

Klinische Geriatrie

Expertise delen en samenwerken



Inhoud

Voorwoord	2
Hoofdstuk 1 De geriatrische patiënt	4
Hoofdstuk 2 De Klinisch Geriater	6
Hoofdstuk 3 Samen de beste zorg, werken in netwerken	8
Hoofdstuk 4 Ons vak de komende jaren	10
Model	12
Conclusie	14

Voorwoord

Er ligt een enorme uitdaging de komende jaren voor klinisch geriaters. Bijna dagelijks staan er stukken in de krant waarin beschreven wordt hoe de zorg tekortschiet bij kwetsbare ouderen. Ze zijn eenzaam thuis, de SEH is overbevolkt, de ziekenhuizen kunnen de specifieke zorg die nodig is voor kwetsbare ouderen onvoldoende vormgeven. Het is enerzijds het gevolg van de demografie; er zijn steeds meer ouderen én steeds meer oudste ouderen in ons land. In 2040 is een kwart van de Nederlandse bevolking ouder dan 65 jaar. Dat heeft duidelijke gevolgen voor ons gezondheidszorgstelsel. Omdat vooral ouderen chronische aandoeningen hebben, worden in de ziekenhuizen steeds meer ouderen behandeld. De zorgvraag en de complexiteit in de zorgvraag neemt toe.

Daarnaast is het tekortschieten ook het gevolg van wetswijzigingen. Het verzorgingshuis is opgeheven en de verpleeghuis capaciteit is afgenomen. Er wordt gestimuleerd om langer thuis te wonen, er moet meer worden opgevangen door mantelzorgers, er moet meer zorg aan huis geleverd. Dat maakt dat de zorg zich ook anders moet gaan organiseren.

Gelukkig zijn er in de gezondheidszorg veel ontwikkelingen gaande. De technische mogelijkheden nemen toe, de minimaal invasieve behandelingen nemen een vlucht en operaties kunnen in steeds kortere tijd gedaan worden. Toch observeren we ook dat deze behandelingen voor kwetsbare ouderen niet altijd positief uitpakken. Er ontstaan vaak complicaties en functioneel gaan kwetsbare ouderen er na een behandeling niet altijd op vooruit. In de toegenomen richtlijnen wordt steeds meer geanticipeerd op risico's waarbij meer preventieve medicatie wordt gebruikt om risico's te verkleinen. Het is echter de vraag of deze ontwikkelingen ook effectief zijn voor kwetsbare ouderen.

De Federatie Medisch Specialisten heeft haar visie voor de Medisch Specialist 2025 gepresenteerd. De kernwoorden van dat document zijn ambitie, vertrouwen en samenwerken. We hebben de lat hoog gelegd: in 2025 is de Nederlandse gezondheidszorg aantoonbaar de beste en dient internationaal als voorbeeld. De thema's draaien om versterken van de positieve gezondheid, samenwerken in netwerken, innovaties om kwaliteit te blijven bieden en betrokkenheid bij preventie en gedrag.

Voor klinisch geriaters zijn dit bekende onderwerpen, deze thema's zijn al jaren de basis van ons vak: wij behandelen vanuit het perspectief van kwaliteit van leven, zijn werkzaam in netwerken en ontwikkelen al heel lang zorginnovaties voor kwetsbare ouderen. Kortom, wij lopen voorop!

Gezien het dynamische veld van ontwikkelingen zijn er veel uitdagingen om voorop te blijven lopen. Klinisch geriaters hebben de kennis en het gezag om het beleid voor ouderen voor de komende jaren in het ziekenhuis te bepalen met twee belangrijke doelstellingen:

- Samenwerking optimaliseren met de partijen in het zorgnetwerk voor kwetsbare ouderen.
- Optimaliseren van kennis over kwetsbare ouderen door middel van specifieke scholing van zorgverleners in het ziekenhuis die met deze ouderen werken.

Voor u ligt het beleidsplan 2018-2022 van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Laat u inspireren door onze plannen en aanzetten tot actie: expertise delen en samenwerken ten behoeve van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis.

Namens het bestuur van de NVKG
Hanna Willems, voorzitter

Hoofdstuk 1

De geriatrische patiënt



De zorgvraag van ouderen neemt toe in omvang en in complexiteit. Daarnaast liggen zorgvragen vaak buiten het ziekenhuis omdat de professionele zorg in woonzorgcentra is afgenomen. Verzorgingshuizen zijn opgedoekt, verpleeghuisbedden voor verblijf afgebouwd. Meer en meer ouderen wonen zelfstandig thuis met aanvullende zorg naast mantelzorg. Dit verandert de zorgvraag in het ziekenhuis. Het verandert tevens de functie van de klinisch geriater, die zich, als dé medisch specialist op het gebied van kwetsbare ouderen, vaker in het netwerk rond de patiënt zal begeven om de juiste zorg voor de meest kwetsbare patiënten in gezamenlijkheid met andere behandelaren te bieden.

Belangrijk is daarbij dat klinisch gerieters juist die zorg leveren die geen van de andere hulpverleners kan geven. De meest kwetsbare patiënten worden behandeld door de specialist die de complexiteit van de zorgvraag het beste overziet. Hierdoor ontstaat een zorgpiramide, waarbij alle hulpverleners kennis hebben van ouderen, een deel extra geschoold is voor de behandeling en zorg voor kwetsbare ouderen en de klinisch geriater alleen de meest kwetsbaren zelf behandelt.

Daarnaast stimuleren we kwetsbare patiënten om hun eigen wensen te uiten ten aanzien van zorgbeslissingen. Gezamenlijke besluitvorming is de standaard.

We mengen ons in het maatschappelijk debat om te stimuleren dat ouderen zelfredzaam kunnen blijven en om te voorkomen dat ouderen kwetsbaar worden.

Beoogde resultaten in 2022

De meest kwetsbare patiënten in de tweede lijn worden behandeld door de klinisch geriater.

- Er zijn selectiecriteria opgesteld en geïmplementeerd waardoor duidelijk is wie specialistische geriatrische zorg nodig heeft.
- Er is betrokkenheid van de klinisch geriater bij alle kwetsbare ouderen die opgenomen zijn bij andere specialismen.
- Gespecialiseerde afdelingen voor de meest kwetsbare patiënten zijn opgezet in ieder ziekenhuis (vb geriatrische traumazorg).
- Klinisch gerieters hebben een duidelijke rol in het netwerk/de keten, ondersteunen en bieden scholing aan de eerste lijn.
- Functieverlies tijdens opname is een bekend syndroom voor alle specialisten, in ziekenhuizen is hiervoor een preventieplan opgesteld en geïmplementeerd.
- Evidence based preoperatieve zorg ter verbetering van functie is gestandaardiseerd voor grote operaties.

De meest kwetsbare patiënten worden ondersteund bij zorgbeslissingen.

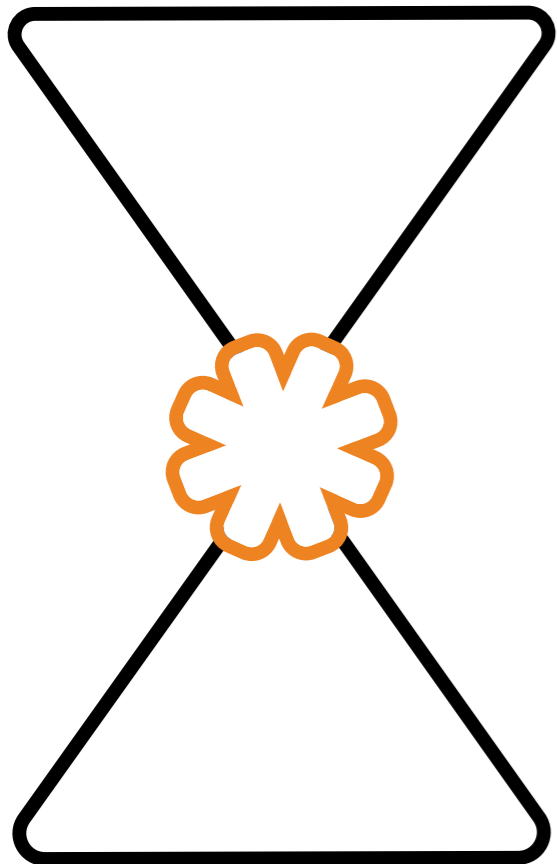
- Advance Care Planning wordt bij iedere kwetsbare oudere patiënt in de tweede lijn besproken.
- Beoordeling van de regievaardigheid van de patiënt wordt geïmplementeerd in alle ziekenhuizen.
- Samen beslissen over diagnostiek en behandelopties is ontwikkeld en wordt toegepast bij alle kwetsbare patiënten.

We zijn betrokken bij primaire en secundaire preventie.

- De NVKG mengt zich in het maatschappelijk debat en bevordert vitaal oud worden.
- De NVKG stimuleert onderzoek naar behandeling specifiek voor kwetsbare ouderen.

Hoofdstuk 2

De Klinisch Geriater



De rol van de klinisch geriater binnen het ziekenhuis is de laatste jaren flink veranderd. Niet alleen wordt er een inbreng gevraagd in het ontwikkelen van zorg voor de kwetsbare oudere ziekenhuisbreed; ook heeft de klinisch geriater naast de direct patiëntgebonden taken veelal een rol bij de ontwikkeling van deskundigheidsbevordering bij collega specialisten, verpleegkundigen en paramedici. Dit vraagt om een goede balans en afstemming van werkzaamheden, om op een gezonde manier aan het groeiend takenpakket te kunnen blijven voldoen. Erkenning van dit brede takenpakket door ziekenhuisorganisaties en verzekeraars is van belang om tot goede werkafspraken te komen. Taakherschikking en voldoende diversiteit in competenties binnen vakgroepen zullen nodig zijn. Vroegtijdige profilering van de klinische geriatrie binnen de medische opleiding is nodig om de benodigde groei in capaciteit te kunnen verwezenlijken.

Beoogde resultaten in 2022

De vitaliteit en de taakbalans van de klinisch geriater is op orde.

- De benodigde informatie om in de ziekenhuisorganisatie te komen tot een goede taakbalans is voor vakgroepen beschikbaar.
- Arbeidsvoorwaarden voor de klinisch geriater zijn vastgesteld uitgaande van 'gezond roosteren'.
- Vakgroepen zijn opgebouwd naar competenties van de leden, zodat bijvoorbeeld voldoende managementcompetenties aanwezig zijn.
- Vakgroepen zijn indien nodig georganiseerd over de scheiding somatiek/GGZ heen.

Er zijn voldoende klinisch geriaters om op een gezonde manier aan de groeiende zorgvraag te kunnen voldoen.

- Er is duidelijkheid over de benodigde capaciteit van klinische geriaters voor de periode 2025-2035 om hierop het aantal opleidingsplaatsen te kunnen afstemmen.

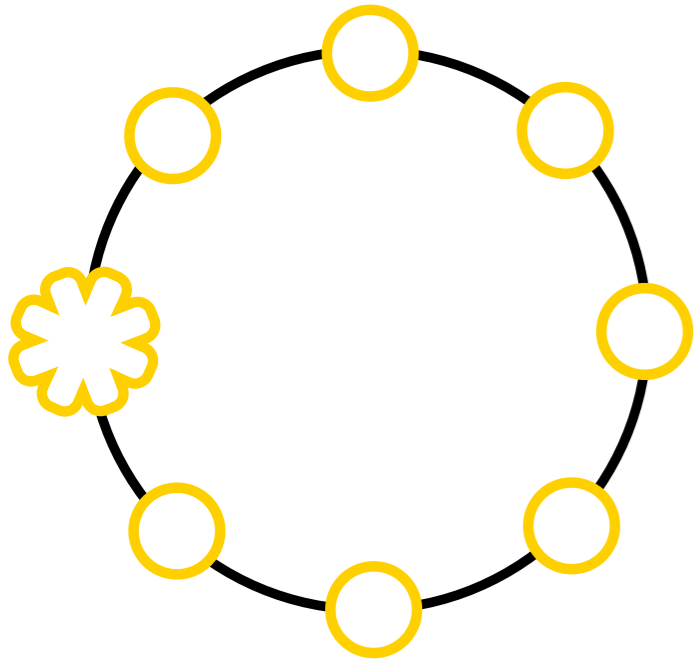
- De klinische geriatrie is een vast onderdeel van de opleiding tot basisarts, zodat alle studenten geneeskunde hiermee in aanraking komen.
- Het aannamebeleid voor de opleiding tot klinisch geriater ziet toe op het aantrekken van een meer divers type klinisch geriater.

Taakherschikking van de geriatrie zorg.

- De positie van de klinisch geriater binnen de zorgpiramide voor de kwetsbare oudere is voor alle zorgprofessionals duidelijk.
- Criteria voor inschakelen van de klinisch geriater zijn geïmplementeerd: specialistische geriatrie diagnostiek en behandeling.
- Scholing van andere medisch specialisten, verpleegkundigen, paramedici en eerste lijns professionals in basis geriatrie diagnostiek en behandeling is opgezet en (deels) geïmplementeerd.

Hoofdstuk 3

Samen de beste zorg, werken in netwerken



Een multidisciplinaire aanpak is een van de kenmerken van de klinische geriatrie. Maatschappelijke ontwikkelingen en wetgeving hebben als doel dat kwetsbare ouderen steeds langer zelfstandig blijven functioneren. Een goede afstemming tussen alle betrokken zorgprofessionals en ook mantelzorgers is een voorwaarde om te komen tot een efficiënte werkwijze, waarbij ieders deskundigheid optimaal kan worden benut ten behoeve van het welzijn van de oudere. Zorgprofessionals uit de eerste lijn zijn betrokken om te komen tot een naadloze overgang van de kwetsbare ouderen tussen de diverse zorgmodaliteiten. Warme overdracht is de standaard na ziekenhuisopname. Tijdige en volledige (digitale) informatieoverdracht is een belangrijke voorwaarde binnen een netwerk. Er zijn meerdere netwerken waarbinnen de klinisch geriater een rol heeft, naast diagnostiek en behandeling moet ook gedacht worden aan netwerkvorming gericht op wetenschappelijk onderzoek, kwaliteit en scholing.

Beoogde resultaten in 2022

Er is definiëring van verschillende typen netwerken, met een heldere doelstelling per netwerk (zie ook visualisering in het schema).

- Er is een overzicht van de aanwezige netwerken, zowel lokaal als landelijk.
- Er is beleid ontwikkeld m.b.t. wenselijke netwerken.
- Er zijn randvoorwaarden vastgesteld en geïmplementeerd om professionalisering van netwerken te bevorderen.

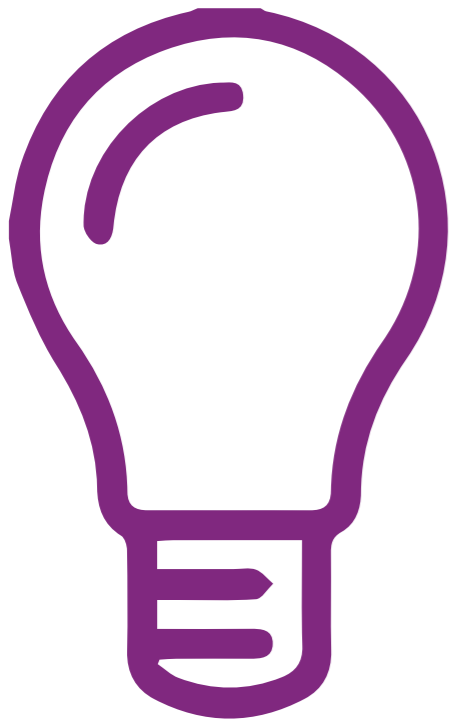
De rol van de klinisch geriater binnen de verschillende netwerken is duidelijk omschreven.

Samenwerking en (digitale) informatieoverdracht binnen de netwerken is geregeld.

- Zorgpaden en best practices zijn beschikbaar voor alle klinisch geriaters.
- Netwerkfinanciering is het uitgangspunt en wordt ook door zorgverzekeraars onderschreven.
- Digitale informatieoverdracht is binnen een netwerk goed geregeld en voldoet aan de regelgeving m.b.t. privacy.
- De patiënt heeft de mogelijkheid tot beheer van eigen medische informatie.

Hoofdstuk 4

Ons vak de komende jaren



De kennis in de gezondheidszorg neemt toe. Dat maakt dat zelfs het holistische vak van de klinisch geriater zich gaat toeleggen op deelgebieden. De specifieke kennis over bijvoorbeeld pre- en postoperatieve zorg, gedragsproblemen, klinische farmacologie en palliatieve zorg is niet meer door één dokter tot in detail te beheersen. De brede basis in ons vak moet elke klinisch geriater aantoonbaar kunnen uitoefenen.

Daarnaast zullen technische mogelijkheden ons vak veranderen, maar het gesprek met de patiënt blijft centraal in onze werkwijze. We laten ons inspireren en ondersteunen door zorginnovaties en e-health. Ook de wetenschappelijke ontwikkeling in ons vakgebied gaat voorspoedig. Steeds meer klinisch gerieters promoveren, het aantal hoogleraren aan de universiteiten neemt toe.

Beoogde resultaten in 2022

In de toekomst heeft elke vakgroep een aantal klinisch gerieters met een aandachtsgebied. Wenselijk zijn ten minste de aandachtsgebieden geheugenstoornissen, dementie en vallen.

Vakgroepen zijn opgebouwd naar diversiteit.

- Er is gedefinieerd wat een aandachtsgebied is en welke aandachtsgebieden er zijn. Leidend zijn naast de grote geriatrie ziektebeelden (geriatrie reuzen) ook specifieke zorgprocessen, zoals netwerkgeneeskunde en preoperatieve zorg.
- De klinisch gerieters met hetzelfde aandachtsgebied hebben zich verenigd in landelijke netwerken. Vanuit deze netwerken wordt wetenschappelijk onderzoek verricht en er worden hoogleraren benoemd binnen deze thema's.

De klinisch geriater evalueert met ondersteuning van data.

- Er is in 2022 een uniforme werkwijze in het landelijk EPD. Alle ziekenhuizen gebruiken dezelfde meetmethoden en schalen binnen het CGA.
- We gebruiken relevante (PROM) en uniforme uitkomstmaten.

Wetenschappelijk onderzoek richt zich op klinisch relevante vragen.

- De wetenschapsagenda top 10 is in 2022 uitgewerkt. Er wordt een nieuwe multidisciplinaire wetenschapsagenda voor de ouderengeneeskunde opgesteld.
- Er is een onderzoeksnetwerk opgezet waardoor onderzoeken makkelijker kunnen worden verricht en resultaten kunnen worden geïmplementeerd.
- Wetenschap richt zich op het onderbouwen van ons handelen, we werken met PROMs.

Model

Samenvatting beleidsplan 2018-2022

Hiernaast ziet u het netwerk van de klinisch geriater.

Behandeling

De behandeling van de kwetsbare oudere patiënt staat centraal. De klinisch geriater geeft voor een optimale behandeling sturing aan een netwerk van zorgprofessionals, die rond de kwetsbare oudere patiënt staan. Dit zijn bijvoorbeeld collega medisch specialisten, maar ook paramedici en verpleegkundigen. Substitutie van zorg vindt plaats binnen dit netwerk.

Scholing

Zorgprofessionals die kwetsbare oudere patiënten behandelen, werken zowel in de eerste als tweede lijn en worden ondersteund door scholing over de kwetsbare oudere patiënt door klinisch geriater.

Kwaliteit & wetenschap

De klinisch geriater zelf wordt gevoed door het kwaliteitsbeleid van de NVKG en door wetenschap in het vakgebied.

Voor

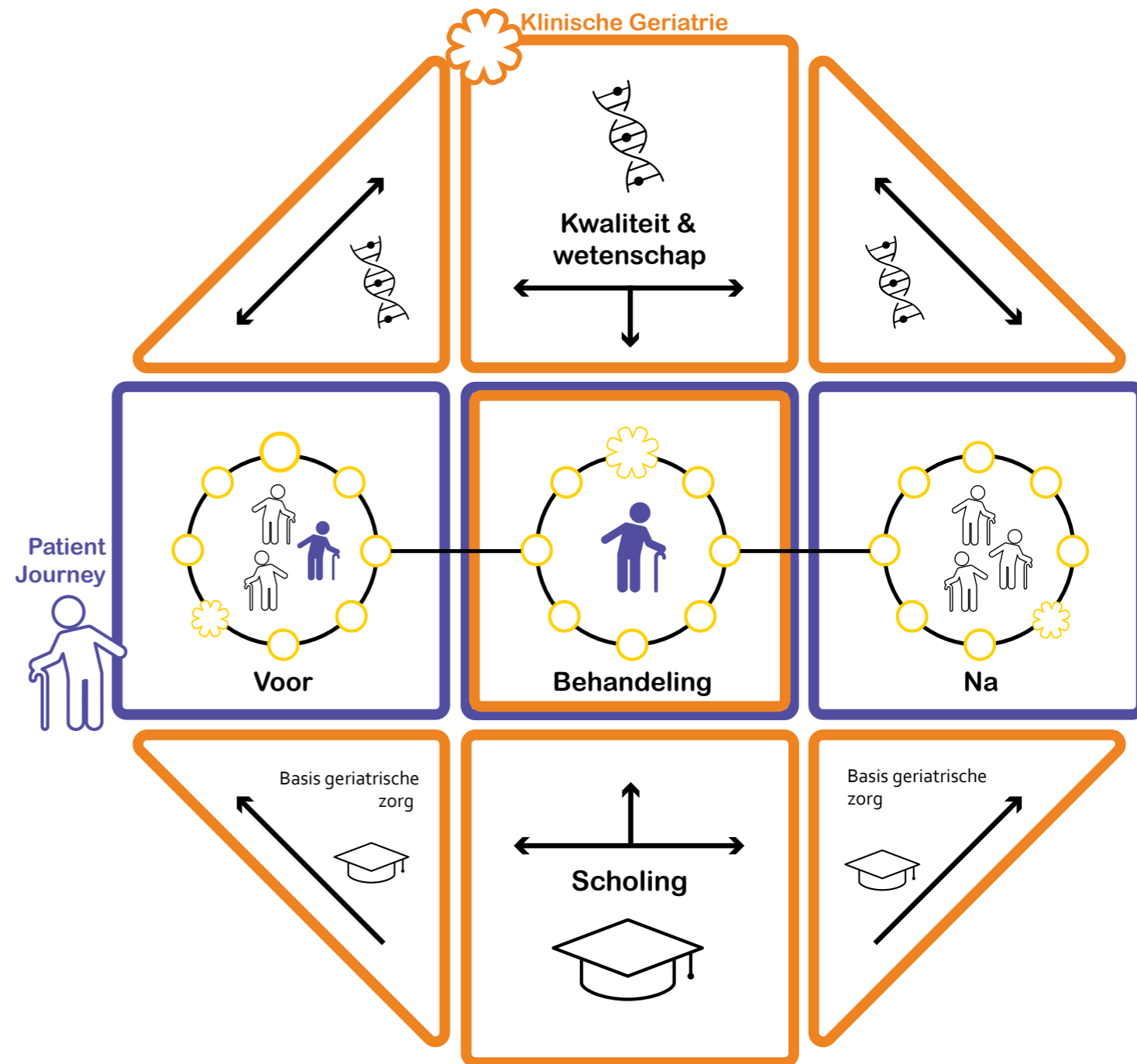
Van links naar rechts ziet u vervolgens de patiënt journey van de kwetsbare oudere patiënt. Links wordt de kwetsbare oudere patiënt geselecteerd voor behandeling in een netwerk waar de klinisch geriater aan deelneemt. Dit kan in de eerste lijn zijn, maar het kan ook een afdeling in het ziekenhuis zijn, zoals poliklinisch voor een operatie, of op de eerste hulp met een acute klacht.

Behandeling

Vervolgens volgt de behandeling door de zorgprofessionals in het netwerk waar de klinisch geriater aan het roer staat.

Na

Tot slot in het rechter plaatje is de kwetsbare oudere patiënt, na behandeling en daardoor minder kwetsbaar, weer opgenomen in een netwerk van zorgprofessionals, zoals de eerste lijn.



Conclusie

U heeft zojuist gelezen dat onze ambitie groot is voor de komende jaren!

De NVKG zal deze plannen gaan prioriteren om de beoogde resultaten ook waar te kunnen maken. We gaan de samenwerking optimaliseren met de partijen in het zorgnetwerk voor kwetsbare ouderen en scholing bieden om de kennis over kwetsbare ouderen te optimaliseren bij zorgverleners in het ziekenhuis die met ouderen werken.

Op naar 2022!

Met dank aan

De personen die een bijdrage hebben geleverd aan dit beleidsplan door mee te denken en/of door het geven van feedback.

Colofon

Dit is een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

© 2018 Alle rechten voorbehouden.

Inhoud

Leden en bestuur NVKG

www.nvkg.nl

info@nvkg.nl

Begeleiding

Sunidee



