



Specialist ouderengeneeskunde 2030

handelingsperspectieven en positionering

"Wij zijn de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde. Als leden van Verenso staan wij voor de best-passende medische zorg voor kwetsbare ouderen en patiënten met een complexe zorgvraag, ongeacht waar zij verblijven. Samen zetten wij ons in voor een hoogwaardige kwaliteit van ons medisch handelen en een optimale positie van de specialist ouderengeneeskunde binnen de gezondheidszorg."
Missie Verenso

Met onze missie als inspiratie kijken we als specialisten ouderengeneeskunde naar de toekomst. Welke handelingen worden nu al gevraagd van de specialisten ouderengeneeskunde om ons zo goed mogelijk op 2030 voor te bereiden? En wat betekent dit voor de positionering van ons vak?

Deze notitie biedt duidelijke handelingsperspectieven voor de specialist ouderengeneeskunde en een concrete positionering. Wij danken alle leden die geholpen hebben om deze notitie tot stand te brengen.

Niet alleen met onze leden maar ook met onze externe partners zullen we vanaf nu de implementatie gaan vormgeven. Samen staan we immers voor de best-passende zorg voor kwetsbare ouderen en patiënten met een complexe zorgvraag, ongeacht waar ze verblijven!

Jacqueline de Groot
Voorzitter

Nanda Hauet
Directeur

"Vanuit onze deskundigheid sluiten we aan bij de wensen en behoeften van cliënten, waarbij kwaliteit van leven leidend is."
Jacqueline de Groot



"Deze notitie geeft richting aan onze gesprekken regionaal en landelijk. En vormt de basis voor de strategie van Verenso. Goed dat het stuk er nu is!"
Nanda Hauet

Inhoud

Klik op de inhoudsopgave om rechtstreeks naar een hoofdstuk te gaan.

1 Handelingsperspectieven specialist ouderengeneeskunde	4
1.1. Opleiding: specialisme ouderengeneeskunde promoten als specialisme	4
1.2. Actief inzetten op lobby en promotie	6
1.3. Samenwerken en taakherschikking	7
1.4. Nemen van leiderschap stimuleren	9
1.5. Actief ontwikkelen kwaliteit en normenkaders	10
1.6. Stimuleren van inzet technologie	11
1.7. Concluderend: Positionering specialist ouderengeneeskunde	12
2 Bekostigingsstandpunten	13
2.1. Intramuraal, extramuraal, GRZ en ELV	13
2.2. Wel of geen stelselwijziging	14
3 Bijlage – Deelnemers project specialist ouderengeneeskunde 2030	15

1 Handelingsperspectieven specialist ouderengeneeskunde

1.1. Opleiding: specialisme ouderengeneeskunde promoten als specialisme

"Het is belangrijk dat ouderengeneeskunde in het basiscurriculum geneeskunde aan bod komt, zodat toekomstige collega's kennis kunnen maken met ons mooie vak."

Vera van Atteveld



Gelet op de te verwachten demografische ontwikkelingen met een dubbele vergrijzing en een afname in de beroepsbevolking, is het essentieel dat meer specialisten ouderengeneeskunde worden opgeleid. De uitdaging met betrekking tot de opleiding zit enerzijds in de nieuwe *instroom* en anderzijds in het *actueel houden* van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

Wat betreft *de instroom* is het belangrijk dat studenten geneeskunde al in een vroeg stadium van hun opleiding in contact komen met het specialisme ouderengeneeskunde. Op dit moment komen studenten er vaak laat achter dat het een aantrekkelijk specialisme is. Ambassadeurs spelen hierbij een belangrijke rol. Het is bovendien belangrijk dat studenten de mogelijkheid krijgen om dit specialisme te ervaren tijdens hun opleiding; we pleiten daarbij voor een vast coschap ouderengeneeskunde en meer ouderengeneeskunde in het basiscurriculum. De huidige zorgstage in het verpleeghuis voldoet niet aan het criterium om kennis te maken met het specialisme ouderengeneeskunde en dient ook een ander doel. Daarnaast bereiken ons signalen dat deze stage eerder een negatieve ervaring dan de beoogde positieve oplevert. Een iets andere vormgeving van die stage is een aandachtspunt; belangrijk is tijdens de stage ook minimaal een dagdeel mee te lopen met een specialist ouderengeneeskunde zodat kennis kan worden gemaakt met het vak en bovendien de opgedane ervaring tijdens de stage kan worden verbonden met het medische domein. Van belang is dat specialisten ouderengeneeskunde zich zien als ambassadeur van het vak.

Voor alle stages geldt overigens dat de aanwezigheid van voldoende stageplaatsen en de kwaliteit van de begeleiding van groot belang is voor het creëren van enthousiasme bij de studenten die stage lopen.

Meer zichtbaarheid van het specialisme creëren is eveneens cruciaal. Hierbij kan breder gedacht worden dan alleen aan de opleiding als aios. Dit kan in de basisopleiding of zelfs daarvoor op de middelbare school. Bijvoorbeeld in de vorm van een maatschappelijke stage ('loop mee met een specialist ouderengeneeskunde').

Er liggen bovendien kansen voor de instroom van nieuwe specialisten ouderengeneeskunde door bijvoorbeeld te zorgen dat uittrekders uit andere specialismen ouderengeneeskunde zien als een mooi alternatief. Voor deze groep zou meer structureel en landelijk gekeken kunnen worden naar een aantrekkelijke verkorte opleiding om ze richting het vak te trekken, uiteraard zonder in te boeten aan de kwaliteit van de opleiding. Bovendien zouden goede voorbeelden van zij-instromers via communicatie

in beeld kunnen worden gebracht. Ook interprofessioneel opleiden en meer bekendheid van het specialisme ouderengeneeskunde bij specialisten in het ziekenhuis kan een bijdrage leveren aan het vergroten van de bekendheid van het vak en leiden tot meer instroom.

Actueel houden van de opleiding is ook belangrijk. Elementen die nu nog niet overal aanwezig zijn in de opleiding zijn de komende periode juist hard nodig. Denk aan positionering: Hoe positioneer ik me als specialist ouderengeneeskunde? Wat is (medisch) leiderschap, en hoe breng ik dat in praktijk binnen een (regionaal) zorgnetwerk? Hoe is de zorg in Nederland georganiseerd? Hoe steekt de financiering van de zorg in elkaar en welke rol heb ik daarin?

Het is belangrijk dat de keuzemodule medisch leiderschap een vast onderdeel van het curriculum wordt. Om bovendien zicht te krijgen op bestaande overlegstructuren in de organisatie en de manier van besluitvorming moet de aios ouderengeneeskunde standaard een dag mee kunnen lopen met een bestuurder. Hiermee krijgt de bestuurder een gezicht bij de aios en de aios een gezicht bij de bestuurder. Dit biedt de mogelijkheid om ook vaker tijdens de opleiding contact te zoeken met die bestuurder, en andersom.

Ook is nog meer aandacht nodig voor de diversiteit van het vak in de opleiding. De specialist ouderengeneeskunde werkt immers niet alleen in het verpleeghuis, maar ook in kleinschalige woonvormen, de GRZ, ELV en bij kwetsbaren thuis. Voor GRZ en ELV is inmiddels in de opleiding tijd ingeruimd; voor de samenwerking met de huisarts zou nadrukkelijk meer aandacht mogen komen. Van belang is de toekomstige eisen en de diversiteit van het vak nog beter te vertalen naar de opleiding.

Verdere verdieping na de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde: kaderartsen

Specialisten ouderengeneeskunde zijn breed opgeleid. Zij kunnen zich na hun opleiding nog verder verdiepen in een bepaalde thematiek/doelgroep door zich te specialiseren tot kaderarts. Kaderartsen zetten deze extra gespecialiseerde expertise in ter verbetering/opstellen van het medisch beleid, de ontwikkeling van handreikingen en richtlijnen en zijn vraagbaak voor hun collega's. Ook geven ze scholing en hebben een rol op het vlak van de deskundigheidsbevordering. Een kaderopleiding kan wat Verenso betreft nooit als voorwaarde gesteld worden voor het uitoefenen van het vak als specialist ouderengeneeskunde, ongeacht context en doelgroep.



"Als ik zie waar kwetsbare ouderen wonen, dan verdient het werken in de eerste lijn een volwaardige plek in onze opleiding."

Nieske Heerema

1.2. Actief inzetten op lobby en promotie

"Waarom is de specialist ouderengeneeskunde nog steeds geen bekend fenomeen? Bij de toenemende vergrijzing en bijbehorende uitdagingen op medisch vlak, hebben wij een essentiële rol. Linksom of rechtsom, men kan niet meer om ons heen!"

Ellis van Draanen



Omdat niet in ieder toekomstscenario de specialist ouderengeneeskunde dezelfde autonomie of financiële middelen ter beschikking heeft, is lobby en promotie voor de specialist ouderengeneeskunde van belang. Zo zou het salaris/de bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde overeen moeten komen met de complexiteit van het werk. Dat is nu niet het geval. Ook is het van belang dat de specialist ouderengeneeskunde in haar praktijkvoering goed wordt ondersteund.

Kijkend naar de lobby dan is het verstandig om landelijk de samenwerking te zoeken met andere collectieve partijen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan brancheorganisaties, patiëntenorganisaties en de verschillende beroepsorganisaties in zowel de care als de cure. Om een actieve lobby mogelijk te maken zal duidelijke stelling moeten worden ingenomen op onderwerpen, bijvoorbeeld door te focussen op de complexe patiënten, maar ook door de specialist ouderengeneeskunde duidelijk neer te zetten in het licht van preventie en kwaliteit van leven. De specialist ouderengeneeskunde heeft daarvoor een kwaliteitsverhogende en zorgkosten-verlagende rol. Cijfermatige onderbouwing is daarbij van groot belang.

Het is verstandig om het medische specialisme juist weer op de voorgrond te zetten en het professionele gedrag in gerichte situaties en onderdelen van de keten te ondersteunen. Hierbij is het ook van groot belang om de gesprekken met verzekeraars te intensiveren. De invloed kan daar nog worden vergroot, niet alleen landelijk maar ook door specialisten ouderengeneeskunde in de regio. Meerdere mogelijkheden zouden hier moeten worden onderzocht.

Een landelijke lobby zou moeten worden gecombineerd met de ondersteuning van regionale initiatieven en behoeften, juist op die onderdelen waar de specialist ouderengeneeskunde nu nog vaak alleen staat in de regio. Daarnaast zou de specialist ouderengeneeskunde in de regio ook meer moeten aansluiten bij multidisciplinaire overlegvormen om zich beter te positioneren in regionale zorgnetwerken.

De lobby en promotie beperkt zich niet alleen tot de rol van het specialisme in het netwerk of de regio. Denk ook aan het vaker stimuleren van wetenschappelijk onderzoek dat het belang laat zien van de specifieke rol van de specialist ouderengeneeskunde voor zowel patiënt als voor de zorg(kosten) in het algemeen. De argumentatie die ingezet wordt voor de lobby kan nog beter onderbouwd worden.

Ook is een intensievere samenwerking van Verenso met hoogleraren ouderengeneeskunde een verstandige keuze. Van belang is bovendien dat er voldoende specialisten ouderengeneeskunde zich met wetenschap blijven bezighouden onder meer via het uitvoeren van onderzoek. Maar ook door het doceren aan de opleiding.

Belangrijk is proactief lobby te voeren. Vooruitdenken en bijvoorbeeld wetgeving die de sector niet helpt tijdig te beïnvloeden.

Tenslotte is promotie ook van belang in de maatschappij in de breedte. Meer bekendheid creëren voor het vak in de samenleving, bijvoorbeeld door de samenwerking te zoeken met patiëntorganisaties. Ook vanuit de samenleving kan de vraag om het specialisme ouderengeneeskunde komen, als diezelfde samenleving de toegevoegde waarde kent.

1.3. Samenwerken en taakherschikking



"Voor een efficiënte en duurzame samenwerking met alle betrokken zorgprofessionals in een regio is verdere ontwikkeling van de regionale ouderenzorgnetwerken noodzakelijk."

Anda Adolphi

Deze handelingsperspectieven hebben te maken met de samenwerking tussen verschillende zorgverleners en zorgaanbieders in de praktijk en taakherschikking. Uitdagingen op dit gebied liggen op het vlak van opkomende private voorzieningen en het behoud van autonomie. De handelingsperspectieven richten zich op het faciliteren van de specialist ouderengeneeskunde als de specialist voor de kwetsbare ouderen en patiënten met de complexe medische zorgvragen. Ook is actieve ondersteuning van regionale netwerken van belang.

Een belangrijk aspect is het onderscheid binnen de specialisatie tussen intra- en extramurale zorg. Er zullen zowel specialisten ouderengeneeskunde nodig zijn binnen de muren (intramuraal) van het verpleeghuis als specialisten ouderengeneeskunde die extramuraal hun behandeling verlenen. Van belang is los van 'muren' als specialisten ouderengeneeskunde samen in een regio de kwetsbare ouderen en patiënten met hun medisch complexe zorgvragen te behandelen (ongeacht intra- of extramurale behandeling of bekostiging).

Actief ondersteunen bij het ontwikkelen van (regionale) ouderenzorg netwerken

Regionale ouderenzorg netwerken zijn van belang; iedere specialist ouderengeneeskunde heeft hierin een eigen rol die bij hem of haar past. Hierbij gaat het niet alleen om de functionele specialisatie, maar ook de rol die een specialist ouderengeneeskunde vervult binnen dit netwerk in de regio van zo'n netwerk, bijvoorbeeld richting de betrokken gemeente(n).

Een actieve ondersteuning van regionale netwerken vergt dat er landelijk wordt nagedacht over nieuwe vormen van samenwerking. Wat maakt een regio succesvol? De nieuwe vormen van samenwerking zullen moeten worden beschreven en ondersteund. Dit geldt ook in de context van financiering, vooral in de scenario's waar minder financiering is. Dat brengt mogelijkheden voor de specialist ouderengeneeskunde met zich mee, maar vergt ook dat specialisten ouderengeneeskunde elkaar en andere zorgpartners goed kennen: we moeten met elkaar een netwerk opbouwen en elkaar wegwijs maken in het zorglandschap en de bijbehorende financieringsconstructie. De medische as is in dit netwerk cruciaal.

Van belang in de regionale ondersteuning is een duidelijke collectieve identiteit als beroepsgroep en als Verenso, onder andere door kwaliteitsborging. Samenwerking tussen vakgroepen moet worden gestimuleerd. Het is noodzakelijk om het belang van de specialist ouderengeneeskunde goed neer te zetten, waarbij duidelijk gemaakt wordt aan andere zorgpartners wat je kunt verwachten van een specialist ouderengeneeskunde.

Bij het positioneren van de beroepsgroep moet een balans worden gevonden tussen een collectieve basis en individuele diversiteit/vrijheid. De kracht van de naam specialist ouderengeneeskunde -en waar deze voor staat- is daarbij een belangrijk onderwerp om nader te specificeren.

"Door taakherschikking kan de specialist ouderengeneeskunde zich bezighouden met de werkzaamheden waarbij zijn of haar toegevoegde waarde het grootst is."

Anne Cnossen



Regie op taakherschikking

De verdere specialisatie van de specialist ouderengeneeskunde heeft consequenties op het vlak van taakverdeling in de keten en leidt tot taakherschikking. Er ligt een concrete opdracht om actief regie te voeren op het vlak van taakherschikking. Het gaat hierbij niet alleen om intramurale taakherschikking, (zie **standpunt taakherschikking Verenso**) maar ook om taakherschikking buiten het verpleeghuis. Denk aan de relatie met de huisarts, de ziekenhuisspecialisten en de specialisten in de GGZ. Uitgangspunt hierbij is dat de specialist ouderengeneeskunde zich vooral richt op de complexere medische zorgvragen, als de zorg de protocollen ontstijgt. Bovendien is er bij complexe zorg sprake van onzekerheid die gepaard gaat met het bepalen wat goed is. Het is niet meer in één oogopslag te zien wat de juiste behandeling is omdat alles met elkaar samenhangt. Er is meestal sprake van multimorbiditeit. Het is van belang dat specialisten ouderengeneeskunde dit als collectief goed op het netvlies krijgen bij financiers en bij andere zorgverleners. In overleg met andere professionals overleggen zij over het herschikken van taken; daarbij staat maatwerk voor de patiënt centraal.

"Een voorbeeld van een complexe zorgvraag, uit een verwijzing van de huisarts die om een geriatrisch assessment en advies vraagt t.a.v. zorgbehoefte: 'Een excentrieke, kunstzinnige, nog zelfstandig wonende vrouw van 83 met een chronische neurologische aandoening. Zij heeft in het verleden ook al eens een hersen- en hartinfarct gehad en heeft nog een lichte afasie, valt regelmatig, is angstig en komt nog nauwelijks de deur uit. Thuiszorg en bemoeienis van anderen weert mevrouw af; haar dochter maakt zich zorgen over haar geheugen.'"

Mathieu Prevoo



Taakherschikking vindt plaats vanuit patiëntperspectief, ervaring, inhoud en kwaliteit van zorg, niet vanuit schaarste. Persoonlijke ontwikkeling van de specialist ouderengeneeskunde is hierbij ook van belang; niet iedere arts is hetzelfde. Zo kunnen artsen er de voorkeur aan geven om meer klinische uren te willen maken. Specialisten ouderengeneeskunde spelen bovendien een essentiële rol in de regie van de zorg aan patiënten en het behouden van het overzicht over de gezondheid van de patiënt. Op deze manier kunnen specialisten ouderengeneeskunde hun toegevoegde waarde leveren. Dit moet leiden tot een efficiënte en effectieve transmurale praktijkvoering die past bij zowel de intra- als de extramurale werkzaamheden.

1.4. Nemen van leiderschap stimuleren

"De toekomst van de ouderenzorg ligt bij specialisten ouderengeneeskunde die durf tonen en een verbindende rol spelen bij de vele uitdagingen en ontwikkelingen."

Jonathan Zijp



Leiderschap is een kenmerkend woord voor de beroepsgroep. De specialist ouderengeneeskunde wordt gezien als drager van medisch leiderschap en wordt geacht deze positie in te nemen. Als beroepsvereniging, maar ook als individu in een zorgnetwerk/-keten richting andere professionals. De coachende rol door de specialist ouderengeneeskunde voor andere professionals en model staan voor een leer- en verbetercultuur zijn ook belangrijke competenties om uit te dragen. De specialist ouderengeneeskunde coacht alleen vanuit medische deskundigheid; de organisatie van zelfsturende of zelforganiserende teams is niet aan de specialist ouderengeneeskunde.

Leiderschap is niet alleen medisch leiderschap maar ook persoonlijk leiderschap. Denk aan het maken van keuzes, nee kunnen zeggen. Of het ervoor zorgen dat je bijvoorbeeld op administratief vlak goed wordt ondersteund.

Op het domein van leiderschap past ook de verdere versteviging van de rol van de specialist ouderengeneeskunde in de intramurale keten: een specialist ouderengeneeskunde is een belangrijke gesprekspartner voor de raad van bestuur. Deze rol kan worden gerealiseerd door zitting te nemen in de raad van bestuur van intramurale instellingen, vooral om de (medische) consequenties van beperkte middelen en bepaalde keuzes te kunnen schetsen en te zorgen voor een betere praktijkvoering van de specialist ouderengeneeskunde. Intramuraal is het belangrijk die inspraak goed te verankeren. De wederzijdse taken en verantwoordelijkheden tussen bestuurder en specialist ouderengeneeskunde moeten goed worden vastgelegd. Hiermee zet je elkaar als bestuurder en specialist ouderengeneeskunde ieder in zijn/haar kracht. Het professioneel statuut kan hierbij helpen.



"Persoonlijk leiderschap is verandering mogelijk maken."

Eefje Kruijssen

Qua extramuralisering is het noodzakelijk dat specialisten ouderengeneeskunde zich via Verenso verenigen voor een goede positionering in de eerste lijn. Daarbij dienen zij ook samen met huisartsen in overleg te gaan met zorgverzekeraars. Afstemming tussen Verenso en de regionale actieve specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn is van belang en maakt de lobby krachtiger. Ook hier geldt dat getoond leiderschap kan leiden tot betere ambulante praktijkvoering.

Specialisten ouderengeneeskunde en Verenso moeten meer de samenwerking met medisch specialisten zoeken. Bijvoorbeeld om samen te werken aan de verbetering van patiëntenzorg en ook om zorgkosten te kunnen besparen. Specialist in ziekenhuizen kennen het specialisme ouderengeneeskunde nog onvoldoende. Dit biedt een kans om het specialisme beter neer te zetten. Verenso kan daarnaast bijdragen aan het laten zien van de belangrijke bijdrage die een specialist ouderengeneeskunde kan leveren in multidisciplinaire overlegvormen. Er moeten afspraken gemaakt worden met andere collectieve artsenorganisaties maar dit kan ook op regionaal niveau zijn.

1.5. Actief ontwikkelen kwaliteit en normenkaders

"Het is belangrijk dat we richtlijnen en kaders ontwikkelen om de kwaliteit van ons vak te verbeteren. Ze bieden ons handvatten én een spiegel voor de dagelijkse zorg met actuele kennis en stand van zaken in de wetenschap."

Rhona Hoven



Er liggen concrete kansen om te werken aan verdere professionalisering van het medisch handelen door richtlijnen en kaders te ontwikkelen en implementeren voor goede patiëntenzorg. Die kaders stipuleren wat specialisten ouderengeneeskunde doen en kunnen dienen als basis voor andere partijen, zoals financiers. Via de richtlijnen kan bovendien inbreng en autonomie geborgd worden voor de specialist ouderengeneeskunde in de scenario's waar daar minder sprake van is. Ook moet hier duidelijk uit blijken wat de specialist ouderengeneeskunde als specialist doet, zodat het voor samenwerkende partijen duidelijk is wat ze van een specialist ouderengeneeskunde kunnen verwachten. Dit zorgt voor duidelijkheid (wat we doen; zelfde verhaal; gemene deler), maar wel met respect voor diversiteit en vrijheid (maatwerk op individueel niveau); zowel intern als richting andere artsen als voor werving van studenten.

Door de beroepsinhoud van de specialist ouderengeneeskunde te beschrijven kan een belangrijke bijdrage geleverd worden aan de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg en leven in de intramurale- en extramurale zorg. Daar waar de specialist ouderengeneeskunde zich kan onderscheiden, moet in ieder geval een leidende rol worden gespeeld in de ontwikkeling van kwaliteitsproducten. Denk hierbij aan (infectie) preventie, medicatieveiligheid (onder ander review), probleemgedrag bij dementie, Wet Zorg en Dwang (Wzd), geriatrische revalidatiezorg, Advance Care Planning (ACP) en palliatieve behandeling.

Een onderbouwing voor de richtlijnen en handreikingen wordt gevonden in de wetenschap. Verenso is een wetenschappelijke vereniging. Een goede verbinding tussen de vereniging en de hoogleraren is van groot belang. Uit het veld kan Verenso openstaande vragen ophalen en opnemen in een wetenschapsagenda waarin gewenst onderzoek staat opgenomen. Voor de hoogleraren geeft dit een beeld van de behoefte aan wetenschappelijke antwoorden van de leden van Verenso.

Tenslotte komt de kwaliteit van het werk van de specialist ouderengeneeskunde niet alleen terug in de 'harde' normenkaders. Ook de competenties van een specialist ouderengeneeskunde zijn van groot belang. Denk aan het multidisciplinair samenwerken, het voeren van regie, het verbinden rondom de patiënt en de aandacht voor de kwaliteit van leven. Overwogen kan worden ook de zachte competenties meer te gaan normeren.

1.6. Stimuleren van inzet technologie



"COVID bracht de digitalisering in een stroomversnelling. Met de VR-bril kijk ik mee naar een wond en kan ik de patiënt op afstand spreken."

Heike de Wever

Belangrijk is om duidelijke keuzes te maken over waar je je wel en niet mee gaat bezighouden. Het gebied waarbinnen technologie ingezet kan worden is groot. Primair gaat het bij Verenso als beroepsvereniging om het ondersteunen van hun leden in het uitoefenen van het vak, ongeacht de muren van het verpleeghuis. Van belang is leden te vragen waar hun behoefte op dit terrein ligt. Dit vormt het startpunt voor het uitwerken van een programma voor de komende jaren.

Technologie voor het verbeteren en/of vereenvoudigen van communicatie tussen patiënt en arts is zeker een terrein waarop de vereniging zich moet bewegen (onder ander EPD en video-consultatie). Dat geldt ook voor de medisch ethische kwesties rondom technologie. Dossiers van artsen moeten beter op elkaar afgestemd worden. Ook kan de praktijkvoering en kennis-ontwikkeling gestimuleerd worden door gebruik te maken van technologie. Zo kan technologie worden ingezet om de onderlinge communicatie tussen zorgprofessionals en patiënten te verbeteren. Van belang is nauwere banden te onderhouden met praktijk en leverancier. Een belangrijk aandachtsgebied is daarnaast om te blijven werken aan koploperschap in eenheid van taal en het uitwisselen van gegevens.

1.7. Concluderend: Positionering specialist ouderengeneeskunde

Aan de hand van de hierboven beschreven missie en handelingsperspectieven, kunnen we omschrijven wat de positionering is van de specialist ouderengeneeskunde. Wat mag een patiënt verwachten van een specialist ouderengeneeskunde? En wat mogen collega-professionals verwachten? Wat is de collectieve identiteit van de beroepsgroep? In onderstaand kader vatten we dit samen.

Positionering specialist ouderengeneeskunde

- De specialist ouderengeneeskunde biedt de best passende medische zorg voor kwetsbare ouderen en patiënten met een complexe zorgvraag, ongeacht waar zij verblijven.
- Complexe zorgvragen overstijgen de protocollen. Er is sprake van onzekerheid die gepaard gaat met het bepalen wat goed is. Het is niet meer in één oogopslag te zien wat de juiste behandeling is omdat alles met elkaar samenhangt; deze complexe medische zorgvragen kunnen niet worden herschikt of gedelegeerd naar andere zorgprofessionals. Er is meestal sprake van multimorbiditeit.
- (Infectie) preventie, medicatieveiligheid (onder andere reviews), probleemgedrag bij dementie, Wzd, geriatrische revalidatiezorg, Advance Care Planning en palliatieve behandeling behoren tot de kennis van iedere specialist ouderengeneeskunde.
- Kwaliteit van leven voor patiënten is leidend in het handelen van alle specialisten ouderengeneeskunde.
- De specialist ouderengeneeskunde toont medisch leiderschap zowel voor de individuele patiënt als in de instelling en in het regionale netwerk. De specialist ouderengeneeskunde is intramuraal gesprekspartner van de bestuurder en extramuraal regisseur in de ketenzorg rondom de kwetsbare cliënten met een complexe zorgvraag. Zowel intramuraal als extramuraal heeft de specialist ouderengeneeskunde een regierol in het multidisciplinaire team.



"Zonder bekostiging van multidisciplinaire afstemming en coördinatie is persoonsgerichte ouderenzorg niet mogelijk!"

Amnon Weinberg

Om met voldoende autonomie te kunnen werken, is ook bekostiging nodig voor de werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde, zowel intramuraal, in de GRZ, ELV als extramuraal in de GZSP. Wij vinden het daarbij belangrijk dat de specialist ouderengeneeskunde een beloning ontvangt die hoort bij de zwaarte en verantwoordelijkheid van de werkzaamheden.

Intramuraal vinden wij het huidige loongebouw (FWG) op dit moment niet passend bij de zwaarte van het werk van de specialist ouderengeneeskunde. Bovendien wordt in dit gebouw een specialist niet beloond voor het worden van kaderarts of het nemen van extra verantwoordelijkheden. In vergelijking tot het loon van de geriater weerspiegelt het salaris van de specialist ouderengeneeskunde niet de benodigde verantwoordelijkheden en het gevraagde medisch leiderschap. Kijkend naar hetgeen in 2030 wordt gevraagd, zou deze kloof alleen maar groter worden. In de lobby zal er daarom ingezet worden op een hogere beloning en waardering, eventueel via een andere beloningssystematiek of een eigen (paragraaf in de) CAO. Ook wordt ingezet op een betere facilitering van de specialist ouderengeneeskunde, zodat deze zich minder met randzaken en meer met het eigenlijke werk kan bezighouden.

Extramuraal is, aansluitend op de vorige pagina, het huidige uurtarief ook niet overeenkomstig de verantwoordelijkheden van het vak van specialist ouderengeneeskunde. Bovendien wordt samenwerken niet goed ondersteund door het ontbreken van een mogelijkheid om het MDO te declareren. Last but not least maken verzekeraars het via vele voorwaarden lastig om extramuraal te starten of door te gaan. Kijkend naar het richting 2030 steeds groter wordende belang van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde extramuraal, zullen we als Vereniging inzetten op het verhogen van het uurtarief, het bekostigen van het MDO en het gemakkelijker maken van het sluiten van contracten bij verzekeraars. De hulp in de lobby vanuit de huisartsen zal hier worden gezocht.

Voor GRZ en ELV hoog complex zullen we de komende jaren inzetten op een verdere beschrijving van de inhoud en kwaliteit van de zorg. Ondanks dat deze beschrijving zich primair richt op kwaliteitsborging, zal deze ook behulpzaam zijn voor het overleg bekostiging van deze zorgtypen.

2.2. Wel of geen stelselwijziging

In Den Haag wordt druk nagedacht over het wel of niet wijzigen van het stelsel. Als Verenso zijn we van mening dat een grote stelselwijziging niet de problemen van kwetsbaren in de samenleving noch het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde zal oplossen. Voor Verenso staat het belang van de kwetsbare patiënt en diens behandeling centraal; vanuit dat perspectief zal moeten worden geredeneerd. Veel problemen die er nu zijn, zouden binnen het huidige stelsel moeten kunnen worden opgelost. Denk bijvoorbeeld aan zaken als:

- Het oormerken van de behandelcomponent binnen de Wlz zodat de artsen de regie krijgen op de behandelgelden waardoor patiëntgerichter en efficiënter kan worden gewerkt.
- Het voor alle artsen makkelijker te maken om medische zorg buiten de muren van de instelling eenvoudiger te declareren.
- De mogelijkheid te onderzoeken om de Wlz-indicatie pas te effectueren als het verpleeghuis/instelling/kleinschalige woonvorm wordt betrokken (d.w.z. thuis alleen werken met GZSP).
- Het reduceren van onnodige administratieve handelingen.

3 Bijlage – Deelnemers project specialist ouderengeneeskunde 2030

[naar inhoudsopgave >>](#)

Leden klankbordgroep

Anda Adolphs
Vera van Atteveld
Anne Crossen
Ellis van Draanen
Nieske Heerema
Hilda Kant-Smelik
Eefje Kruijssen
Hilde de Meijer
Amnon Weinberg
Heike de Wever
Jonathan Zijp

Bestuur van Verenso

Jacqueline de Groot
Rhona Hoven
Mathieu Prevoo

Directie en managementteam van Verenso

Nanda Hauet
Sandra van Beek
Else Poot