelijk maken van de toegevoegde waarde van de geriater

We zijn in gesprek met zorgverzekeraars om te zien of de meerwaarde van de geriatrie duidelijk is en of zorgverzekeraars de geriateren kunnen ondersteunen bij het uitrollen van het geriatrisch model. Een NIVEL onderzoek kan dit ondersteunen.

4. Zorgen dat alle relevante partijen op de hoogte zijn van het geriatrisch model

Onbekend maakt onbemind. We willen actief het geriatrisch model onder de aandacht brengen bij alle relevante partijen. Een nieuwe opzet van onze website kan hieraan bijdragen.

5. Duidelijke naam

Het is evident dat ook onze naam duidelijk moet zijn. We hebben de procedure gestart om te komen tot de specialistentitel "geriater" in plaats van "klinisch geriater". We zullen ons verzetten, als anderen een op onze naam lijkende titel willen voeren.

6. Beroepsprofiel/opleidingsprofiel

We willen voor onze patiënten, onszelf, (aankomende) collega's en voor de buitenwacht definiëren wat, vanuit de beleidsvisie, ons beroepsprofiel is. De medisch specialistische aspecten dienen centraal te staan en in samenhang met de holistische visie worden beschreven. Tevens dienen in het beroepsprofiel de voor de geriater vereiste wetenschappelijke, communicatieve, leidinggevende en beleidsbepalende kwaliteiten beschreven te worden. Het opleidingsprofiel dient hiervan afgeleid te worden.

7. Kwaliteit en kwantiteit van de opleiding

Het bedienen van alle geriatrische patiënten die daar recht op hebben, is alleen mogelijk als er voldoende geriateren en kwalitatief goede geriateren zijn. Aanscherping van de selectie van AIOS geriatrie is nodig om uitval tijdens de opleiding zoveel mogelijk te voorkomen. Daarnaast begeleiding van AIOS tijdens de gehele opleiding om hun binding met de geriatrie te versterken. Voortdurend wordt gewerkt aan verdere verhoging van de kwaliteit van de opleidingsklinieken. De verdeling van de AIOS geriatrie over de opleidingsklinieken behoeft aandacht. De gremia die jaarlijks het aantal opleidingsplaatsen vaststellen, moeten doordrongen worden van de noodzaak om dit aantal af te stemmen op de behoefte aan geriatrische zorg.

8. Bevorderen van de wetenschappelijke basis van de geriatrie en geriatrische kennis bij (aanstaande) artsen.

Bevorderen samenwerking academische centra en perifere klinieken.
Bevorderen van geriatrische kennis bij (aanstaande) artsen

9. Bevorderen uitbreiding aantal ziekenhuizen met geriatrie

We gaan ziekenhuizen zonder geriatrie informeren over de voordelen/mogelijkheden van geriatrie. Ongeveer 20 ziekenhuizen die hebben aangegeven hiervoor belangstelling te hebben, zullen worden bezocht.

10. Samenwerking met andere beroepsgroepen

We willen dat alle geriatrische patiënten toegang hebben tot geriatrische zorg. De kleine groep geriateren kan niet voldoen aan de vraag, ook niet bij een voortgang van de groei van het aantal geriateren. Samenwerking is dus essentieel.

Binnen het algemeen/academisch ziekenhuis:

Binnen het ziekenhuis willen we samenwerken met andere specialisten, die het geriatrische model onderschrijven. Hierbij hoort het bevorderen van een multidisciplinaire vakgroep geriatrie.

Ambulant

Samenwerking van geriateren met huisartsen en verpleeghuisartsen, onder meer om te komen tot ketenzorg en taakafbakening, wordt landelijk en regionaal bevorderd. Prioriteit is de regionale ontwikkeling van de ketenzorg dementie met partners in de ouderenzorg.

Samenwerking met/binnen de GGZ

1 op de 7 geriateren werkt binnen de GGZ. Samenwerking tussen algemene ziekenhuizen en GGZ instellingen op gebied van ouderengeneeskunde is noodzakelijk.

Samenwerking met andere beroepsverenigingen

Vanuit het bestuur van de NVKG wordt gestreefd naar constructieve samenwerking met andere beroepsgroepen met als doel het belang van de oudere patiënt.

11. Financiële basis voor de geriatrie

Bij goede zorg hoort goede financiering. Belangenbehartiging rond DBC systematiek, en daaruit voortvloeiende onderwerpen, zoals zorgprofielen is essentieel.

12. Organisatie van de NVKG

Te zijner tijd zullen de statuten moeten worden aangepast aan de veranderde inzichten. Getracht wordt de betrokkenheid van de leden bij ALV te vergroten door de ALV te combineren met een inhoudelijke (geaccrediteerde) bijeenkomst. Er zijn binnen de NVKG vele actieve en betrokken leden, die zich inzetten voor commissies, projecten etc. Het bestuur tracht de activiteiten zo goed mogelijk te coördineren.

Bijlagen

- 1. samenvatting beleidsvisie NVKG "De pioniersjaren voorbij" maart 2007*
- 2. eerste concept "Het geriatrisch model in essentie".*