

Beleidsplan

van de

NVVA 2008 - 2012

Ter vaststelling op de Algemene Ledenvergadering van 30 november 2007

Inhoudsopgave	blz.
1. Inleiding	3
1.1 Van missie naar beleidsplan	3
1.2 Twee perspectieven	4
1.3 Keuzevrijheid en laagdrempelige toegang	4
1.4 Van verpleeghuisarts & sociaal geriater → algemeen geriater	5
1.5 Discussie en debat	5
1.6 Beleidscyclus NVVA, functie en opbouw beleidsnota	6
2. Ons standpunt: de ‘algemeen geriater’ thuis in de ouderenzorg	7
3. De context en beroepsuitoefening van de ‘algemeen geriater’	11
3.1 Ontwikkelingen in demografie, epidemiologie maatschappij	11
3.2 Beroepsuitoefening	11
3.3 Systeem en financiering	12
4. Ontwikkelen standpunt en het debat	14
4.1 Ontwikkelen standpunt	14
4.2 Inhoud standpunt	14
4.3 Regionale bijeenkomsten NVVA-leden	15
4.4 Stakeholdersbijeenkomst	16
4.5 Conclusies	17
Bijlage I: Geraadpleegde literatuur	19

1. Inleiding

1.1 Van missie naar beleidsplan

Met dit beleidsplan van de NVVA 2008-2012 wil de beroepsgroep van ‘algemeen geriateren’ (tot nu toe verpleeghuisartsen en sociaal geriateren) de door de beroepsgroep geformuleerde missie in de komende jaren een stap dichterbij brengen.

De kern van deze missie is dat wij als ‘algemeen geriateren’ onze medisch geriatrische expertise willen inzetten voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met (dreigende) complexe problematiek. Deze kwetsbaarheid (frailty) wordt veroorzaakt doordat meerdere aandoeningen zich tegelijkertijd voordoen (co-morbiditeit). Het doel van de ‘algemene geriatrie’ is het versterken van hun functionele autonomie en kwaliteit van leven ongeacht de plaats waar deze kwetsbare mensen zich bevinden. Ook willen wij de doelgroep eerder bereiken en ons handelen, meer dan thans het geval kan zijn, baseren op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek.

In de afgelopen jaren hebben wij reeds belangrijke stappen gezet om de missie inhoud te geven. Verpleeghuisartsen en sociaal geriateren hebben besloten tot één beroepsgroep te integreren. Hieraan voorafgaand hebben wij een geactualiseerde omschrijving van onze beroepsinhoud gemaakt. De opleiding voor het vakgebied is naar drie jaar verlengd en het bij- en nascholingsaanbod is zich aan het verbreden.

Voor verpleeghuisartsen, die tot nu toe hun vak vooral in de intramurale setting van het verpleeghuis hebben uitgeoefend, betekent de nieuwe missie dat zij ook zorg moeten gaan verlenen in andere settings: thuis, verzorgingshuis, GGZ en ziekenhuis. Sociaal geriateren werken vanuit de GGZ en voorzien mensen thuis en in het verzorgingshuis van geriatrisch advies en behandeling.

In dit beleidsplan wordt beschreven welke investeringen in de komende jaren door ons gedaan moeten worden om de gehele doelgroep van kwetsbare ouderen en chronisch zieken met een complexe zorgvraag te bereiken. Met cliënten- organisaties zullen wij het gewenste dienstenaanbod in kaart brengen. Wij passen onze werkwijze aan door meer werkzaamheden aan praktijk- verpleegkundigen en anderen over te laten, zodat wij een grotere en meer gespreide groep van cliënten kunnen bedienen, wij ontwikkelen nieuwe competenties en stellen ons pro-actief en als samenwerkingspartner naar besturen van zorginstellingen en andere (medische) professionals op. Wij zijn ons er van bewust dat de wij hiertoe belangrijke investeringen moeten doen. Hiervoor zijn inspanningen op de werkvloer en vanuit de landelijke NVVA noodzakelijk. Ook is van belang dat beiden elkaar gaan versterken en er synergie ontstaat. Ook bij de overheid, de politiek en financiers zullen wij de noodzakelijke randvoorwaarden bepleiten. In het onderdeel ‘Ons standpunt’ van deze beleidsnota wordt dit verder uitgewerkt.

Bij de verschillende uitspraken in deze beleidsnota wordt aangegeven welke actoren hierin primair een verantwoordelijkheid moeten nemen.

1.2 Twee perspectieven

Bij het vormgeven van de toekomstige geriatrische zorg kan vanuit twee perspectieven worden geredeneerd.

Het eerste perspectief is het *doelgroepspecifieke perspectief*: dit richt zich op de doelgroep van de ‘algemene geriatrie’: kwetsbare ouderen en chronisch zieken met een complexe zorgvraag.

‘Algemeen geriater’ willen hun doelgroep bereiken door complexe zorg in alle (verblijfs)situaties van de doelgroep kwetsbare ouderen en chronische zieken te bieden. Dit wordt vermaatschappelijking genoemd. Tegelijkertijd vraagt de problematiek van de doelgroep om specifieke competenties op deelgebieden, zoals geriatrische revalidatie, palliatieve zorg en dementie.

Door enerzijds de vermaatschappelijking en anderzijds de ontwikkeling van specifieke aandachtsgebieden bedient de ‘algemeen geriater’ zijn doelgroep optimaal.

Bij het tweede, het *doelgroepoverstijgende perspectief*, wordt de totale doelgroep van ouderen in beschouwing worden genomen en gekeken naar de totale benodigde zorg. Vanuit dit perspectief geredeneerd zijn er meerdere medische en andere disciplines met elkaar aanvullende competenties nodig om adequate zorg voor de gehele doelgroep van ouderen te kunnen bieden. Bij de vorming van op elkaar aansluitende voorzieningen en diensten (ketens) is dit perspectief onontbeerlijk. Een dergelijk perspectief kan echter moeilijk vanuit één beroepsgroep aan de orde worden gesteld, maar wel door beroepsgroepen gezamenlijk, door de overheid en door de KNMG als overkoepelende artsorganisatie waarin het beroepsoverstijgende belang centraal staat. Op verzoek van VWS hebben de geriatrische beroepsgroepen vanuit dit doelgroepoverstijgende perspectief een eerste notitie opgesteld. Deze zou onder regie van de KNMG kunnen worden uitgebreid met participatie van andere beroepsgroepen, zoals huisartsen, internisten en neurologen. De NVVA pleit hiervoor.

Rekening houdend met en verwijzend naar het beroepsoverstijgende perspectief richt dit beleidsplan zich in overgrote mate op beroepsspecifieke perspectief van de ‘algemeen geriater’ en de competenties en randvoorwaarden die nodig zijn om de missie een stap dichterbij te brengen.

1.3 Keuzevrijheid en laagdrempelige toegang

Maximale keuzevrijheid van de cliënt en laagdrempelige toegang tot de expertise van de ‘algemeen geriater’ voor de doelgroep zijn in onze visie essentieel voor het verhogen van autonomie en kwaliteit van leven van mensen met complexe gezondheidsproblemen.

De expertise die tot nu toe nog voornamelijk intramuraal (voor in het verpleeghuis opgenomen patiënten)¹ beschikbaar is, komt hiermee voor de gehele keten ter beschikking. In principe is er al de mogelijkheid dat iedere cliënt die dat wenst op kosten van de AWBZ een consult bij de ‘algemeen geriater’ kan krijgen, mits hiervoor door de instelling een productie-afspraken met het zorgkantoor gemaakt is. Omdat hiermee veel gezondheidswinst behaald kan worden moeten deze consultatiemogelijkheden verruimd worden. Bovendien moet ons inziens de cliënt met een complexe zorgvraag in alle settings ook de ‘algemeen geriater’ als zijn huisarts kunnen kiezen.

Voor mensen die thuis of in het verzorgingshuis wonen kunnen wij bovendien veel betekenen op het gebied van vroegdiagnostiek, secundaire en tertiaire preventie. Hiertoe willen wij in de komende jaren de adviesfunctie voor (dreigende) complexe zorgvragen verder ontwikkelen. Om aan deze nog relatief onbekende mogelijkheden meer bekendheid te geven, zetten wij een voorlichtingscampagne in gang.

Tegelijkertijd is voor het adequaat bedienen van onze doelgroep de ontwikkeling van specifieke aandachtsgebieden noodzakelijk. Dit overigens met behoud van het generalistische karakter van het vak. Door de ontwikkeling van bijvoorbeeld de geriatrie revalidatie kan nu al een groot aantal cliënten na een revalidatieperiode in het verpleeghuis naar huis. Andere specifieke aandachtsgebieden zijn dementie en palliatieve zorg. De ontwikkeling van deze specifieke aandachtsgebieden blijft de komende jaren een speerpunt van het NVVA-beleid.

1.4 Van verpleeghuisarts & sociaal geriater → algemeen geriater

Verpleeghuisartsen en sociaal geriateren zijn in één breed generalistisch specialisme opgegaan. Op basis van de in de ‘Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater’ beschreven competenties, is hiervoor de regelgeving aangepast en door de minister vastgesteld. Verpleeghuisgeneeskunde is nu nog de officiële naam van dit sinds 1990 erkende specialisme. Door de verbreding van de taakuitoefening past de naam niet meer. Als voorkeur voor een nieuwe naamgeving hebben wij gekozen voor ‘algemene geriatrie’ en ‘algemeen geriater’. Het verzoek tot deze naamswijziging heeft de NVVA in juli 2007 bij het CHVG ingediend. De officiële naam van het vakgebied is dus nog ‘verpleeghuisgeneeskunde’. De NVVA verwacht echter dat de beoogde naam binnenkort wordt vastgesteld. Gezien het feit dat dit een op de toekomst gerichte nota is, kiezen wij er voor in dit stuk al de naam ‘algemene geriatrie’ met aanhalingstekens te gebruiken.

1.5 Discussie en debat

Voor het vaststellen en met succes uitvoeren van een ingrijpend en omvangrijk beleidsplan is het commitment van zowel de leden van de vereniging als de stakeholders een belangrijke voorwaarde. Betrokkenheid hebben bestuurder en Raad van Toezicht bewerkstelligd door aan de hand van een aantal richtinggevende uitspraken in het afgelopen voorjaar met de leden in alle 18 regio’s van de NVVA discussies over hun toekomst te voeren.

¹ In dit beleidsplan worden ‘patiënt’ en ‘cliënt’ door elkaar gebruikt. Dit sluit aan bij het gebruik in de dagelijkse praktijk.

Het bleek dat de uitspraken op hoofdlijnen door de leden werden gedragen maar dat er ook kritische kanttekeningen (zie hoofdstuk 4) werden gemaakt.

In een bijeenkomst met stakeholders werd vooral gekeken naar de overeenkomsten en verschillen in opvattingen en naar de mogelijkheden bij de acties die voortvloeien uit de beleidsuitgangspunten gemeenschappelijk op te trekken. Van beiden wordt in hoofdstuk drie verslag gedaan.

1.6 Beleidscyclus NVVA, functie en opbouw beleidsnota

Dit vijfjaren beleidsplan geeft de *hoofdrichtingen* van de ambities van de beroepsgroep en de NVVA voor de komende jaren aan. Het is met nadruk een plan op hoofdlijnen.

De hoofdrichtingen krijgen hun vertaling in jaarlijkse activiteitenplannen, waarin de voornemens stapsgewijs worden uitgewerkt en waarin eveneens met nieuwe ontwikkelingen en actualiteiten rekening kan worden gehouden. In deze plannen wordt ook het gevoerde beleid verantwoord. Zowel onderhavig beleidsplan als de jaarlijkse activiteitenplannen behoeven de goedkeuring van de Algemene Ledenvergadering van de NVVA. Hiermee is de beleidscyclus van de vereniging rond. Dit beleidsplan van de NVVA heeft als doel de missie weer een stap dichterbij te brengen en niet zozeer een nieuwe koers uit te zetten. Veel beleid is al in beleidsdocumenten van de NVVA is vastgelegd en de uitvoering loopt op dit moment al. Wel wordt met dit beleidsplan een *intensivering* van het beleid beoogd.

Een plan voor de uitwerking en mogelijkheden tot intensivering van de koers zal onderdeel uitmaken van het Activiteitenplan van de vereniging voor 2008. Hierin zal worden gekeken naar de rol van de verschillende actoren binnen de vereniging (leden, vakgroepen, regio's, landelijke NVVA², bureau NVVA) en de tussen hen te bereiken synergie, de rol van stakeholders op diverse niveaus, de aan te brengen prioriteiten en de benodigde middelen voor de intensivering. Uiteraard zal in het Activiteitenplan voor 2008 ook al een aantal voornemens gepresenteerd worden die een uitvoering van dit beleidsplan zijn.

In hoofdstuk 2 wordt aan de hand van drie thema's ons standpunt met de daarbij behorende acties op hoofdlijnen uiteengezet. In hoofdstuk 3 volgt achtergrondinformatie over de beroepsuitoefening en de context waarin de 'algemeen geriater' moet functioneren.

In laatste hoofdstuk, 4, leggen wij verantwoording af over het met de leden en stakeholders gevoerde debat en de kanttekeningen die beiden hierbij hebben gemaakt.

Kortom: de geformuleerde hoofdrichtingen en ambities in dit beleidsplan moeten in de komende jaren leiden tot 'algemeen geriater' die laagdrempelig toegankelijk zijn voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe en specifieke gezondheidsproblemen.

Wineke Weeder
Bestuurder

Roelie Dijkman
Voorzitter RvT

² Met 'landelijke NVVA' wordt in dit beleidsplan bedoeld: Raad van Toezicht, bestuurder en bureau van de NVVA in Utrecht

2. Ons standpunt: de ‘algemeen geriater’ thuis in de ouderenzorg

Dit deel van de beleidsnota besteedt aandacht aan de beleidslijnen voor de komende 5 jaar en aan de vraag hoe de NVVA deze doelen wil bereiken. Met andere woorden welke concrete acties zijn er al op touw gezet en welke liggen nog in het verschiet? Hier ligt de meest directe link met de inhoud van het activiteitenplan van de vereniging. De beleidsvoornemens in dit beleidsplan worden namelijk vertaald in concrete acties in de vorm van jaarlijkse activiteitenplannen. De beleidsvoornemens zijn gekoppeld aan de drie volgende thema's:

- A. De doelgroep van de ‘algemeen geriater’
- B. Het profiel van de ‘algemeen geriater’
- C. De organisatorische vormgeving

Bij elk van de thema's wordt aangegeven wat de beleidsvoornemens zijn en wat ervoor nodig is om het beleidsvoornemen te realiseren zowel vanuit het perspectief van de beroepsgroep, de werkers in de geriatrische zorg en bestuurders van zorginstellingen als vanuit het perspectief van de beroepsgroep op koepelniveau (landelijke NVVA). Ook worden waar dit relevant is de verwachtingen ten aanzien van andere stakeholders aangegeven.

A. De doelgroep van de ‘algemeen geriater’

‘Algemeen geriater’ moeten investeringen doen om in alle settings voor de doelgroep toegankelijk te zijn.

De doelgroep van de ‘algemeen geriater’ bevindt zich niet meer uitsluitend in de intramurale setting: mensen wonen langer thuis en er komen meer kleinschalige woonvormen. Ook oudere cliënten en chronisch zieken met meer en complexe zorgproblemen willen de voor hen noodzakelijke zorg en behandeling ontvangen op de plek waar zij wonen. De organisatie van de zorg en verblijfsvormen worden daardoor anders en meer divers.

Voor het bereiken van de doelgroep door de ‘algemeen geriater’ zal enerzijds de beschikbaarheid van de beroepsgroep voor de diverse settings vergroot moeten worden, anderzijds zullen andere competenties en een andere attitude nodig zijn en zal de werkwijze van algemeen geriater aangepast moeten worden.

Enkele voorbeelden: Verpleeghuisartsen moeten zich voorbereiden om in teams van wisselende samenstelling te werken. Zij zullen voor een groter aantal patiënten het behandelplan (als onderdeel van het zorg/leefplan) opstellen en de cyclische evaluatie hiervan op zich nemen. Dit betekent dat zij veel voorbereidend en uitvoerend werk aan praktijkverpleegkundigen en anderen zullen overlaten.

Zij zullen in een eerder stadium bij (dreigende) complexe problematiek van thuis- en in het verzorgingshuis wonende ouderen worden betrokken. Dit betekent eveneens dat zij over meer competenties ten aanzien van vroegdiagnostiek en preventie moeten beschikken. Daarnaast moeten ‘algemeen geriater’ de resultaten van hun interventies aan patiënten en andere hulpverleners duidelijk kunnen maken en daarmee bevorderen dat hun diensten ook in ‘de keten’ worden afgenomen. Hier ligt een belangrijke ambassadeursrol voor de beroepsgroep.

Daarvoor is het nodig:

- Dat de beroepsgroep zich blijft inspannen om deze transformatie/cultuuromslag te maken en de hiervoor benodigde competenties te ontwikkelen (beroepsgroep, ondersteund door landelijke NVVA en opleidings- en nascholingsinstituten).
- Om de samenleving als geheel en de (potentiële) doelgroep kennis te laten maken met de specifieke expertise van de ‘algemene geriatrie’ en de resultaten die met het inschakelen van de ‘algemeen geriater’ bereikt kunnen worden, (landelijke NVVA en beroepsgroep).
- Om stakeholders (cliëntenorganisaties, overheid, VWS, zorgverzekeraars) door middel van evidence overtuigen van de kwaliteit van de geleverde zorg van de ‘algemeen geriater’ in relatie tot de kosten en mogelijke alternatieven (bureau NVVA).
- Om de preventietaak in het takenpakket van de ‘algemeen geriater’ verder te ontwikkelen met activiteiten op het gebied van vroegdiagnostiek en preventie van ziektegevolgen (bureau NVVA voor de financiering en andere randvoorwaarden en professionals werkvloer voor de uitvoering).
- Om de juiste organisatorische en financiële randvoorwaarden te creëren (zie C).

De doelgroep van ‘algemeen geriater’ moet zelf kunnen kiezen voor het inschakelen van een ‘algemeen geriater’ ongeacht de plek waar de patiënt zich bevindt en de indicatie waarover hij beschikt.

Met deze uitspraak wil de beroepsgroep bevorderen dat de expertise van de ‘algemeen geriater’ laagdrempelig in diverse settings beschikbaar is. Waar de patiënt dit wenst moet het mogelijk zijn dat de ‘algemeen geriater’ de algemene medisch zorg biedt.

Heeft de algemeen geriater de rol van consultant of medebehandelaar en is de huisarts of een andere medisch specialist de hoofdbehandelaar, dan is afstemming en samenwerking noodzakelijk. Hiermee wordt de zorg in de keten versterkt.

Daarvoor is het nodig:

- Een heldere dienstomschrijving te maken van de inhoud, het doel, de kwaliteit en de kosten van de zorg die in diverse settings en in diverse rollen door de ‘algemeen geriater’ wordt geleverd (bureau NVVA).
- Voorlichting over aan te bieden diensten aan patiënten en stakeholders (professionals werkvloer).

- Afspraken te maken door ‘algemeen geriater’ met andere medisch disciplines (medisch specialisten in ziekenhuizen en huisartsen) en het management van de zorgondernemingen over samenwerking en afstemming in de keten (professionals werkvloer).

B. Het profiel van de ‘algemeen geriater’

De beroepsgroep van ‘algemeen geriater’ moet investeren in het zichtbaar maken van de specifieke deskundigheid en het concrete resultaat voor de cliënt/patiënt.

Om alle ouderen met (dreigende) complexe zorgvragen te kunnen bedienen moet in het profiel van de ‘algemeen geriater’ worden geïnvesteerd.

Daarvoor is het nodig:

- Intensief te investeren in de keuze, definiëring en ontwikkeling van specifieke aandachtsgebieden zoals geriatrie revalidatie, palliatieve zorg en dementie (bureau NVVA, professionals, wetenschappelijke instituten).
- Nascholing op de ontbrekende kennis en competenties om de doelgroep ook ten aanzien van preventie en specifieke aandachtsgebieden te bedienen (bureau NVVA en professionals).
- Te investeren in kennismanagement in de vorm van ontwikkelen, delen en verspreiden van bestaande initiatieven, protocollen en richtlijnen evenals het verspreiden van (met benodigde aanpassing) bestaande kennis en ondersteuningsinstrumenten van andere beroepsgroepen (bureau NVVA).
- Te streven naar wetenschappelijke onderbouwing door het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek o.a. door het instellen van academische werkplaatsen. Dit onderzoek moet zich zowel richten op de effecten van interventies bij de groep met chronische multiple aandoeningen als op de effecten van secundaire en tertiaire preventie. (bureau NVVA; professionele werkvloer; wetenschappelijke instituten).
- Het verspreiden en implementeren van verworven kennis door het ontwikkelen, toepassen en bewaken van professionele standaarden voor het kennisgebied van de ‘algemene geriatrie’ en in het bijzonder voor specifieke patiëntengroepen (bureau NVVA en professionals werkvloer).

C. De organisatorische vormgeving

De beroepsgroep moet ten aanzien van de rol bij de ondersteuning van cliënten met complexe problematiek in de keten (met name de eerste lijn) inzicht verkrijgen in de meest gewenste organisatievorm en taakverdeling met huisartsen en andere ketenpartners en taakherschikking met praktijkverpleegkundigen

De ambitie van de beroepsgroep is om de doelgroep door de gehele keten heen te bereiken. Dit betekent dat er behoefte is aan wet- en regelgeving die dit mogelijk maakt. Tegelijkertijd moet gewerkt worden aan de ontwikkeling van organisatorische en andere voorwaarden per setting, taakverschuiving en ondernemerschap.

Daarvoor is het nodig:

- Het bewerkstelligen van zodanige regelgeving en afspraken op landelijk niveau (VWS en ZN) dat de voorwaarden voor samenwerking en bereiken van doelgroep aanwezig zijn (bureau NVVA);
- Afspraken maken tussen zorgaanbieders en verzekeraars om extramurale productieafspraken te realiseren. De regelgeving biedt hiertoe mogelijkheden. Deze dienen beter benut te worden (zorginstellingen, professionals ondersteund door landelijke NVVA);
- in de praktijk te experimenteren met de nieuwe organisatorische vormgeving in de keten voor geriatrische zorg. Dit met name in de eerste lijn met zowel huisartsen als praktijkverpleegkundigen. Het bureau van de NVVA dient hiertoe afspraken te maken met VWS, ZN en andere relevante stakeholders). Hierna dient de uitvoering door de professionals op de werkvloer vormgegeven te worden. (bureau NVVA en professionals werkvloer);
- Dat een aantal 'algemeen geriater's' vaardigheden ontwikkelt rond ondernemerschap, visievorming en communicatie en onderhandelingen die nodig zijn om een krachtige positie te verwerven en te behouden binnen een veranderende werkomgeving en organisatorische setting (hoofden medische vakgroepen van zorginstellingen ondersteund door bureau NVVA);
- Het bewerkstelligen van zodanige afspraken met management van zorgconcerns/ zorgondernemers dat de voorwaarden voor samenwerking en bereiken van doelgroep aanwezig zijn (hoofden medische vakgroepen van zorginstellingen ondersteund door bureau NVVA);
- Dat taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen (nursepractioners en praktijkverpleegkundigen) in de praktijk op grotere schaal vorm krijgt. Hiervoor is het belangrijk dat de sector weer aantrekkelijk wordt gemaakt voor verpleegkundigen met geriatrische belangstelling (zorginstellingen, opleidingen, overheidsbeleid);
- Synergie te bereiken tussen landelijke ontwikkelingen (bureau NVVA) en implementatie en invulling in de zorgprocessen op de werkvloer (professionals, vakgroepen, andere disciplines en het management van zorginstellingen).

3. De context en beroepsuitoefening van de ‘algemeen geriater’

De ‘algemeen geriater’ werkt in een dynamische omgeving waarin een aantal uiteenlopende ontwikkelingen speelt die consequenties hebben voor de eigen beroepsuitoefening nu en in de toekomst. Deze aspecten komen in dit hoofdstuk aan de orde. Zij verklaren voor een deel het standpunt dat in het vorige hoofdstuk is geformuleerd.

3.1 Ontwikkelingen in demografie, epidemiologie maatschappij

Op het terrein van de demografie en epidemiologie heeft en krijgt de ‘algemeen geriater’ te maken met een toenemend aantal ouderen die aan steeds meer aandoeningen tegelijkertijd (co-morbiditeit) lijden, Nederland verzilvert: anno 2007 kent Nederland 3 miljoen 65-plussers. In 2038 (op de top van de vergrijzing) zal dit zijn toegenomen tot ongeveer 4,3 miljoen. De vier meest voorkomende complexe geriatrie problemen de *Geriatric Giants* volgens Isaacs (immobility, instability, incontinency, intellectual impairment) zullen door de vergrijzing vaker een feit zijn. Niet alleen het aantal ouderen en de (combinaties van) ziekten zijn van belang voor de zorgvraag die door de ‘algemeen geriater’ moet worden beantwoord, ook maatschappelijke ontwikkelingen zoals individualisering, mondigheid, etniciteit, diversiteit en de welvarendheid van ouderen spelen daarbij een rol.

3.2 Beroepsuitoefening

In de afgelopen jaren hebben de verpleeghuisartsen zich ingezet om hun expertise niet alleen in te zetten voor patiënten die in het verpleeghuis zijn opgenomen maar medische zorg aan ouderen en chronisch zieken met een complexe zorgvraag te leveren ongeacht de plaats waar zij zich bevinden. Daarmee werd aangesloten bij de trend van extramuralisering van zorg in de GGZ en later de verpleeg- en verzorgingshuizen. Een trend die mede werd ingezet door de wens van ouderen met een geriatrie zorgvraag om in hun vertrouwde omgeving te blijven wonen (Zie voor voorbeelden van deze extramuralisering www.verpleeghuisartsen.nl via trefwoord ‘inspirerende voorbeelden’.).

Sociaal geriater zijn van oudsher werkzaam ten behoeve van ouderen in de extramurale setting van de geestelijke gezondheidszorg. Verpleeghuisartsen en sociaal geriater zijn met de invoering van het nieuwe CHVG-besluit (september 2006) formeel geïntegreerd tot één beroepsgroep met een gezamenlijk beroepsprofiel en takenpakket. Verpleeghuisartsen en sociaal geriater beoefenen dus één specialisme: de ‘algemene geriatrie’. Verpleeghuisartsen hebben zich vanuit de intramurale setting van het verpleeghuis ontwikkeld en de sociale geriatrie vanuit de ambulante ouderenzorg. Verpleeghuisartsen moeten in de komende jaren meer en meer de stap gaan maken naar de locatie onafhankelijke beroepsuitoefening. Sociaal geriater zullen om het vak in de breedte te kunnen uitoefenen vooral op het somatisch vlak moeten bijscholen.

Tegelijkertijd zijn er meerdere medische beroepsgroepen die de geriatrische patiënten tot hun doelgroep rekenen. De overheid vindt het van belang na te gaan welke expertise voor de zorg aan ouderen in de toekomst noodzakelijk is en hoe de verschillende medische disciplines zich hierin tot elkaar verhouden. De beroepsgroepen zelf en ook de KNMG houden zich met deze vraag bezig.

Taakherschikking tussen ‘algemeen geriater’ en met name verpleegkundigen (nursepractioners en praktijkverpleegkundigen) is noodzakelijk om in de toekomst de doelgroep van de ‘algemeen geriater’ te bereiken. Het geformuleerde NVVA-beleid hieromtrent is dat de beschikbare verpleeghuisgeneeskundige capaciteit efficiënt en doeltreffend moet worden ingezet. Dit betekent het delegeren of overdragen van werkzaamheden aan andere professionals en een grotere aandacht voor afstemming en overdracht.

3.3 Systeem en financiering

Het zorgstelsel maakt eveneens deel uit van de omgeving waarin de ‘algemeen geriater’ zijn plaats en richting moet bepalen. De medische zorg door ‘algemeen geriater’ wordt op dit moment gefinancierd vanuit de AWBZ.

Het huidige kabinet wil een pas op de plaats maken, maar in de toekomst zal naar verwachting een stelselwijziging weer aan de orde komen. Overheveling van grote delen van de AWBZ-zorg, waaronder de verpleeghuisgeneeskundige zorg, naar de Zorgverzekeringswet is dan een mogelijkheid. De NVVA is daar samen met de KNMG onder voorwaarden voorstander van. Voordien is het mogelijk dat al kleinere delen van de AWBZ-zorg overgeheveld worden. Dat geldt naar verwachting binnenkort al voor de geneeskundige zorg in de GGz. Ook de revalidatiefunctie van de Verpleging & Verzorging zou op niet al te lange termijn overgeheveld kunnen worden. Deze ingrepen zullen dan gevolgen hebben voor het werk van de ‘algemeen geriater’.

Naar verwachting zal de AWBZ de komende jaren nog gelden. Het overheidsbeleid is erop gericht de AWBZ vraaggericht te organiseren en meer marktwerking tussen de zorgaanbieders aan te brengen. De vraaggerichte organisatie van de intramurale zorg wordt nu met behulp van een indeling van de zorg in zorgzwaartepakketten (ZZP's) vormgegeven; het is de bedoeling dat iets dergelijks ook voor de nu functiegericht georganiseerde extramurale zorg ontwikkeld wordt.

De ontwikkeling naar een vraaggerichte organisatie van de zorg en naar marktwerking betekent voor de ‘algemeen geriater’ een verandering die al enige tijd gaande is en waarvoor nog aanpassingen in het werk nodig zullen zijn. Ook de hoogte van de financiering van met name de behandelfunctie zal belangrijke invloed op het werk van de ‘algemeen geriater’ hebben.

Vooruitlopend op de stelselwijziging kunnen ‘algemeen geriater’s bepaalde zorg al via de ZVW bieden. Met de komst van de ZVW heeft de functiegerichte omschrijving van de aanspraken zijn intrede gedaan in de basisverzekering. Een functionele omschrijving laat zorgverzekeraars de ruimte invulling te geven aan wie de zorg gaat leveren. De vanzelfsprekendheid dat bepaalde zorg door een bepaalde professional wordt geleverd verdwijnt hiermee. Aan de aanspraak geneeskundige zorg zoals opgenomen in de ZVW kan voldaan worden door zowel een huisarts als door bijvoorbeeld een ‘algemeen geriater’. Langs deze weg kunnen mensen in verzorgingshuizen of thuiswonende geriatrie patiënten van algemene medische zorg worden voorzien door een ‘algemeen geriater’. Het is van betekenis dat ‘algemeen geriater’s nu een alternatief hebben naast de huidige onbevredigende regels van de AWBZ voor de financiering van de algemene medische zorg die zij aan veel van hun patiënten willen leveren. Naar verwachting zal de overheid de AWBZ-regels hieromtrent (artikel 15 BZA) in de komende jaren gaan verbeteren in het kader van de bekostiging van de zorgzwaartepakketten.

4. Ontwikkelen standpunt en het debat

Aan het formuleren van een standpunt over de koers van de beroepsgroep en de vereniging is een intensief traject voorafgegaan. De ontwikkeling van het standpunt van de NVVA en het gevoerde debat worden in dit onderdeel beschreven.

4.1 Ontwikkelen standpunt

Het formuleren van een standpunt over de plaats en ontwikkelingsrichting van de beroepsgroep algemene geriatrie kan niet zonder het betrekken van de beroepsgroep zelf. Om die reden zijn de leden van de NVVA in het voorjaar van 2006 opgeroepen zich aan te melden voor een panel dat enkele malen over de toekomst van hun vakgebied zou worden geraadpleegd. Uiteindelijk bestond het panel uit 143 leden die twee keer een aantal vragen hebben ontvangen.

In de eerste meting is gekeken naar het belang dat NVVA leden hechten aan en de invulling van een viertal thema's: taakinhoud, samenwerking en taakdelegatie, marktwerving en financiering. Bovendien is hen gevraagd naar de meest belangrijke thema's voor de toekomst vanuit het perspectief van de beroepsgroep zelf. De vijf meeste genoemde thema's in aflopende volgorde waren: positionering 'algemeen geriater'; extramuralisering; taakafbakening, taakdelegatie en samenwerking; profilering en PR en behouden van kwaliteit van zorg.

Op basis van de resultaten van de eerste meting is een aantal richtinggevende uitspraken geformuleerd op drie thema's: (1) profiel van de 'algemeen geriater', (2) het bereiken van de doelgroep en (3) implementatie. Deze uitspraken zijn in een volgende meting voorgelegd aan het panel en hebben geresulteerd in een set richtinggevende uitspraken die samen het standpunt van de NVVA vormen. Een eerste concept is in september 2006 ter becommentariëring voorgelegd aan een expertgroep van NVVA-leden.

4.2 Inhoud standpunt

Het standpunt is onderverdeeld in drie thema's met richtinggevende uitspraken over:

- A. De doelgroep
- B. Het profiel van de 'algemeen geriater'
- C. De organisatorische vormgeving van de zorg

De inhoud van de uitspraken is niet in deze beleidsnota opgenomen maar is terug te lezen op de website in het stuk 'Deel 2: Achtergronden "Bezinning op de toekomst" Op weg naar een nieuw vijfjaren beleidsplan van de NVVA'. Op de website staat ook de lijst van deelnemers tijdens de inspraakmomenten en een overzicht van de kengetallen en vernieuwingen/projecten van de NVVA.

Het standpunt in de vorm van de set richtinggevende uitspraken is op diverse momenten in discussie gebracht met uiteenlopende partijen: NVVA-leden tijdens 18 regionale bijeenkomsten in het voorjaar van 2007 en met stakeholders tijdens een bijeenkomst op 31 mei 2007. Op deze wijze is een bijdrage geleverd aan verdere visieontwikkeling en het transparant maken van de beoogde koers. De belangrijkste uitkomsten van deze raadplegingen vindt zijn neerslag in de het vervolg van dit hoofdstuk en natuurlijk in hoofdstuk 2, Ons standpunt, de kern van dit beleidsplan.

4.3 Regionale bijeenkomsten NVVA-leden

Alle 18 NVVA regio's zijn in het kader van het opstellen van de nieuwe beleidsnota bezocht door een combinatie van een vertegenwoordigers van de bestuurder, de raad van toezicht en het bureau van de NVVA. Naast toelichting op het traject dat aan de bijeenkomsten vooraf was gegaan, is de mening van de leden gevraagd over de richting en inhoud van de richtinggevende uitspraken. De rode draden uit de verschillende bijeenkomsten kunnen als volgt worden samengevat:

Hoofdrichting uitspraken

In het algemeen kan de voorgestelde hoofdrichting op de thema's de doelgroep van de 'algemeen geriater', het profiel van de 'algemeen geriater' en de organisatorische vormgeving op bijval rekenen van het gros van de leden. Op deelaspecten zijn er door de NVVA-leden wel wensen tot aanpassing dan wel nuancering geventileerd. Onderverdeeld naar thema zijn dat de volgende aandachtspunten:

Doelgroep 'algemeen geriater'

- De leden vragen zich af of zij als verpleeghuisarts solistisch buiten de muren werkt of als multidisciplinair team? Hoe dan ook vinden de leden dat het werk binnen de muren slimmer moet worden georganiseerd om extramuralisering op grotere schaal te kunnen bewerkstelligen.
- Keuzevrijheid voor de cliënt staat voorop en moet mogelijk zijn. Afstemming met de huisarts is van groot belang en dient nagestreefd te worden. De 'algemeen geriater' blijft zich als hoofdbehandelaar richten op de groep ouderen met een complexe zorgvraag en kan in consult worden geroepen door andere (para)medici.

Profiel 'algemeen geriater'

- Volgens de leden moet de 'algemeen geriater' in eerste instantie geen concurrentie met de huisarts aangaan maar moet men streven naar samenwerken. In deze samenwerking is het noodzakelijk te verhelderen wat de specifieke kennis, deskundigheid c.q. meerwaarde is van een 'algemeen geriater'.
- De 'algemeen geriater' moet volgens de leden niet alleen extern gaan ondernemen maar ook intern ondernemen richting bestuur en management van de zorginstelling).

- Investeren in specifieke aandachtsgebieden is volgens de leden noodzakelijk maar de leden moeten ervoor waken dat er voldoende generalistische kennis aanwezig blijft en dat er gestreefd wordt naar regionale organisatie van kennis over de specifieke aandachtsgebieden.
- De preventietaak van ‘algemeen geriater’ moet volgens de aanwezigen gespecificeerd worden: deze moet zich richten op de secundaire en tertiaire preventie. De preventietaak kan zowel in een expertisecentrum als in een huisartsenvoorziening uitgevoerd worden.
- Er wordt veel verwacht door de leden van het bureau van de NVVA zowel in het bevorderen van ontbrekende competenties als in het aangaan van gesprekken met landelijke stakeholders zoals ZN, zorgverzekeraars en VWS maar ook regionale/locale stakeholders zoals besturen van grote zorgconcerns.

Organisatorische vormgeving

- De leden zijn over het algemeen enthousiast over het aangaan experimenteren met nieuwe manieren van samenwerking met de eerste lijn, maar vragen zich wel af hoe dit gefinancierd en geïmplementeerd kan worden op lokaal niveau. Ook op dit punt wordt veel van het landelijke NVVA bureau verwacht qua ondersteuning en lobby.
- Het door het NVVA bureau bewerkstelligen van landelijke kaders op het gebied van financiering en regelgeving om experimenten op lokaal niveau mogelijk te maken vinden de leden heel belangrijk en ziet men als een noodzakelijke voorwaarde om een groot deel van de voornemens ook daadwerkelijk waar te kunnen maken.

4.4 Stakeholdersbijeenkomst

Op de bijeenkomst met stakeholders was een groot aantal verschillende partijen aanwezig (o.a. ministerie van VWS, zorgverzekeraars, KNMG, beroepsverenigingen van huisartsen, van klinisch geriater en van (geriatrisch)verpleegkundigen, het capaciteitsorgaan en de brancheorganisaties ActiZ.

De reactie van de aanwezigen valt uiteen in een aantal adviezen aan de NVVA:

Perspectief cliënt

- Keuzevrijheid van de cliënt moet blijven bestaan ook in het verzorgingshuis.
- Kijk meer vanuit de cliënt en het doel van een behandeling: wat heeft hij/zij voor zorg nodig, wat voor deskundigheden en hulpmiddelen zijn daarvoor nodig. Waarborg daarbij multidisciplinariteit van zorg en integrale benadering van zorgverlening en behandeling, ook als je buiten de muren gaat werken.

Samenwerking

- Werk als ‘algemeen geriater’ samen met de huisarts en kies niet voor een domeinstrijd of concurrentie. Als er dan toch concurrentie komt is het voor de ‘algemeen geriater’ erg belangrijk om duidelijk te maken wat hen onderscheidt van anderen.
- Zorgondernemers en behandelaars (‘algemeen geriater’) moeten schouder aan schouder optrekken.

Experimenteren en lokale diversiteit

- Vraaggericht ondernemen verloopt niet volgens één uniform model. Soms zal er aanbod vanuit instelling plaatsvinden, soms via inhuur derden. Lokaal kunnen en moeten er verschillen zijn op het terrein van samenwerking. Deze lokale initiatieven moeten gekoesterd en ondersteund worden.
- Neem als ‘algemeen geriater’ deel aan experimenten met brede geïntegreerde (eerstelijns) zorg bij verzekeraars. Het streven naar een brede geïntegreerde eerste lijn waarin de ‘algemeen geriater’ een belangrijke rol speelt is de beste strategie voor de NVVA. Besef dat er nu al meer vrijheidsgraden en mogelijkheden zijn dan je denkt!

Rol en taakherschikking

- De huisarts heeft de regierol in de eerste lijn, de ‘algemeen geriater’ kan daar een andere rol (consultatie) vervullen. Voor complexe zorgvragen en bij hoogbejaarden heeft de ‘algemeen geriater’ de regie.
- Door taakherschikking, inzet van domotica en casemanagers zouden ‘algemeen geriater’ meer naar dokters moeten terugkeren. Een noodzakelijk voorwaarde voor taakherschikking richting verpleegkundigen is dat deze ook in voldoende mate beschikbaar komen in verpleeg- en verzorgingshuizen en daarbuiten.

4.5 Conclusies

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat overeenkomstige thema's in de raadpleging van de NVVA-leden en stakeholders zijn:

- Stel de cliënt met specifieke wensen en behoeften centraal.
- Voorop staat samenwerking en geen concurrentie met de huisarts om op deze wijze ook meerwaarde van ‘algemeen geriater’ over het voetlicht te brengen.
- De huisarts blijft de poortwachtersfunctie houden, maar rechtstreekse toegang van de doelgroep tot de ‘algemeen geriater’ moet in principe mogelijk zijn, waarbij afstemming en samenwerking met de huisarts de voorkeur verdienen. De ‘algemeen geriater’ heeft een rol als geriatriesch specialist/expert bij patiënten met een complexe geriatrische zorgvraag. De cliënt heeft het laatste woord bij de keuze van zijn/haar hulpverlener.
- Taakherschikking is wenselijk maar voldoende beschikbaarheid verpleegkundigen is voorwaarde bij implementatie van taakherschikking.

- Experimenten met multidisciplinaire en complexe zorgverlening in eerste lijn en andere extramurale settings zijn nuttig, nodig en mogelijk.
- Bereikbaarheid tijdens avonden, nachten en weekenden in diverse settings (buiten het verpleeghuis) vraagt verder doordenken en het formuleren van kwaliteitseisen voor verantwoorde zorg.
- ‘Algemeen geriaters’ en bestuurders zorgconcerns moeten gelijkwaardige gesprekspartners van elkaar worden, samenwerken en samen ondernemen.

Deze conclusies zijn een belangrijke input geweest voor het formuleren van de beleidsvoornemens van de NVVA zoals beschreven in hoofdstuk 2 van dit beleidsplan.

BIJLAGE I:

Geraadpleegde literatuur

Gezondheidsraad. Vergrijzen met ambitie. Den Haag, 2005. RIVM. Preventie gericht op ouderen. Den Haag, mei 2005.

Medisch Contact, april 2006, 61e jaargang, nr. 14 d.d. 7 april 2006 - Concurrentie

Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen/Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie. Nota Takenpakket 'verpleeghuisarts/ sociaal geriater'. Utrecht, april 2003.

Nivel. Artsen en hun carrièrewensen. Utrecht, 2006.

Nuijens e.a. De functie van de medische behandeling in de ouderenzorg. Evaluatie van strategische opties voor verpleeghuizen. Tias, april 2004.

NVVA. Visie op taakverschuiving en taakdelegatie door 'algemeen geriater'. Januari 2005.

NVVA. Inspirerende voorbeelden. NVVA, 2005.

NVVA, NVKG, NVvP sectie ouderenpsychiatrie. Visie op de inhoud van de toekomstige geriatrische zorg. Een visienotitie van de gezamenlijke geriatrische beroepsgroepen. Utrecht. Juni 2006.

Raad voor Maatschappelijke ontwikkeling. Ontsnappen aan de medialogica. Den Haag, april 2006.

Rühl, A. Verpleeghuisarts, een nieuwe naam , een nieuw gezicht. Een oriëntatie op een nieuwe positionering van de verpleeghuisarts. November 2005.

Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde. Wat kan ik voor u doen? NVVA Jaarcongres 2005

Weeder, W. De menselijke maat in de strategievoering van de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen. Utrecht, mei 2004.

Wesseling M.F. en E.A.J. van Wijlick (KNMG). Toekomstige financiering verpleeghuisartsen en sociaal geriater. Intern rapport t.b.v. NVVA. Utrecht, april 2005.