



# Personeelsleidraad specialisten ouderengeneeskunde

*Notitie over de kerntaken  
van de specialist ouderengeneeskunde*



# **Personeelsleidraad specialisten ouderengeneeskunde**

Notitie over de kerntaken van de specialist  
ouderengeneeskunde

## Colofon

Dit is een uitgave van Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde.

## Disclaimer

Alles uit deze uitgave mag met bronvermelding gebruikt worden voor publicatie. Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan Verenso.

## Uitgave

© Verenso, 2016

## Ontwerp

Het Lab ontwerp + advies, Arnhem

## Inleiding

Het werk van de specialist ouderengeneeskunde	5
---	---

## 1. Het werkveld

1.1 Het werk in een Wlz-instelling met behandeling	7
1.2 Het werk in de eerste lijn voor patiënten met een Wlz-indicatie	7
1.3 Het werk in de eerste lijn voor patiënten zonder een Wlz-indicatie	8

## 2. Taken

2.1 Algemeen	11
2.2 Directe patiëntenzorg	11
2.3 Indirecte patiëntenzorg	12
2.4 Algemeen medisch beleid	13
2.5 Handelingen gericht op het behouden van bekwaamheid en bevoegdheid	14
2.6 Optionele taken inherent aan de kerncompetenties	15

## 3. Workload

3.1 De formatie	17
-----------------	----



# Het werk van de specialist ouderengeneeskunde

Een specialist ouderengeneeskunde is een arts die gespecialiseerd is in zorg voor met name de geriatrische populatie: kwetsbare ouderen, ouderen met complexe multimorbiditeit en chronisch zieken met verschillende gezondheidsproblemen. De expertise van de specialist ouderengeneeskunde heeft betrekking op patiënten met:

- meerdere -interacterende- aandoeningen
- aandoeningen (deels) van chronische aard
- gevorderde stadia daarvan
- aandoeningen in combinatie met functionele beperkingen
- regieproblemen
- levenseinde problematiek

De werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde bestaan uit de specialistische ouderengeneeskundige behandeling van de oudere patiënt met complexe problematiek. Deze behandeling kan onder andere bestaan uit het afnemen van een geriatrisch assessment, medicatiereview, het opstellen van een behandelplan, waarbij het doel is de klachten die de patiënt als meest hinderlijk ervaart of verlies van kwaliteit van leven opleveren, te verminderen.

De handelwijze van de specialist ouderengeneeskunde is proactief, gericht op het zo optimaal mogelijk functioneren van de patiënt en het voorkomen van toekomstige ziektelast. Hierdoor worden onnodige opnames in kortdurend eerstelijnsverblijf (ELV) en/of het ziekenhuis voorkomen en opname in permanent verblijf in een verpleeghuis uitgesteld. De specialist ouderengeneeskunde voert de regie over het behandelplan en verwijst de patiënt door naar andere professionals (verpleegkundige behandeling/fysiotherapie/ergotherapie/logopedie/diëtetiek et cetera) om onderdelen van het behandelplan uit te voeren.





## 1.1 Het werk in een Wlz-instelling met behandeling

De specialist ouderengeneeskunde levert alle geneeskundige behandeling voor patiënten die verblijven in een Wlz-instelling met behandeling. Dit betreft de specialistische ouderengeneeskundige zorg en generalistische geneeskundige zorg. De specialist ouderengeneeskunde kan op basis van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde aan diverse doelgroepen geneeskundige zorg leveren (somatisch/psychogeriatrisch/GRZ/NAH et cetera) of kan zich toespitsen op het behandelen van een specifieke doelgroep.

## 1.2 Het werk in de eerste lijn voor patiënten met een Wlz-indicatie

In deze situatie wordt de algemeen geneeskundige zorg gegeven door de huisarts en de specifieke ouderengeneeskundige zorg door de specialist ouderengeneeskunde. De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde maken werkafspraken over de regiefunctie, waaronder bijvoorbeeld afspraken over het aanspreekpunt en de bereikbaarheid in de ANW-uren.

## **1.3 Het werk in de eerste lijn voor patiënten zonder Wlz-indicatie**

In de praktijk van de huisarts komen ouderen voor met complexe problematiek. Zij blijven geheel onder behandeling van de huisarts totdat de huisarts specifieke expertise van de specialist ouderengeneeskunde voor de patiënt inroept. De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde komen overeen welk deel van de geneeskundige zorg de specialist ouderengeneeskunde biedt en wie regie voert: de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde.

Het werkveld van de specialist ouderengeneeskunde is onafhankelijk van de verblijfplaats van de patiënt.





## 2.1 Algemeen

De specialist ouderengeneeskunde is in de instelling met erkenning voor behandeling altijd verantwoordelijk voor het medisch beleid, BOPZ-beleid, de individuele patiëntenzorg, medische behandeling en regievoering over het behandelteam.

Competentiegebieden zijn:

- medisch handelen
- communicatie
- samenwerking
- kennis en wetenschap
- geneeskundig maatschappelijk handelen
- organisatie
- professionaliteit

## 2.2 Directe patiëntenzorg

Directe patiëntenzorg kenmerkt zich door direct contact tussen de patiënt en de specialist ouderengeneeskunde. Dit is het geval bij de volgende activiteiten:

- diagnostiek
- (multidisciplinaire) behandeladvisering/zorgprognostiek/advance care planning
- medische behandeling (zowel farmacologische als niet-farmacologische geneeskundige zorg)
- indiceren van (para) medische behandelingen
- medisch technische verrichtingen
- multidisciplinair overleg in het bijzijn van de patiënt
- BOPZ-interventies op patiëntniveau
- schouwen overledene

## 2.3 Indirecte patiëntenzorg

Indirecte patiëntenzorg zijn activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde die wel direct zijn toe te leiden aan een specifieke patiënt, maar die niet in het bijzijn van de patiënt worden verricht. Indirect patiëntgebonden activiteiten zijn:

- medische verslaglegging in het behandelplan
- regievoering over het behandelteam (inschakelen van benodigde professionals en bewaken en evalueren van overstijgende behandeldoelen)
- participeren in multidisciplinair overleg zonder bijzijn van de patiënt
- overleg met andere artsen/behandelaren
- participeren in en adviseren over de ouderenzorg in de huisartsenpraktijk (kent verschillende verschijningsvormen, bijvoorbeeld vroegsignalering kwetsbare ouderen (VKO), regulier of incidenteel ouderengeneeskundig overleg)
- (behandel)advisering aan (huis)artsen/medisch specialisten door middel van consultatie waarbij de patiënt niet door de specialist ouderengeneeskunde wordt gezien
- bijdrage aan de indicatiestelling (verschaffen van medische gegevens et cetera)
- besluitvorming over opname van patiënten (op specialist ouderengeneeskunde niveau)
- reistijd; (conform Verijdt en Van der Windt, 2010)  
1,8 uur per week aan reistijd (7,7% van de patiëntgebonden tijd)

## 2.4 Algemeen medisch beleid

Handelingen die wel direct te maken hebben met de medische patiëntenzorg, maar niet toe te schrijven zijn aan een individuele patiënt, zijn:

- opstellen van een medisch beleidsplan op instellingsniveau
- opstellen van richtlijnen en procedures voor praktijkvoering van de vakgroep
- ethisch vakgroepbeleid formuleren (ten aanzien van omgaan met familieleden, sedatie, enzovoorts)
- begeleiden en supervisie geven aan ondersteunend medisch personeel
- deelname aan FONA (Fouten, Ongevallen en Near Accidents)/ Melding Incidenten Cliënten (MIC)-commissie
- adequate waarnemingsregeling organiseren
- uitvoeren van triage (denk aan toegang tot GRZ)
- bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening

De specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor inhoudelijke advisering en over het beleid voor:

- de hygiëne
- de infectiepreventie
- medicatieveiligheid en medicatiebeleid
- decubitus
- de mondzorg
- het BOPZ-beleid
- de verantwoorde uitvoer van medische wetgeving (WGBO, BIG, Wkkgz)
- de valpreventie
- de hulpmiddelen
- het afhandelen van ernstige incidenten/calamiteiten
- het vormgeven van aanpassingen en veranderingen in het zorgaanbod
- de kwaliteit van zorg en behandeling

## 2.5 Handelingen gericht op het behouden van bekwaamheid en bevoegdheid

- Het bijhouden van vakliteratuur en (wetenschappelijke) ontwikkelingen binnen het vak en het eigen medisch handelen daarop blijven aanpassen
- Casuïstiek bespreken met collega's
- Een bijdrage leveren aan wetenschappelijke onderbouwing van het vak
- Deelnemen aan deskundigheidsbevordering
- Deelnemen aan visitatie
- Deelnemen aan intervisie
- Het houden van referaten of voordrachten
- Het begeleiden en coachen van collega specialisten ouderengeneeskunde
- Het begeleiden en supervisie geven aan aios/verpleegkundig specialisten
- Onderwijs geven aan verpleegkundigen en andere ondersteunende beroepsbeoefenaren
- Taken vervullen binnen de beroepsvereniging



## 2.6 Optionele taken inherent aan de kerncompetenties

- Het vervullen van medisch adviseurschappen (als contactpersoon infectieziektewet bij bijvoorbeeld de GGD of aanspreekpunt zijn voor externe instanties als de IGZ, Wlz-uitvoerders, verzekeraars en gemeenten)
- Het bevorderen van samenwerking in de bredere medische as (huisarts, medisch specialisten, Wmo et cetera)
- Medische supervisie geven aan zorgteams
- Het geven van onderwijs aan aios
- Het afgeven van bekwaamheidsverklaringen voor de uitvoering van voorbehouden handelingen door verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants
- SCEN-arts verrichtingen
- Het geven van medisch onderwijs en het begeleiden van betrokken professionals en zorgteams door middel van klinische lessen, casuïstiekbespreking et cetera



## 3.1 De formatie

De formatie van de specialist ouderengeneeskunde binnen een instelling wordt in belangrijke mate bepaald door de wijze waarop de zorg is georganiseerd en de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel. Daarbij geldt:

- bij een spoedoproep dient de specialist ouderengeneeskunde binnen 30 minuten ter plaatse te zijn;
- de specialist ouderengeneeskunde houdt zich aan de wettelijke regels voor de inzet van de verpleegkundig specialist.

Het betreft:

- a. handelingen van een beperkte complexiteit;
- b. routinematige handelingen;
- c. handelingen waarvan de risico's te overzien zijn.

De handelingen worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

Een belangrijke taak van de vakgroep specialisten ouderengeneeskunde is vast te stellen welke handelingen ten behoeve van de onder hun verantwoordelijkheid vallende patiënten in aanmerking komen voor taakdelegatie/taakherschikking. De vakgroep specialisten ouderengeneeskunde dient vast te stellen in welke mate en op welke wijze taakdelegatie verantwoord vorm gegeven kan worden. De vakgroep specialisten ouderengeneeskunde handelt hierbij overeenkomstig de handreiking van Verenso en de handreiking Taakherschikking van de KNMG.

Op dit moment kan een specialist ouderengeneeskunde<sup>1</sup> bij een 36-urige werkweek, afhankelijk van onderstaande genoemde omstandigheden, verantwoorde 7/24 uren patiëntenzorg bieden aan:<sup>2</sup>

- somatische patiënten - tussen de 90 en 100 patiënten;
- psychogeriatrische patiënten - tussen de 88 en 100 patiënten;
- geriatrische revalidatie patiënten - tussen de 20 en 60 patiënten, mede afhankelijk van het gecombineerd samengaan met neuropsychiatrische stoornissen en afhankelijk van de doorstroomsnelheid van de patiënten (bij 10 opnames per week of meer kan de specialist ouderengeneeskunde maximaal 20 patiënten bedienen).<sup>3</sup>
- gerontopsychiatrische patiënten die in toenemende mate binnen het verpleeghuis chronisch verblijven omdat de GGZ deze patiënten overgeheveld heeft. Vanwege de intensieve zorg op zowel patiënt-als systeemniveau, ligt het aantal tussen de 60 en 80 patiënten.

De bovenstaande aantallen zijn afhankelijk van de voorwaarden waaronder een specialist ouderengeneeskunde zijn werkzaamheden kan verrichten. De randvoorwaarden kunnen niet, matig, goed of uitstekend geregeld zijn. Het definitieve aantal patiënten per FTE specialist ouderengeneeskunde is afhankelijk van onder andere onderstaande factoren:

- de complexiteit van de doelgroep die de specialist ouderengeneeskunde bedient (patiënten met de ziekte van Huntington en patiënten met gedragsproblemen zijn voorbeelden van zeer complexe intensieve zorg);

---

1 36 uur per week is één FTE, een arbeidsovereenkomst van 40 uur per week is 1,11 FTE

2 De cijfers zijn afkomstig uit het KIWA-rapport 2012 'Het werkproces onderzocht: hoeveel patiënten kan een specialist ouderengeneeskunde bedienen?' en cijfers uit de visitatie verricht door de visitatiecommissie van de Stichting Kwaliteit & Ondersteuning 2011 – 2015.

3 Een nauwkeurige registratie binnen de DBC door de behandelaar kan op den duur leiden tot een meer nauwkeurige berekening van de verhouding patiënt-specialist ouderengeneeskunde. De aanpassing in de verhouding patiënt-specialist ouderengeneeskunde is naar aanleiding van een signaal vanuit het Capaciteitsorgaan juni 2016. Hierbij werd aangegeven dat de specialist ouderengeneeskunde behoorlijk onder druk staat bij een snelle doorstroming van patiënten en dat het dan wenselijk is de verhouding patiënt-specialist ouderengeneeskunde aan te passen zodat er voldoende en adequate medische behandeling gegeven kan worden.

- de intensiteit van behandeling die specifieke patiënten vereisen bij snel wisselende problemen of een opeenvolging van complicaties;
- crisisopname, zeer intensief;
- de verblijfsduur van de patiënt. Wanneer een patiënt kortdurend verblijft, bijvoorbeeld in geval van palliatief terminale zorg, eerstelijnsverblijf of GRZ, is de behandeling doorgaans intensiever. Bij opname besteedt de specialist ouderengeneeskunde relatief veel tijd aan het begin van het traject (de patiënt wordt opgenomen, er wordt een geriatrisch assessment afgenomen, een behandelplan opgesteld en een team samengesteld en geïnstrueerd om het behandelplan uit te voeren et cetera). Ook aan het einde van het verblijf rondom ontslag of overlijden besteedt de specialist ouderengeneeskunde veel tijd aan de patiënt. In de tussenliggende periode is de behandelintensiteit doorgaans lager, afhankelijk van de intercurrente aandoeningen die zich voordoen en de begeleiding die het systeem vraagt. Wanneer de patiënt korter verblijft, is de gemiddelde behandelintensiteit over de totale verblijfsduur dus hoger.
- de aan- of afwezigheid van de ondersteuning die de specialist ouderengeneeskunde heeft bij de uitvoering van zijn vak (medisch secretariaat, planner, telefoniste, praktijkondersteuner) is zeer bepalend voor de workload. Hoe beter de ondersteuning, hoe meer tijd de specialist ouderengeneeskunde heeft voor de behandeling van patiënten.
- de aan- of afwezigheid van aios, basisartsen en verpleegkundig specialisten. Goed ingewerkte basisartsen en verpleegkundig specialisten (door middel van coaching, casuïstiek en begeleiding) maken taakherschikking onder supervisie van de specialist ouderengeneeskunde mogelijk waardoor de specialist ouderengeneeskunde de workload in geringe mate kan verhogen.<sup>4</sup> Uit onderzoek blijkt dat de verpleegkundig specialist een brugfunctie heeft tussen het medische domein en het verpleegkundig domein. Hierin heeft zij een belangrijke kwaliteit verhogende taak.<sup>5</sup>

---

4 Let wel: coaching, supervisie, patiëntbespreking en functioneringsgesprekken over de voortgang kosten tijd van de superviserende specialist ouderengeneeskunde.

5 Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van physician assistants en verpleegkundig specialisten: dr. Miranda Laurant, drs. Kalinka van de Camp drs. Linda Boerboom, drs. Nancy Wijers Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) Radboudumc Nijmegen, oktober 2014.

- de taakvolwassenheid van de zorgteams. Zijn de teams in staat kwalitatief goede zelfstandige verpleging en verzorging te bieden, beschikken ze over voldoende gekwalificeerd personeel? Kan de specialist ouderengeneeskunde vertrouwen en bouwen op de deskundigheid van het team? Observeren en signaleren zijn hierbij belangrijke taken. Verpleegkundige inzet 24/7 met adequate triage en het kunnen uitvoeren van voorbehouden handelingen zijn hierbij essentieel.
- de mate van organisatie van de patiëntengroep. Kunnen de patiënten behandeld worden vanuit één locatie of wonen zij verspreid over het gebied en hoe is de zorg per locatie georganiseerd? Reistijd en het werken voor meerdere instellingen zijn van invloed op de workload van de specialist ouderengeneeskunde.
- De toegenomen zorgzwaarte van opgenomen patiënten en de snellere doorstroming van patiënten hebben invloed op de workload van de specialist ouderengeneeskunde.
- de werkvorm waarin de specialist ouderengeneeskunde werkt (werkzaam binnen een behandeldienst van de V&V instelling, werkzaam als ZZP-er binnen een maatschap/zorggroep of werkzaam als zelfstandige specialist ouderengeneeskunde binnen een netwerk (HOED)) heeft invloed op de workload van de specialist ouderengeneeskunde.



