

Onderzoek

**Verkenning opleiden verpleegkundig specialist
in huisartsenpraktijk en -post samen met
V&V-instelling**

Rapport

In opdracht van:



Uitgevoerd door:



Colofon

Verkenning opleiden verpleegkundig specialist in huisartsenpraktijk en -post samen met V&V-instelling

Rapport

In opdracht van

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Uitgevoerd door

Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH)

Auteurs

Stichting KOH

Mevrouw drs. M.R. van der Burgt

Mevrouw drs. E.W.C.C. Derckx

Met medewerking van

- Mevrouw dr. Y.D. van Leeuwen, universitair docent huisartsopleiding Maastricht
- Mevrouw F. Timmermans, verpleegkundig specialist gezondheidscentrum Stratum in Eindhoven
- Mevrouw drs. T. Toemen, huisarts, stafarts Stichting KOH en universitair docent huisartsopleiding Maastricht

Contact

Stichting KOH | Landelijk Kenniscentrum Taakherschikking Eerste Lijn

Postbus 2155

5600 CD Eindhoven

info@stichtingkoh.nl

Copyright

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke bronvermelding. Dit rapport als volgt vermelden: Burgt, M.R. van der & Derckx, E.W.C.C. (2015). *Rapport. Verkenning opleiden verpleegkundig specialist in huisartsenpraktijk en -post samen met V&V-instelling*. Eindhoven: Stichting KOH.

Eindhoven, februari 2015

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Demografische en maatschappelijke ontwikkelingen	7
3	Gevolgen voor de huisartsenzorg	9
4	Verpleegkundig specialist in de huisartsenzorg	13
5	Knelpunten verpleegkundig specialist in huisartsenzorg	15
6	Gezamenlijk opleiden huisartsenzorg en V&V-sector	17
7	Gezamenlijk opleiden: kansen en bezwaren	19
8	Aanvullende scholing voor de ouderenzorg	25
9	Conclusie en aanbevelingen	27
	Geraadpleegde bronnen	29
	Bijlagen	33

1 Inleiding

We leven steeds langer, langer in gezondheid en langer met beperkingen. Door veranderingen in de financiering en organisatie van de zorg blijven we zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen¹. Langzaam vervagen de komende jaren ook de traditionele grenzen. Het klassieke verzorgingshuis gaat verdwijnen. Opname in een verpleeghuis vindt alleen nog maar plaats bij hoge zorgzwaartes. Nu al verblijft slechts 5% van de ouderen in een verzorgingshuis en 2% in een verpleeghuis². Dat betekent dat in de komende jaren thuiswonende ouderen vaker een beroep gaan doen op de huisartsenvoorziening met als gevolg meer werkdruk bij huisartsen. Om de toekomstige toename van het aantal zorgvragen op te kunnen vangen dient gezocht te worden naar oplossingsrichtingen. De inzet van de verpleegkundig specialist naast de huisarts lijkt voor de ouderenzorg in de eerste lijn perspectieven te bieden. Echter, we signaleren ook een aantal knelpunten. Zo werken er te weinig en worden er onvoldoende verpleegkundig specialisten opgeleid in huisartsenpraktijk.

Zowel in de huisartsenzorg als in het verpleeg- en verzorgingshuis werken verpleegkundig specialisten met ouderen. Op het eerste oog lijkt het hier te gaan om dezelfde doelgroep. Dit roept de vraag op of het mogelijk is om krachten te bundelen. Kan een verpleegkundig specialist opgeleid worden in de huisartsenzorg *én* in het verpleeg- en verzorgingshuis? Kan diezelfde verpleegkundig specialist dan na afstuderen werken in een huisartsenpraktijk en in een verpleeg- en/of verzorgingshuis? Kunnen lusten en lasten worden gedeeld? V&VN heeft Stichting KOH gevraagd om te exploreren óf en wat de meerwaarde is van het gezamenlijk opleiden van verpleegkundig specialisten in de huisartsenzorg en verpleeg- én verzorgingshuizen.

Deze notitie is geschreven in het huidige tijdsgewricht. Het is denkbaar dat binnen enkele jaren ontwikkelingen een ander licht werpen op dit onderwerp.

Leeswijzer: In dit rapport wordt gesproken over de verpleegkundig specialist, huisarts en specialist ouderengeneeskunde in de vrouwelijke vorm. Waar zij staat kan uiteraard ook hij gelezen worden.

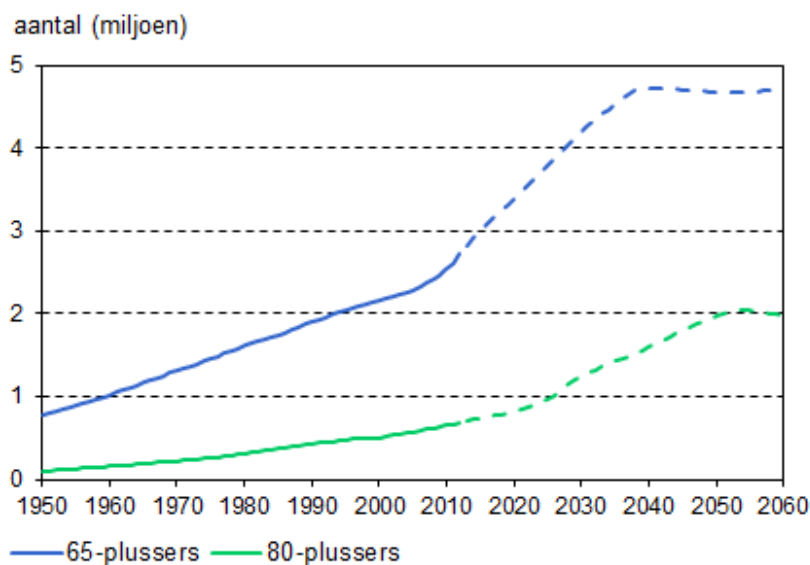
¹ NHG-Standpunt (2007). *Huisartsengeneeskunde voor ouderen: 'Er komt steeds meer bij...'*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.

² Muris, J.W.M. (red.) (2014). *Ouderengeneeskunde*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.

2 Demografische en maatschappelijke ontwikkelingen

Drie belangrijke ontwikkelingen zijn te onderscheiden die bepalend zijn voor de uitdagingen waar de eerste lijn de komende jaren voor staat: de vergrijzing, veranderingen in de financiering en organisatie van zorg en de veranderende kenmerken van ouderen zelf³.

Ten eerste de vergrijzing. Vanaf 2013 zal het aantal ouderen versneld toenemen (figuur 1). Volgens de CBS Bevolkingsprognose zal het aantal 65-plussers stijgen van 2,7 miljoen in 2012 tot een hoogtepunt van 4,7 miljoen in 2041. Tot 2060 blijft het aantal schommelen rond 4,7 miljoen.



Figuur 1. Aantal 65- en 80-plussers, 1950-2012 (meetpunt 1 januari) en prognose aantal 65- en 80-plussers, 2013-2060 (Bron: CBS Bevolkingsstatistiek; CBS Bevolkingsprognose voor 2013-2060)

De komende jaren zal vooral het aandeel 65- tot 79-jarigen sterk toenemen en vanaf 2025 neemt ook de groep 80-plussers sterk toe (de dubbele vergrijzing). In 2040, het hoogtepunt van het aantal 65-plussers, is naar schatting 26% van de bevolking 65-plusser, waarvan een derde ouder is dan 80 jaar. Ter vergelijking: in 2012 is het percentage 65-plussers nog 16%, waarvan 25% 80-plus is⁴. We worden niet alleen ouder maar ook de levensverwachting stijgt met ongeveer 0,18-0,19% per jaar⁵.

Het is van belang onderscheid te maken tussen toename in levensverwachting en toename in gezonde levensverwachting. Epidemiologische studies laten zien dat de toename in levensverwachting bij ouderen gepaard gaat met een veel beperktere toename in *gezonde* levensverwachting⁵. We leven dus langer, langer in gezondheid en langer met beperkingen³.

³ <https://laego.nhg.org/organisatie-4>.

⁴ Giesbers, H. (RIVM), Verweij, A. (RIVM) & Beer, J. de (NIDI) (2013). Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

⁵ Muris, J.W.M. (red.) (2014). *Ouderengeneeskunde*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.

Ten tweede zien we een verschuiving in de financiering en organisatie van de zorg. Wet en regelgeving veranderen ingrijpend de komende jaren. Dat geldt met name voor de AWBZ. Het resultaat is dat ouderen met (voorheen) zorgzwaarte 1,2,3 en 4 voor ondersteuning en zorg zijn aangewezen op zichzelf, hun mantelzorgers en de eerste lijn. Dit betreft dus ouderen met een zware lichamelijke zorgvraag en bijvoorbeeld ook beginnende dementie die voorheen in verzorgingshuizen woonden⁶.

Als laatste wordt een sociologische verschuiving gesignaleerd. De komende generatie ouderen is anders dan de vorige; van afhankelijk en kwetsbaar naar zelfbewust en autonoom. Een steeds grotere groep ouderen heeft een hoger gemiddeld opleidingsniveau met bijbehorende verwachtingen, wensen en mogelijkheden. Zij hebben een grotere behoefte aan zelfstandigheid, individualiteit en beschikken over een uitgebreider netwerk en financiële middelen⁷.

⁶ Wind, A., Vlek, H., Nieuwland, E., Nunen, M. van, Vermaakt, K., Koers, J. & Pel-Littel, R. (2014). *Kwetsbare oudere. Handreiking voor professionals & multidisciplinaire teams in de eerste lijn*. Utrecht: Vilans.

⁷ <https://laego.nhg.org/organisatie-4>.

3 Gevolgen voor de huisartsenzorg

De in het vorige hoofdstuk beschreven demografische en maatschappelijke ontwikkelingen hebben een grote impact op de huisartsenvoorziening. Met het stijgen der jaren krijgen mensen te maken met meer gezondheidsproblemen. Dat leidt tot meer bezoek aan de huisarts. Heeft de Nederlander gemiddeld zes keer per jaar contact met de huisartsenpraktijk, boven de 65 jaar is dat verdrievoudigd⁸. Gemiddeld hebben in Nederland mannen tussen de 60 en 65 jaar 4,8 contacten per jaar met de huisartspraktijk en vrouwen in deze leeftijdsgroep 6,1 keer. Dit loopt op van gemiddeld tien contacten per jaar voor mannen tussen de 80-85 jaar en elf contacten voor vrouwen, naar ruim vijftien contacten voor mannen van 90+ en zestien contacten voor vrouwen van 90+.

Als we kijken naar de meest voorkomende aandoeningen bij ouderen boven de 65 jaar dan zien we dat de top drie wordt gevormd door: artrose, gehoorstoornissen en diabetes mellitus. Gevolgd door coronaire hartziekten, visusstoornissen en COPD. Zie onderstaande tabel⁹.

Rangorde	Ziekte / Aandoening	65+	Totale bevolking
1	Perifere artrose ^b	766.700	1.188.600
2	Gehoortoornissen	491.300	810.500
3	Diabetes mellitus	466.600	834.100
4	Coronaire hartziekten	409.100	604.500
5	Gezichtsstoornissen ^c	223.000	301.800
6	COPD	209.500	361.800
7	Osteoporose	180.500	258.800
8	Nek- en rugklachten	167.700	652.200
9	Hartritmestoornissen (boezemfibrilleren)	147.000	195.700
10	Hartfalen	122.400	141.600

- a In de ranglijst zijn enkele aandoeningen niet meegenomen, omdat geschikte (punt)prevalentiecijfers hiervoor ontbreken of omdat (punt)prevalentiecijfers hiervoor niet zinvol zijn. Dit zijn alle infectieziekten met uitzondering van aids en verder hartstilstand, gebitsafwijkingen, nierfalen, complicaties tijdens zwangerschap, bevalling of kraambed, vroeggeboorten, laag geboortegewicht, Downsyndroom en acute lichamelijke letsels.
- b Alleen artrose van de ledematen. Nek- en rugartrose vallen onder nek- en rugklachten.
- c Het betreft de volgende gezichtsstoornissen: maculadegeneratie, glaucoom, staar en retinopathie.

Tabel 1. Ranglijst van aandoeningen^a bij ouderen (65+) op basis van de geschatte puntprevalentie (absoluut aantal personen) op 1 januari 2011 (gebaseerd op gegevens uit zorgregistraties)

⁸ Muris, J.W.M. (red.) (2014). *Ouderengeneeskunde*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.

⁹ Poos MJJC (RIVM), Gommer AM (RIVM). *Ranglijsten van ziekten en aandoeningen bij 65-plussers*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen, 5 juni 2014.

Tabel 2¹⁰ laat zien dat de nieuwe ziektegevallen bij 65-plussers in 2011 vooral nek- en rugklachten, onderste luchtweginfecties en privéongevallen betroffen. Klachten waarvoor mensen contact zoeken met de huisarts.

Rangorde	Ziekte / Aandoening	65+	Totale bevolking
1	Nek- en rugklachten	168.800	852.600
2	Infecties van de onderste luchtwegen	111.000	359.800
3	Privé-ongevallen	101.000	441.000
4	Perifere artrose ^b	94.200	165.800
5	Gezichtsstoornissen ^c	72.100	102.300
6	Contacteczeem	58.500	330.000
7	Gehoorstoorissen	49.100	72.600
8	Influenza	39.000	253.700
9	Coronaire hartziekten	27.500	48.900
10	Maagdarminfecties	26.000	178.900

- a Aandoeningen waarvoor geschikte incidentiecijfers ontbreken, zijn niet in de ranglijst meegenomen. Dit zijn ziekten in het Rijksvaccinatieprogramma, seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) met uitzondering van aids, zoönosen, zorggerelateerde infecties en antimicrobiële resistentie, verstandelijke beperking, schizofrenie, autistische spectrumstoornissen, aandachttekortstoornissen (ADHD), gedragsstoornissen, aangeboren of vroeg verworven slechthorendheid, hartstilstand, gebitsafwijkingen, nierinsufficiëntie (acuut en chronisch) / nierfalen en complicaties tijdens zwangerschap, bevalling of kraambed.
- b Het betreft de volgende gezichtsstoornissen: maculadegeneratie, glaucoom, staar en retinopathie.
- c Het betreft alleen artrose van de ledematen. Nek- en rugartrose vallen onder nek- en rugklachten.

Tabel 2. Ranglijst van aandoeningen bij ouderen^a (65+) op basis van de geschatte jaarincidentie (absoluut aantal personen) in 2011, en de bijbehorende incidentie in de totale bevolking in 2011 (gebaseerd op gegevens uit zorgregistraties).

Met het ouder worden stijgt ook de multimorbiditeit. Het is niet eenvoudig om vast te stellen hoeveel van de ouderen nu precies te maken krijgen met meerdere gezondheidsproblemen tegelijk. Dit hangt in belangrijke mate samen of en wanneer een klacht of symptoom als een ziekte wordt geclassificeerd. Veel klachten zijn immers het gevolg van het fysiologisch proces van het ouder worden. Het onderscheid tussen fysiologisch en pathologisch is op oudere leeftijd vaak moeilijk te maken. De vermindering van het gehoor is een normaal verouderingsproces, maar treedt niet bij iedereen in dezelfde mate op en de ervaren hinder van gehoorverlies is individueel bepaald. Ongeveer tweederde van de mensen tussen de 65 en 75 jaar oud heeft twee of meer aandoeningen die behandeling en zorg vragen. Bij mensen van 85 jaar en ouder loopt dit percentage op tot 85%. Zorg voor ouderen met multimorbiditeit vergt een andere focus en aanpak. Multimorbiditeit compliceert het medische beleid in belangrijke

¹⁰ Poos, M.J.J.C. (RIVM) & Gommer, A.M. (RIVM). *Ranglijsten van ziekten en aandoeningen bij 65-plussers*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen, 5 juni 2014

mate omdat de prognose en het effect van behandeling van individuele ziektebeelden mede bepaald gaat worden door interacties tussen ziekten en therapieën. Als we kijken naar combinaties van aandoeningen dan komt hypertensie in combinatie met andere aandoeningen het meeste voor. Figuur 2 geeft een overzicht van aandoeningen die in combinatie het meeste voorkomen¹¹.

De meest voorkomende comorbide aandoeningen bij ouderen

- 1 Angina pectoris
- 2 Artrose
- 3 Atherosclerose
- 4 Cataract
- 5 COPD
- 6 CVA
- 7 Dementie
- 8 Depressie
- 9 Diabetes mellitus
- 10 Hartfalen
- 11 Hartritmestoornissen
- 12 Hypertensie
- 13 Ischemische hartziekten
- 14 Kanker
- 15 Obesitas
- 16 Vetstofwisselingsstoornissen

Figuur 2. De meest voorkomende comorbide aandoeningen bij ouderen

Voor de huisarts betekent dat de vergrijzende patiëntenpopulatie niet alleen een toename van het aantal contacten met zich mee brengt, maar ook meer complexe problematiek. De werkdruk en -last gaan stijgen. Het herschikken van taken van huisarts naar andere professionals lijkt noodzakelijk om de toekomstige uitdagingen het hoofd te kunnen bieden.

¹¹ Muris, J.W.M. (red.) (2014). *Ouderengeneeskunde*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.

4 Verpleegkundig specialist in de huisartsenzorg

Al meer dan tien jaar worden verpleegkundig specialisten succesvol ingezet in huisartsenpraktijken. De verpleegkundig specialist diagnosticeert en behandelt, net zoals een huisarts, klachten waarmee patiënten zich melden op het spreekuur. Het gaat dan om klachten die veel voorkomen zoals klachten van het bewegingsapparaat, huid, keel, neus en oor. De verpleegkundig specialist behandelt patiënten van alle leeftijden. Ouderen komen vaak naar het spreekuur in de huisartsenpraktijk met klachten aan het bewegingsapparaat, bovenste luchtweginfecties en ongevallen¹². Deze klachten vallen binnen het deskundigheidsgebied van de verpleegkundig specialist en kunnen dus door haar behandeld worden. Onderzoek laat zien dat de verpleegkundig specialist de veelvoorkomende klachten op dezelfde manier behandelt als een huisarts. De diagnose en behandeling worden in 91% van de consultenzelfstandig uitgevoerd¹³.

Ook op de huisartsen- en/of spoedposten heeft de verpleegkundig specialist haar intrede gedaan. Zij behandelt in de avond- en weekenduren veelvoorkomende klachten, waarmee patiënten zich melden op de post: huidaandoeningen, klachten van het bewegingsapparaat en luchtwegen. Recent onderzoek laat zien dat de verpleegkundig specialist ook in deze setting deskundig is, veilige zorg biedt en patiënten tevreden zijn¹⁴.

We zien de laatste jaren dat steeds meer huisartsen de verpleegkundig specialist inzetten voor de huisartsgeneeskundige zorg in het verzorgingshuis (zie bijlage 1). De verpleegkundig specialist behandelt in het verzorgingshuis, in plaats van de huisarts, klachten van bewoners. Het gaat hier vaak om veelvoorkomende ingangsklachten zoals bijvoorbeeld aanhoudende keelpijn bij een 85-jarige dementerende met hypertensie, angina pectoris en artrose. De verpleegkundig specialist diagnosticeert de klacht stelt het behandelbeleid vast en instrueert zo nodig de verzorgenden in het verzorgingshuis. Mocht de verpleegkundig specialist alarmsignalen zien voor klachten die niet binnen haar deskundigheid vallen, dan neemt zij contact op met de huisarts. Indien nodig kan deze besluiten om de patiënt zelf te bezoeken.

Een belangrijke groep die de afgelopen jaren veel aandacht heeft gekregen zijn de kwetsbare ouderen. Als vuistregel wordt gehanteerd dat 10 tot 15% van de mensen ouder dan 65 jaar kwetsbaar is. Een gemiddelde huisartsenpraktijk (2.350 patiënten) heeft twintig tot dertig kwetsbare ouderen¹⁵.

¹² Poos, M.J.J.C. (RIVM) & Gommer, A.M. (RIVM). *Ranglijsten van ziekten en aandoeningen bij 65-plussers*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal KompasVolksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen, 5 juni 2014.

¹³ Dierick-van Daele, A. (2010). *The introduction of the nurse practitioner in general practice*. [Proefschrift]. Maastricht: Maastricht UMC+.

¹⁴ Wijers N., Burgt, R. van der & Laurant, M. (2013). *Verpleegkundig Specialist biedt kansen: Onderzoeksrapport naar de inzet van de Verpleegkundig Specialist op de spoedpost in Eindhoven*. Nijmegen: IQ healthcare, UMC St Radboud, Stichting KOH.

¹⁵ 'Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeen stapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten. (functiebeperkingen, opname, overlijden.' Uit: Kwetsbare Ouderen. Campen, C. van (red.) (2011). Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Regionaal zijn er grote verschillen¹⁶. Dat betekent dat in een normpraktijk 85 tot 90% van de 65-plussers *niet* kwetsbaar is. Deze grote groep ouderen gaat in de toekomst vaker een beroep doen op de huisarts voor één of meerdere gezondheidsklachten. Deze niet kwetsbare 65-plussers zijn in eerste instantie het werkterrein van de verpleegkundig specialist. De rol van de verpleegkundig specialist bij de kwetsbare ouderen in de eerste lijn dient zich nog verder uit te kristalliseren. De onderlinge taakverdeling en afstemming tussen huisarts, verpleegkundig specialist, specialist ouderengeneeskunde, praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige bij deze groep is een uitdaging zijn voor de komende jaren.

De inzet van de verpleegkundig specialist lijkt dus goede perspectieven te bieden om de stijgende zorgvragen bij ouderen, samen met de huisarts, op te vangen.

¹⁶ Wind, A., Vlek, H., Nieuwland, E., Nunen, M. van, Vermaakt, K., Koers, J. & Pel-Littel, R. (2014). *Kwetsbare oudere. Handreiking voor professionals & multidisciplinaire teams in de eerste lijn*. Utrecht: Vilans.

5 Knelpunten verpleegkundig specialist in huisartsenzorg

Ondanks de succesvolle inzet werken maar circa 160 verpleegkundig specialisten in een huisartsenpraktijk en/of -post. Dit is nog geen 10% van het aantal verpleegkundig specialisten in Nederland¹⁷. Te weinig huisartsen leiden een verpleegkundig specialist op voor de eigen praktijk. Dit heeft diverse oorzaken: onbekendheid met de functie en mogelijkheden, ontbreken van een extra spreekkamer voor de verpleegkundig specialist en de intensiteit van het twee jaar lang opleiden. Bovendien leiden veel praktijken al een andere professional op, zoals een huisarts of doktersassistent. Ook financiële argumenten spelen een rol: het is bijna niet mogelijk voor huisartsen om een verpleegkundig specialist kostenneutraal op te leiden. De subsidies van de ministeries van VWS en OC&W zijn niet voldoende om de loonkosten van de verpleegkundig specialist in opleiding (i.o.) te dekken. Een deel van de loonkosten zou terugverdiend kunnen worden uit de productie die de verpleegkundig specialist i.o. levert. Echter, de verpleegkundig specialist i.o. wordt pas in het tweede studiejaar echt 'productief' (drie tot vier declarabele consulten per uur). Deze productie is onvoldoende om in het resterende deel van de loonkosten te voorzien¹⁸. Daarnaast speelt dat een huisarts maandelijks een hogere vergoeding ontvangt voor het opleiden van een huisarts dan voor een verpleegkundig specialist¹⁹. Dit kan een huisarts doen besluiten om de voorkeur uit te laten gaan naar het opleiden van een vakgenoot¹⁸.

Ook huisartsenposten ervaren knelpunten. Op de arbeidsmarkt zijn bijna geen gediplomeerde verpleegkundig specialisten met werkervaring in de huisartsenzorg beschikbaar. Hierdoor zien organisaties zich genooddacht om zelf verpleegkundig specialisten op te leiden. Vanwege de dagelijks wisselende samenstelling van het team huisartsen kan de huisartsenpost geen stabiel opleidingsklimaat bieden. Het opleiden van de verpleegkundig specialist wordt daarom uitbesteed aan aangesloten huisartsenpraktijken. Maar ook voor de huisartsenpost is het moeilijk om huisartsen te vinden die een verpleegkundig specialist op willen leiden. Gebrek aan een extra spreekkamer en de hoogte van de financiële vergoeding blijken belangrijke knelpunten²⁰.

De laatste twee jaar bereiken Stichting KOH steeds vaker geluiden dat de verpleegkundig specialist niet in de huisartsenpraktijk of -post kan blijven werken waar zij is opgeleid. Voor huisartsen blijkt het toch moeilijk om de loonkosten van de afgestudeerde verpleegkundig specialist te financieren uit consulten, visites,

¹⁷ Op basis van gegevens V&VN en Stichting KOH.

¹⁸ Peters, F. (2014). *Evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt.

¹⁹ Derckx, E. & Burgt, R. van der (2012). *Vergelijking randvoorwaarden opleidingen tot huisarts, verpleegkundig specialist en physician assistant*. Eindhoven: Stichting KOH.

²⁰ Wijers N., Burgt, R. van der & Laurant, M. (2013). *Verpleegkundig Specialist biedt kansen: Onderzoeksrapport naar de inzet van de Verpleegkundig Specialist op de spoedpost in Eindhoven*. Nijmegen: IQ healthcare, UMC St Radboud, Stichting KOH.

M&I-verrichtingen en innovatieve projecten. De huisartsenpost blijkt geen aantrekkelijke werkgever omdat deze organisatie alleen kleine arbeidsovereenkomsten kan bieden in de avond-, nacht- en weekenduren.

We zien dat de verpleegkundig specialist vervolgens op zoek gaat naar een nieuwe baan en die steeds vaker vindt in V&V-instellingen.

6 Gezamenlijk opleiden huisartsenzorg en V&V-sector

In 2012 hebben V&VN en Stichting KOH een bijeenkomst georganiseerd waarin nieuwe en/of vergaande mogelijkheden voor de inzet van de verpleegkundig specialist in de eerste lijn zijn verkend. Aan deze sessie hebben deelgenomen: drie verpleegkundig specialisten, vijf huisartsen die werken met een verpleegkundig specialist in de praktijk, één medisch directeur van een huisartsenpost en een huisarts(docent) die betrokken was bij de huisartsendifferentiatie van de Master Advanced Nursing Practice zoals aangeboden door Fontys Hogeschool. Voortvloeiend uit deze bijeenkomst zijn door Stichting KOH, in overleg met V&VN, drie 'experimenten'²¹ beschreven. Eén van de 'experimenten' is als volgt geformuleerd:

De toename van het aantal (complexe) zorgvragen bij ouderen in de eerste lijn, de werkdruk die dit veroorzaakt bij huisartsen, de knelpunten die worden gesignaleerd in het opleiden van verpleegkundig specialisten in de huisartsenzorg en de overlap in de doelgroep ouderen, hebben geleid tot de volgende vraag:

'Wat is de meerwaarde van het gezamenlijk opleiden van verpleegkundig specialisten in de eerste lijn (huisartsenpraktijk en -post) en verpleeg- en verzorgingshuizen (V&V-instelling)?'

De achterliggende gedachte is dat wanneer een verpleegkundig specialist in twee werkvelden wordt opgeleid, de 'lasten' tijdens de opleiding en 'lusten' na het afstuderen kunnen worden gedeeld.

Om bovenstaande vraag te kunnen beantwoorden zijn door Stichting KOH (gelijktijdig) twee trajecten uitgezet:

- a. exploreren initiatief van een huisartsenpost en V&V-instelling in Limburg die samen een verpleegkundig specialist zouden willen opleiden;
- b. interviews met stakeholders en deskundigen.

Ad a. Initiatief in Limburg

In 2012 waren een huisartsenpost en V&V-instelling in Limburg bereid om deze vraag verder te exploreren en eventueel uit te werken in een pilot. Enkele oriënterende gesprekken hebben plaatsgevonden. Helaas heeft dit initiatief geen vervolg kunnen krijgen.

Ad b. Interviews met deskundigen en stakeholders

Stichting KOH heeft een verkennende studie uitgevoerd bij deskundigen en stakeholders in de eerste lijn: huisartsen, docenten huisartsenopleiding, stafartsen ouderenzorg, specialisten ouderengeneeskunde, beleidsmakers ouderenzorg (V&V-sector) en verpleegkundig specialisten (zie bijlage 2). Tijdens de interviews is aan deze personen gevraagd welke belangrijke ontwikkelingen zij signaleren in de eerstelijns ouderenzorg, wat de rol van de huisarts is, welke kansen zij zien voor de verpleegkundig specialist en

²¹ Zorgprofessionals in hun kracht voor toekomstbestendige zorg die betekenisvol, werkzaam en efficiënt is - Masterplan V&VN 2012 - 2014, pagina 25.

hoe zij aankijken tegen het gecombineerd opleiden. Voor een overzicht van de interviewvragen verwijzen wij u naar bijlage 3. In het volgende hoofdstuk leest u de uitkomsten uit de verkennende studie.

7 Gezamenlijk opleiden: kansen en bezwaren

Allereerst dient voor de term V&V-instelling een onderscheid gemaakt te worden tussen het verzorgingshuis en het verpleeghuis. De huisarts is op dit ogenblik verantwoordelijk voor het leveren van de huisartsgeneeskundige zorg in het verzorgingshuis zoals we dat nu kennen. Pilots in het land laten zien dat het inzetten van de verpleegkundig specialist, in plaats van de huisarts, in het verzorgingshuis met goede afspraken en randvoorwaarden mogelijk is. De verpleegkundig specialist behandelt veelvoorkomende klachten bij bewoners uit het verzorgingshuis, ook al hebben deze meerdere aandoeningen en beperkingen (zie ook hoofdstuk 4). Uit praktijkervaringen blijkt dus dat een verpleegkundig specialist die werkt in een huisartsenpraktijk ook (een deel van) de huisartsgeneeskundige zorg in het verzorgingshuis kan leveren.

Het gezamenlijk opleiden van een verpleegkundig specialist met een V&V- instelling richt zich dus vooral op de mogelijkheden binnen het verpleeghuis. In de tekst wordt vanaf nu met de term V&V-instelling/-sector alleen bedoeld op het verpleeghuis.

In de interviews zijn de volgende kansen genoemd voor het gezamenlijk opleiden van een verpleegkundig specialist in een V&V-instelling en huisartsenpost/-praktijk:

- Het takenpakket van de verpleegkundig specialist *lijkt* op het eerste gezicht hetzelfde: diagnostiek en behandeling van veelvoorkomende klachten bij ouderen die thuis wonen of in een verpleeghuis verblijven.
- De verpleegkundig specialist in opleiding (i.o.) kan ervaring op doen in het behandelen van ouderen in twee werkvelden: huisartsen- en verpleeghuiszorg.
- Het spreiden van de opleidingskosten (loon- en studiekosten) tussen twee organisaties.
- Het begeleiden van een verpleegkundig specialist i.o. is intensief, dit kan gedeeld worden door twee organisaties.
- De verpleegkundig specialist is na afstuderen inzetbaar in meerdere organisaties: huisartsenpraktijk en/of huisartsenpost en/of verzorgingshuis en/of verpleeghuis. Bijvoorbeeld: de verpleegkundig specialist werkt acht uur per week op een huisartsenpost en de overige uren in een verpleeghuis. Of werkt zestien uur in een huisartsenpraktijk en twaalf uur in een verpleeghuis.
- Het bundelen van kennis uit huisartsenzorg en V&V-sector.

Als bezwaren worden de volgende punten genoemd:

- De doelpopulatie ouderen in de huisartsenpraktijk is *wezenlijk anders* dan die in een verpleeghuis. In het verpleeghuis hebben patiënten (meerdere) hoog complexe ziektebeelden met een andere klachtenpresentatie dan in de huisartsenpraktijk. Bijvoorbeeld: mensen met vergevorderde stadia van chronische ziekten als Alzheimer, Parkinson, MS, CVA met een grote mate van functiebeperking op diverse vlakken.
- Het vakgebied van huisarts en specialist ouderengeneeskunde zijn anders. Waar een specialist ouderengeneeskunde zich heeft bekwaamd in het behandelen van (kwetsbare) ouderen met meerdere, complexe aandoeningen en ingrijpende functiebeperkingen op diverse vlakken, is de huisarts gespecialiseerd in het behandelen van patiënten van alle leeftijden met alle voorkomende klachten en aandoeningen. De Master Advanced Nursing Practice is een duale opleiding.

Dat wil zeggen dat de verpleegkundig specialist (i.o.) het vak in de praktijk leert van een arts. Het is onmogelijk om in twee jaar twee 'specialismen' aan te leren.

- Op een huisartsenpost wordt overbruggingszorg geleverd; dat wil zeggen dat de klacht van de patiënt behandeld wordt tot de volgende werkdag de eigen huisarts de behandeling weer kan overnemen. Klachten zijn bijna altijd enkelvoudig en de leeftijden uiteenlopend. Dit is een andere setting dan de behandeling van ouderen met meerdere complexe aandoeningen die permanent verblijven in een verpleeghuis.
- De verpleegkundig specialist i.o. leert tijdens het eerste studiejaar in de huisartsenpraktijk veel voorkomende klachten te behandelen bij patiënten van alle leeftijden. Het tweede jaar is voor de student nodig om ervaring op te bouwen in deze klachten ('vlieguren' maken). Dit is niet mogelijk als na één jaar wordt veranderd van opleidingsplaats en de patiëntpopulatie enkel bestaat uit ouderen.
- De verpleegkundig specialist i.o. die in de huisartsenpraktijk/-post wordt opgeleid heeft meestal geen eerdere werkervaring in de eerste lijn. We zien dat de verpleegkundig specialist i.o. een half jaar tot een jaar nodig heeft om alle spelers in de eerste lijn in de betreffende wijk of dorp te leren kennen.
- Wisselen na een jaar kan een onstabiel opleidingsklimaat geven: andere opleider, opleidingsplaats, verwachtingen en taken. Wie bewaakt de voortgang van het leerproces van de student? Verder is het de vraag of iedere verpleegkundig specialist i.o. hier de flexibiliteit voor kan opbrengen. De combinatie van studeren en werken is intensief. Als ook de opleidingspraktijk verandert, wordt er veel gevraagd van het aanpassings- en incasseringsvermogen van de verpleegkundig specialist i.o.
- Organisatie van het werkgeverschap: bij wie komt de verpleegkundig specialist i.o. in dienst? Wie betaalt de loonkosten? Voor wiens rekening zijn eventuele 'verliesposten'?
- Voor een individuele huisartspraktijk of kleine groepspraktijk is het samen opleiden van een verpleegkundig specialist met een V&V-instelling niet aantrekkelijk. Op het moment dat de verpleegkundig specialist i.o. zo ver is dat zij 'zelfstandig' meer consulten kan doen, vertrekt zij naar het verpleeghuis. De afweging tussen kosten en baten valt dan negatief uit omdat de verpleegkundig specialist i.o. na één jaar nog onvoldoende productie oplevert om de opleidingskosten te kunnen dekken.

Bovenstaande kan als volgt worden weergegeven:

	Kansen	Bezwaren
Inhoud	Op het eerste gezicht zelfde doelgroep ouderen	Wezenlijk verschil in complexiteit aandoeningen, zorgvraag en context
	Bundelen van kennis huisarts- en ouderengeneeskunde	VS kan geen behandeltaken overnemen uit twee specialismen: SO versus huisarts
		Kennismaking met eerste lijn duurt 6 tot 12 maanden
		Opleidingsjaren zijn nodig voor opdoen ervaring in veelvoorkomende klachten
Randvoorwaarden	Delen opleidingskosten	Opleiding delen financieel onaantrekkelijk voor huisarts
	Delen begeleiding VS i.o.	Discontinuïteit in begeleiding en bewaking voortgang
	Werken in twee werkvelden	Op huisartsenpost behandelen klachten verschillende leeftijden, niet specifiek ouderen
		Organisatie werkgeverschap

Figuur 3. Overzicht kansen en bezwaren gezamenlijk opleiden verpleegkundig specialist door huisartsenpraktijk/-post en V&V-instelling

De geïnterviewde stakeholders en deskundigen zeggen in de interviews geen perspectieven te zien voor het gezamenlijk opleiden van een verpleegkundig specialist in huisartsenpraktijk en verpleeghuis. Echter, zij zien wel een belangrijke rol weggelegd voor de afgestudeerde verpleegkundig specialist *naast* de huisarts in de zorg voor ouderen in de eerste lijn. *Samen* vormen zij een behandelteam dat taken verdeelt op basis van de complexiteit van zorgvragen waarmee ouderen zich melden bij de huisartsenpraktijk. Uiteraard spelen in deze taakverdeling ook andere aspecten een rol zoals de ervaring van de verpleegkundig specialist, relatie met de patiënt of beschikbaarheid van huisarts en/of verpleegkundig specialist. Daarnaast heeft de verpleegkundig specialist, volgens de geïnterviewden, een duidelijke meerwaarde in de coördinatie van cure en care in de ouderenzorg.

Volgens de deskundigen en stakeholders ligt de kracht van de verpleegkundig specialist, als het gaat om klinisch handelen in:

1. Het diagnosticeren en behandelen van veelvoorkomende klachten bij alle ouderen ongeacht of ze één of meerdere aandoeningen hebben. De klacht waarvoor de oudere patiënt contact opneemt met de praktijk, bepaalt of deze zorgvraag geschikt is voor de verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialist behandelt patiënten tijdens haar spreekuur in de huisartsenpraktijk, in het verzorgingshuis en/of thuis.

Casus

Mevrouw Nelissen is 90 jaar en woont zelfstandig thuis. Haar voorgeschiedenis meldt atriumfibrilleren en een TIA. Ze heeft een pacemaker en is bekend met somberheid en depressies. Mevrouw Nelissen gebruikt twaalf soorten medicijnen waaronder losertan, furosemide, acenocoumarol, amitryptiline en paracetamol. Ze heeft een rollator. Eén keer per week komt de huishoudelijke hulp. Drie weken geleden werd mevrouw opgenomen in het ziekenhuis en kreeg daar van de specialist slaapmedicatie (temazepam) voorgeschreven. Mevrouw Nelissen belt naar de huisartsenpraktijk omdat ze pijn heeft in haar knie, duizelig is bij het opstaan en last heeft van obstipatie. Ze kan niet naar de praktijk komen en de verpleegkundig specialist (vs) bezoekt haar thuis.

Bij het lichamelijk onderzoek ziet de vs geen acute ontstekingsverschijnselen bij de knie. Ze denkt dat de pijn komt van artrose. De duizeligheid kan veroorzaakt worden door het atriumfibrilleren en hypotensie. Daar wordt mevrouw al voor behandeld. De vs stelt dit medische beleid niet bij. De duizeligheid kan komen door de temazepam die ze gekregen heeft toen ze in het ziekenhuis lag. Die gebruikt ze nog steeds. De vs bespreekt met mevrouw Nelissen om de temazepam af te bouwen. Ze vraagt ook het ontlastingspatroon na: mevrouw heeft nu één keer per drie dagen harde faeces én ze drinkt weinig ondanks het mooie weer de afgelopen weken. De vs legt het belang van drinken uit en hoogt de Movicolon op van één keer daags naar twee keer daags. Als de duizeligheid na tien dagen niet over is, moet mevrouw opnieuw contact opnemen met de vs.

Casus

Mevrouw Bakx, 85 jaar en alleenstaand woont in een appartement in een middelgroot dorp. Ze is vitaal en onderneemt nog veel. Mevrouw heeft hypertensie, diabetes mellitus, artrose, eczeem en heeft in het verleden een endometriumcarcinoom gehad. De baarmoeder is verwijderd. Ze gebruikt metoprolol, een crème voor haar eczeem, en medicatie tegen de osteoporose. Mevrouw Bakx komt op het spreekuur van de vs met een dik, rood en pijnlijk rechterbeen. Ze vertelt dat ze zich al een aantal dagen niet lekker voelt en minder eet. Normaal wandelt ze iedere dag anderhalf uur maar de laatste dagen lukt dit niet meer vanwege de pijn. De vs stelt een erysipelas vast en schrijft floxapen voor. Ze geeft mevrouw advies om rust te houden, het been hoog te leggen en te koelen. De vs wil mevrouw Bakx graag over twee dagen terug zien voor een controle.

2. De medische signaalfunctie. Bij ouderen kan een eenvoudige klacht een opmaat zijn naar meer problemen. De verpleegkundig specialist heeft een belangrijke rol in het signaleren van (medische) alarmsignalen en -symptomen die kunnen wijzen op een complicatie of een andere aandoening. Op basis van de alarmsignalen consulteert de verpleegkundig specialist de huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde die verdere diagnostiek en behandeling voortzet.

Casus

Op het spreekuur van de vs verschijnt, samen met zijn echtgenote, de 73-jarige meneer van Muiswinkel. De vs kent dit echtpaar al jaren. Meneer heeft diabetes mellitus type 2, hypertensie, hypercholesterolaemie en coxartrose. Meneer van Muiswinkel gebruikt simvastatine 20 mg daags, lisonopril 20 mg daags, metformine 3 dd 500 mg en ASA 80 mg daags. Hij is vanochtend gevallen in de douche en heeft een wond op zijn voorhoofd. De vs beoordeelt de wond. Het blijkt mee te vallen. Bij binnenkomst valt het de vs op dat meneer van Muiswinkel zich stram beweegt. Ze bespreekt dit terwijl ze het wondje verbindt. Zijn echtgenote vertelt dat hij meer moe is, moeilijk doorslaapt en de laatste weken al drie keer gevallen is bij het opstaan uit zijn stoel. Soms heeft hij tintelingen in het rechteronderbeen en zijn linkerhand trilt bij het schrijven. De vs vermoedt dat er meer aan de hand is en adviseert het echtpaar van Muiswinkel een afspraak te maken bij de huisarts.

Vrije bewerking uit: Muris, J.W.M. (red.) (2014). Ouderengeneeskunde. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, pagina 369, 370.

Casus

Mevrouw Mathijssen, 78 jaar, bezoekt het spreekuur van de vs vanwege een pijnlijke enkel. Ze is bekend met hypertensie, artrose in heupen en knieën, en sinds twee jaar ook met een diabetes mellitus en slikt acht medicijnen per dag. Ze woont met haar 82-jarige echtgenoot in een senioren appartement. Hij heeft een parese overgehouden aan een herseninfarct drie jaar geleden. Het echtpaar heeft geen kinderen. Mevrouw doet zelf nog de boodschappen en een particuliere hulp komt twee keer in de week om te poetsen.

Mevrouw Mathijssen komt met een antieke wandelstok en een los om de enkel gedraaide zwachtel de spreekkamer binnen. Ze vertelt dat ze gisteren 'zomaar' gevallen is en daarbij haar enkel heeft bezeerd. Bij het afnemen van de anamnese valt het de vs op dat ze slecht hoort. Bij doorvragen blijkt dat ze al langer slecht slaapt, moe is en overal spierpijn heeft. In het dossier van mevrouw staat dat ze haar laatste diabetescontrole bij de praktijkondersteuner heeft gemist. Ze kan zich niet meer herinneren dat ze op controle moest komen. Tijdens het onderzoek van de enkel constateert de vs een klein hematoom op de laterale malleolus. Er zijn geen aanwijzingen voor een fractuur. De bloeddruk is 140/70 mmHg bij een pols van 72/minuut.

Bij de vs beginnen allerlei alarmbelletjes te rinkelen: hoort ze slecht door cerumenproppen of presbycusis? Ze slikt zoveel medicatie, hoe zou het zijn met haar nierfunctie, kalium en glucose? Komt de spierpijn door statinegebruik of heeft ze polymyalgia rheumatica? Slaapt ze slecht en is ze zo moe vanwege een overbelasting of is er sprake van een depressie? De vs besluit de situatie van mevrouw Mathijssen te bespreken met haar huisarts.

Vrije bewerking uit: Muris, J.W.M. (red.) (2014). Ouderengeneeskunde. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, pagina 369, 370.

De geïnterviewden zien daarnaast ook nog een rol weggelegd voor de verpleegkundig specialist op het gebied van leiderschap, het verbeteren van de kwaliteit van zorg en praktijkorganisatie. Denk hierbij aan coachen en scholen van verzorgenden en/of verpleegkundigen, ontwikkelen en uitvoeren van verbeterprojecten en schrijven van protocollen.

Om de diagnostiek en behandeling van klachten bij ouderen en de bijbehorende medische signaalfunctie goed te kunnen invullen, signaleren stakeholders dat de verpleegkundig specialist extra scholing nodig heeft om beter geëquipeerd te zijn. In de huidige opleiding komt de ouderenzorg beperkt aan bod. Er is binnen deze opdracht derhalve een raamwerk ontwikkeld hoe een toekomstige aanvullende scholing eruit kan zien.

8 Aanvullende scholing voor de ouderenzorg

Wil de VS optimaal kunnen worden ingezet voor de in deze notitie beschreven rollen (diagnostiek en behandeling van veelvoorkomende klachten bij ouderen plus de medische signaalfunctie) dan dient zij daarvoor optimaal toegerust te worden middels een aanvullende scholing. Samen met een verpleegkundig specialist en twee universitair docenten van huisartsopleidingen, zijn in een brainstormsessie klachten, aandoeningen en onderwerpen vastgesteld die relevant zijn voor een dergelijke vervolgscholing.

Bestaande opleidingen en cursussen voor huisartsen en praktijkondersteuners op het gebied van ouderenzorg zijn opgevraagd bij de desbetreffende aanbieders, waaronder de kaderopleiding 'ouderengeneeskunde' voor huisartsen. Het verkregen materiaal is gescreend door een huisarts(docent) op relevantie voor de verpleegkundig specialist. Uitgangspunt was om, daar waar mogelijk, gebruik te maken van bestaand lesmateriaal. Uit de inventarisatie bleek slechts een beperkt deel van het materiaal bruikbaar.

Op basis van het bruikbare materiaal en de inhoudelijke inbreng van de bovengenoemde deskundigen is een raamwerk ontwikkeld hoe een toekomstige scholing voor de verpleegkundig specialisten op het gebied van de ouderenzorg eruit kan zien. Zie bijlage 4.

De ontwikkelde opzet bestaat uit tien lesdagen en twee dagdelen casuïstiekbespreking met de thema's:

Dag 1	Inleiding in de ouderengeneeskunde
Dag 2	Longen
Dag 3	Polyfarmacie/diagnostiek/lab
Dag 4	CVR: acute vaatproblemen
Dag 5	CVR: chronische vaatproblemen
Dag 6	Casuïstiekbespreking over geleerde tijdens lesdagen 1 tot en met 5 (dagdeel)
Dag 7	Neurologie
Dag 8	Zintuigen en mobiliteit
Dag 9	Cognitieve stoornissen
Dag 10	Omgaan met patiënten met cognitieve stoornissen
Dag 11	Obstipatie/acute diarree/diverticulitis
Dag 12	Casuïstiekbespreking over geleerde tijdens lesdagen 7 tot en met 11 (dagdeel)

De onderwijsdoelstellingen voor iedere lesdag zijn terug te vinden in bijlage 4.

Een lesdag is van 9.00 tot 17.00 uur inclusief pauzes. Geadviseerd wordt om de lesdagen aan te bieden in een periode van achttien maanden. Doordat de lessen om de twee tot drie maanden plaatsvinden krijgt de verpleegkundig specialist de gelegenheid om het geleerde toe te passen in de praktijk en de opgedane ervaringen weer mee te nemen naar de volgende bijeenkomst.

Voor iedere lesdag dient de deelnemer een voorbereidingsopdracht te maken zodat uitgegaan kan worden van een gelijkwaardig aanvangsniveau voor iedere cursist. De dag wordt afgesloten met suggesties voor werkbezoeken ('verbreding blikveld').

Het ontwikkelde raamwerk kan dienen als leidraad voor aanbieders die geïnteresseerd zijn om een nascholing over ouderenzorg aan te bieden aan verpleegkundig specialisten. De opzet in de bijlage kan naar eigen inzicht gebruikt worden.

9 Conclusie en aanbevelingen

In het huidige tijdsgewricht lijkt het gezamenlijk opleiden van een verpleegkundig specialist door een huisartsenpraktijk/-post en een verpleeghuis geen perspectieven te bieden. Hoewel op het eerste oog de populatie ouderen in de huisartsenzorg en verpleeghuis een overlap lijkt te vertonen, is daar bij nadere beschouwing geen sprake van. Bij ouderen die verblijven in een verpleeghuis is sprake van meerdere en complexe aandoeningen. Door deze complexe aandoeningen en de gevolgen daarvan is de oudere en/of de mantelzorg niet in staat om voor zichzelf te zorgen en verblijft derhalve in een verpleeghuis. De oudere die een beroep doet op huisartsenzorg kan één of meerdere aandoeningen hebben, maar woont nog zelfstandig thuis. Deze oudere meldt zich vaak met een veelvoorkomende klacht bij de huisarts. De ene keer hangt de klacht samen met bestaande aandoeningen maar even zo goed kan die daar ook los van staan. Het gaat hierbij dus niet per definitie om complexe zorgvragen of kwetsbare ouderen.

Bij het gecombineerd opleiden zou de verpleegkundig specialist medische taken moeten overnemen van de huisarts én specialist ouderengeneeskunde. Twee verschillende specialismen, waarvan (een deel) van de behandeltaken onmogelijk in twee jaar tijd aangeleerd kunnen worden door een verpleegkundig specialist. Het lijkt dus meer voor de hand liggend dat de verpleegkundig specialist haar duale masteropleiding afrondt in één werkveld: huisartsenzorg óf verpleeghuis.

Wel wordt een belangrijke rol gezien voor de afgestudeerde verpleegkundig specialist bij het diagnosticeren en behandelen van veelvoorkomende klachten bij ouderen. Met het oog op de vergrijzing vormen ouderen naar verwachting de grootste groep die in de toekomst een beroep gaan doen op de huisartsenvoorziening. De rol van de verpleegkundig specialist bij deze niet kwetsbare ouderen is, naast het behandelen van de klacht, ook het signaleren van complicaties en andere medische en gezondheidsproblemen (signaalfunctie).

Gezien de specificiteit van de doelgroep en de context van de veranderende eerste lijn vergt dit specifieke kennis en vaardigheden van de verpleegkundig specialist. Deze komen binnen de beperkte beschikbare tijd in het curriculum van de Master Advanced Nursing Practice (MANP) te weinig aan de orde.

Op basis van de verkennende studie die Stichting KOH heeft uitgevoerd worden de volgende aanbevelingen gedaan:

Verpleegkundig specialist opleiden in één werkveld: in de huisartsenzorg óf verpleeghuis.

In de eerste lijn positioneren van de verpleegkundig specialist naast de huisarts. De verpleegkundig specialist en huisarts vormen samen een behandelteam, waarbij de verpleegkundig specialist de routinematige cure overneemt van de huisarts, aangevuld met de niet routinematige care.

Geen specialisatie 'verpleegkundig specialist ouderenzorg in de eerste lijn' in het leven roepen. De verpleegkundig specialist is net zoals een huisarts een generalist en behandelt patiënten met veelvoorkomende klachten die binnen haar deskundigheidsgebied vallen, ongeacht de leeftijd.

Ontwikkelen van een aanvullende scholing 'ouderenzorg' voor verpleegkundig specialisten, zodat zij optimaal toegerust zijn voor het behandelen van klachten die veel voorkomen bij ouderen.

Verkennen óf en welke rol de verpleegkundig specialist kan hebben bij kwetsbare ouderen. Positioneren en beschrijven van de rol van de verpleegkundig specialist bij deze groep ten opzicht van de wijkverpleegkundige, praktijkondersteuner ouderenzorg, huisarts en specialist ouderengeneeskunde.

Onderzoeken welke competenties nog moeten worden ontwikkeld als een afgestudeerde verpleegkundig specialist wil switchen van verpleeghuis naar huisartsenzorg of omgekeerd. Hier dienen vervolgens passende scholingstrajecten voor ontwikkeld te worden.

Geraadpleegde bronnen

Bleijenberg, N. (2013). *Personalized Primary Care for Older People: an evaluation of a multicomponent nurse-lead care program*. [Proefschrift]. Utrecht: UMC Utrecht

Burgt, R. van der (2010). *Vervolgexperiment NP Huisartsenzorg: de NP als doorgroei vanuit de POH (2007-2010)*. [Eindrapport]. Eindhoven: Stichting KOH

Burgt, R. van der, Derckx E. & Toemen, T. (2009). *Eindrapport Preparatory Grant Spoedzorg 2008 ZonMw*. Eindhoven: Stichting KOH

Burgt, R. van der, Derckx E. & Toemen, T. (2009). *Taakherschikking in de Spoedzorg Eerstelijns – Eindrapport Preparatory Grant ZonMw*. Eindhoven: Stichting KOH

Buistraan, J. & Wind, A.W. (samenstelling) (2013). *Studiehandleiding NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde*. Leiden: LUMC/Laego

Campen, C. van (red.) (2011). *Kwetsbare Ouderen*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau

Derckx, E., Dierick-van Daele, A. & Vrijhoef, B. (2009). De 'Nurse' de maat genomen: veelbelovend resultaat project Nurse Practitioner. *Modern Medicine - Het blad voor de Huisarts* -, 33 (11), 368-371. *Nederlands Tijdschrift voor Nurse Practitioners*, 4 (2), 12-16. *TVZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 119 (3), 23-27

Dierick-van Daele, A. (2010). *The introduction of the nurse practitioner in general practice*. [Proefschrift]. Maastricht: Maastricht UMC+

Drubbel, I. (2014). *Frailty screening in older patients in primary care using routine care data*. [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht

Feijter, C. de & Derckx E. (2012). Taakherschikking in spoedzorg kan! VS en PA helpen ook Praktijkvoering verbeteren. *De Eerstelijns - Platform voor Strategie en Innovatie* -, 4 (2), 22-24

Giesbers, H. (RIVM), Verweij, A. (RIVM) & Beer, J. de (NIDI) (2013). Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? *In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM

Grotendorst, A., Lambregts, J. & projectgroep V&V 2020 (red.) (2012). *V&V 2020 Deel 4 Beroepsprofiel verpleegkundig specialist*. Utrecht: Projectgroep V&V 2010

Kampen J. van & Bree H. van (2012). *Kaders voor het zelfstandig handelen van de Verpleegkundig Specialist Ouderengeneeskunde*. Best: Novicare

KNMG-Standpunt (2010). *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Knuiman, R.B.J., Kinkelder, A., Roos, F.J. & Bogaerts, M.L.M.Th. (2012). *Handreiking Taakdelegatie*. Utrecht: Verenso

Koers, J., Nieuwland, E., Nunen, M. van, Pel-Littel, R., Vermaat, K., Vlek, H. & Wind, A. (red.) (2014). *Kwetsbare ouderen*. Utrecht: Vilans

Kommer, K. (2010). Durven en willen overdragen. *De eerstelijns*, (2), 8-11

LHV (2009). *Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis*. Handreiking, samenhangende zorg in de eerste lijn

Maeseneer De, J. (2012). Multimorbiditeit, doelgeoriënteerde zorg en sociale rechtvaardigheid. *Huisarts Nu*, 41 (3), 115-122

Muris, J.W.M. (red.) (2014). *Ouderengeneeskunde*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum

NHG-Standpunt (2007). *Huisartsengeneeskunde voor ouderen: 'Er komt steeds meer bij...'*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap

Peters, F. (2014). *Evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

Poos, M.J.J.C. (RIVM) & Gommer, A.M. (RIVM). *Ranglijsten van ziekten en aandoeningen bij 65-plussers*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen, 5 juni 2014

Rijdt, van de-van de Ven, T. (2010). *NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap

Sampermans, J. (2011). *Evaluatie Verpleegkundig Specialist in Cicero Zorggroep* [Interne notitie]. Hoensbroek: Cicero Zorggroep

Visser, J. (2013). Geen verzorgingshuis, maar wat dan? *Medisch Contact*, 68 (19), 994-995

Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>, Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.17, 23 juni 2014

VWS (2013). *Consultatieversie concept Wetsonderwerp Langdurige Intensieve Zorg*

VWS (2013). *Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg*. [Brief VWS d.d. 25 april 2013]

Wijers N., Burgt, R. van der & Laurant, M. (2013). *Verpleegkundig Specialist biedt kansen: Onderzoeksrapport naar de inzet van de Verpleegkundig Specialist op de spoedpost in Eindhoven*. Nijmegen: IQ healthcare, UMC St Radboud, Stichting KOH

Wind, A., Vlek, H., Nieuwland, E., Nunen, M. van, Vermaakt, K., Koers, J. & Pel-Littel, R. (2014). *Kwetsbare oudere. Handreiking voor professionals & multidisciplinaire teams in de eerste lijn*. Utrecht: Vilans

Handboek Klinisch Handelen HA deel 3. (2010). Eindhoven: Fontys Hogeschool Verpleegkunde

Zorgprofessionals in hun kracht voor toekomstbestendige zorg die betekenisvol, werkzaam en efficiënt is - Masterplan V&VN 2012 - 2014, pagina 25

Websites

<http://ouderenfonds.nl>

<http://platformzorgmasters.nl>

<http://statline.cbs.nl/StatWeb>

Bijlagen

- Bijlage 1 Artikel VS in verzorgingshuis: 'Durven en willen overdragen',
De Eerstelijns maart 2010, nummer 2.
- Bijlage 2 Overzicht geïnterviewde stakeholders en deskundigen
- Bijlage 3 Interviewvragen stakeholders en deskundigen
- Bijlage 4 Raamwerk voor aanvullende scholing voor de ouderenzorg

Artikel VS in verzorgingshuis: 'Durven en willen overdragen'

De Eerstelijns maart 2010, nummer 2

Nurse Practitioner in de eerste lijn

'DURVEN EN WILLEN OVERDRAGEN'

INNOVATIE

De zorg door de Nurse Practitioner (NP) voor patiënten met vaak voorkomende klachten is kwalitatief vergelijkbaar met de zorg door de huisarts. Zo luidt een conclusie van een onderzoek naar de NP in de huisartsenpraktijk. De diagnose en behandeling voert de NP meestal volledig zelf uit. Patiënten zijn zeer tevreden over de zorgverlening door de NP. Een mooi rapport kan Maud van Vlerken zich niet wensen. Zij is als NP in het verzorgingshuis De Nieuwenhof de trait d'union naar alle huisartsen in Deurne geworden.

Begin van deze eeuw werd de praktijkondersteuner (POH) geïntroduceerd. Voor huisartsen betekende dit vooral een bijdrage in de kwaliteit van de behandeling van chronisch zieke patiënten. Het leverde nog geen ontlasting van de werkdruk in de praktijk op. Dat gebeurt met de komst van de NP nu wel, constateert

Huisartsenmodule in NP-opleiding

Een NP is een HBO-verpleegkundige met minimaal twee jaar werkervaring die een Masteropleiding Advanced Nursing Practice (MANP) heeft gevolgd. De KOH, Fontys Hogescholen en de huisartsenopleiding in Maastricht hebben speciale patiëntenmodules geschreven voor de NP in de huisartsenpraktijk, waarin de top-10 van vaak voorkomende aandoeningen in de eerste lijn is opgenomen. Op die lijst staan de keel-, neus- en ooraandoeningen, hoestklachten, huidproblemen, klachten van het bewegingsapparaat, urologische klachten, geriatrische problemen, gynaecologische klachten en SOA's. In Zuid Nederland zijn vanaf 2003 via het zorgvernieuwingproject van de KOH 27 NP's gestart met de eerstelijns versie.

Maud van Vlerken heeft zich gericht op ouderenzorg in het verzorgingshuis De Nieuwenhof, naast haar spreekuur in de dokterspraktijk die is gevestigd in het Elkerliek Ziekenhuis in Deurne.

Meer structuur en continuïteit in de ouderenzorg.

Ulrich Schultz van de huisartsenpraktijk De Poort: 'De zorg voor chronisch zieken is enorm verbeterd door de komst van de POH. Wat bleef, was dat we werden overvraagd met de vaak voorkomende klachten, waardoor we niet toekwamen aan de steeds complexere aspecten van de huisartsenzorg.' De Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH) formuleerde in het grote district rond Deurne een projectplan voor een toekomstbestendige eerstelijns zorg door de inzet van de NP in de huisartsenpraktijk.

Neutrale tussenpersoon

'Veertien huisartsen in Deurne hebben een of meerdere patiënten in de Nieuwenhof. Zowel huisartsen als verzorgenden ervaren knelpunten in de samenwerking,' vertelt Maud van Vlerken. 'Voor huisartsen is een bezoek aan het verzorgingshuis tijdrovend, er vindt veel ad hoc zorg plaats. Dokters-assistenten kregen erg veel telefoontjes van verzorgenden en patiënten. Verzorgenden wisten niet goed welke huisarts ze op welk tijdstip konden bellen. Ik begon met het schrijven van een plan. Door goed overleg over wat we wilden bereiken, gingen alle neuzen dezelfde

V&VN – Nurse Practitioners

De Nederlandse Vereniging van Nurse Practitioners is een beroepsorganisatie binnen de Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden. De NP valt in Nederland onder de in 2009 nieuw gedefinieerde beroepsgroep van Verpleegkundig Specialist (VS), waarvoor de NP zich laten registreren. Van de circa 900 NP's in Nederland werkt nu een 80-tal in de eerste lijn.



*Maud van Vlerken: "De zorg voor de
bewoners van De Nieuwenhof is professioneel
ingevuld en ik ben een collega van alle
huisartsen geworden."*

Taakverschuiving

In opdracht van het door VWS gesubsidieerde Capaciteitsorgaan heeft Prismant bij een gerichte steekproef van 38 verpleeghuizen onderzocht welke vormen van taakverschuiving plaatsvinden. Hoewel ook doktersassistenten en verpleegkundigen taken overnemen van de arts, geldt de tijdswinst vooral bij de inzet van de nurse practitioner en de wijkverpleegkundige. Zij worden ingezet als medebehandelaar en expert. Van hun tijd is de helft tijdswinst voor de artsen. Artsen zijn unaniem van mening dat de taakverschuiving leidt tot kwaliteitswinst. Dit komt vooral door de brugfunctie die nurse practitioners en praktijkverpleegkundigen vervullen tussen de arts en de verzorgenden. Aldus het onderzoeksrapport dat in januari 2010 is gepubliceerd op www.prismant.nl.

kant op staan. Alle partijen hebben de handen ineen geslagen om de huisartsenzorg in het verzorgingshuis beter te structureren door de inzet van de NP als de neutrale functionaris tussen de verzorgenden en artsen. Inmiddels heb ik een groot deel van de zorg en bijkomende administratie van alle patiënten in De



Maud van Vlerken doet onderzoek bij een patiënte in De Nieuwenhof in Deurne.

Nieuwenhof van de huisartsen in Deurne overgenomen. Patiënten die dat willen kunnen natuurlijk hun eigen huisarts blijven zien.

Structuur en continuïteit

'Aanvankelijk heb je te maken met het verschijnsel van "onbekend is onbemind". Je moet willen en durven over te dragen, zeg ik tegen de huisartsen. Als een verzorgende een zorgvraag meldt van een patiënt, beslis ik nu over de noodzaak van een visite.' Maud heeft vier ochtenden per week spreekuur in de huisartsenpraktijk waarin ze mensen ziet die kleine klachten hebben en twee middagen per week doet ze visites in De Nieuwenhof. Verzorgenden kunnen vier dagen per week tussen 11.00 en 11.30 uur naar Maud bellen met klachten van patiënten, zoals pijn aan de heup of hoesten. Maud vraagt de klacht uit en geeft zo nodig aan de telefoon al een advies. Als er geen telefonisch advies gegeven kan worden, bezoekt Maud de bewoner in het verzorgingshuis. Ze neemt de anamnese af, doet een lichamelijk onderzoek, stelt de diagnose en het behandelplan op. Dit stemt ze af met de patiënt, verzorgende en de huisarts van de patiënt. Als de klacht niet tot de deskundigheid van Maud hoort, vraagt ze na afloop van de visite de huisarts om advies. Verder heeft Maud het medicijngebruik bij alle bewoners gestructureerd, maakt ze protocollen en regelt ze het multidisciplinaire overleg voor alle patiënten. 'Eigenlijk kun je zeggen dat de continuïteit van de zorg voor oudere mensen in het verzorgingshuis veel meer is gestroomlijnd en gewaarborgd.'

De spil voor alle huisartsen in het verzorgingshuis

Collega van iedereen

Maud van Vlerken spreekt over een bijzonder leerzame zorgtaak. 'In het voeren van een vraaggesprek, het stellen van een diagnose bij de standaard klachten en het uitspellen van een behandeltraject, ben ik duidelijk gegroeid. Je leert in dit vak in de praktijk, ook bij het in kaart brengen van klachten die ik niet heb geleerd te behandelen tijdens de opleiding, zoals hartfalen dat toch veel voorkomt bij ouderen. Al doende

Overzicht geïnterviewde stakeholders en deskundigen

Naam	Functie	Organisatie
mw. H. van Bree	Verpleegkundig specialist	Novicare, experts in behandeling, Best Centrale Huisartsen Posten (CHP) Zuidoost-Brabant
mw. R. Dings	Projectleider geïntegreerde ouderenzorg	Coöperatie Cohesie, Noord-Limburg
dhr. M. de Groot	Programma directeur	ZZG Zorggroep, Nijmegen
dhr. H. van Wijchen	Manager	
Mw. R. Janssen	Docent MANP coördinator Klinisch handelen	Fontys Hogeschool Verpleegkunde
dhr. F. van Kemenade	Huisarts en Kaderhuisarts Ouderenzorg Voorzitter Expertgroep kaderhuisartsen ouderenzorg	Laego
dhr. H. Lauwers	Vestigingsmanager	Novicare, experts in behandeling
mw. Y. van Leeuwen	Hoofddocent	Huisartsenopleiding, Maastricht
mw. A. Mulders	Specialist ouderengeneeskunde en medisch adviseur Raad van Bestuur	Thebe, West- en Midden-Brabant
mw. M. Spijkers	Specialist ouderengeneeskunde Stafarts ouderengeneeskunde Stafarts palliatieve zorg	Sint Annaklooster, Eindhoven en Sint Anna Ziekenhuis, Geldrop Zorggroep De Ondernemende Huisarts, Zuidoost-Brabant Stichting KOH
dhr. J. Stevens	Manager Bureau Zorgondersteuning en -ontwikkeling	Cicero Zorggroep, Zuid-Limburg
mw. F. Timmermans	Verpleegkundig specialist	Gezondheidscentrum Stratum, Eindhoven
mw. Th. Toemen	Huisarts Ontwikkelaar en docent huisartsendifferentiatie MANP Docent Stafarts	Fontys Hogeschool Huisartsenopleiding, Nijmegen Stichting KOH
dhr. P. van Wijk	Lid Raad van Bestuur Voorzitter Stuurgroep taakherschikking eerste lijn	Coöperatie Cohesie, Noord-Limburg

Interviewvragen stakeholders en deskundigen

Hieronder treft u de vragen aan die tijdens een interview van circa één uur zijn gesteld aan stakeholders en deskundigen (voor overzicht zie bijlage 2).

- Welke ontwikkelingen ziet u in de ouderenzorg in de eerste lijn?
- Welke klachten/aandoeningen van ouderen komen voor behandeling bij de huisarts terecht?
- Welke rol/taken ziet u in de komende jaren in de eerstelijns ouderenzorg voor de huisarts weggelegd?
- Wat kan volgens u de verpleegkundig specialist betekenen in de huisartsenpraktijk op het gebied van ouderenzorg?
- Kan de verpleegkundig specialist taken van de huisarts overnemen in de ouderenzorg? En zo ja, welke? Welke klachten/aandoeningen?
- Welke knelpunten ziet u?
- Waar ziet u kansen liggen voor de verpleegkundig specialist in de ouderenzorg?
- Wat ziet u de functie van verpleegkundig specialist ten opzicht van de praktijkondersteuner ouderenzorg? Wie doet wat volgens u?
- Welke opleiding (kennis/vaardigheden) hebben huisartsen en/of verpleegkundig specialisten nodig om voldoende toegerust te zijn voor het behandelen van ouderen in de eerste lijn?
- Sluit volgens u de opleiding tot verpleegkundig specialist voldoende aan bij het takenpakket van de verpleegkundig specialist in de ouderenzorg? Wat zou nodig zijn?
- Denkt u dat het mogelijk is om een verpleegkundig specialist gezamenlijk op te leiden voor de ouderenzorg en de huisartsenpraktijk- en/of post?

Raamwerk voor aanvullende scholing voor de ouderenzorg

Dag 1
INLEIDING IN DE OUDERENGENEESKUNDE
Vorbereidingsopdracht
• Vul formulier voor de kennismakingsopdracht in. • Oriënteer je op de 'hulpomgeving' van de oudere patiënt in jouw werkgebied in verband met alle veranderingen in de eerste lijn. Krijg een beeld welke patiënten verblijven in het verzorgings- en verpleeghuis in de regio en aan welke patiënten de thuiszorg hulp biedt. Wat ervaren deze organisaties als knelpunten en mogelijkheden voor de samenwerking met jouw huisartsenpraktijk(en). Plan een gesprek met bijvoorbeeld een directeur/manager en/of Specialist Ouderengeneeskunde.
Onderwijsdoelstellingen
De deelnemer: • kent de principes van functionele geriatrie en kan deze toepassen • heeft kennis over veelvoorkomende ziekten bij ouderen en weet hoe deze kennis toe te passen • heeft inzicht in het begrip 'frailty' • kent de complexiteit van multimorbiditeit bij ouderen en de overlappende symptomatologie • is bekend met het geriatrisch assessment en het gebruik van meetinstrumenten (bijvoorbeeld CGA) daarbij • is bekend met de meest gebruikte diagnostische instrumenten en kent de (on)mogelijkheden
Programma (6,5 lesuren – exclusief pauze)
Welkom en toelichting opzet programma, voorbereidingsopdrachten en 'Keek op de week'.
Kennismaking aan de hand van voorbereidingsopdracht
Kennisoverdracht
1. epidemiologie 2. morbiditeit (veelvoorkomende aandoeningen bij ouderen, waarin verschilt morbiditeit ouderen met niet ouderen) 3. <i>vaardigheid</i>: • lichamelijk onderzoek bij ouderen (waar let je op, wat zie je, wat is anders bij ouderen bv. scheve mond, tandradfenomeen) • observeren aan de hand van filmfragmenten 4. bejegening 5. diagnostische instrumenten 6. samenwerking (gerelateerd aan de eigen werksituatie, inclusief DBC's, zorgprogramma's)
Inventarisatie 'zijn alle vragen beantwoord?'
Formuleren LES (Leerpunten, Eye-openers, Straks mee doen?)
Maken werkafspraken en toelichting voorbereidingsopdracht volgende lesdag
Vorm drie groepjes van vier personen maak een groepsapp of groepsmail voor het uitwisselen van casuïstiek of vragen
Evaluatie lesdag en afsluiting
Verbreiding blikveld
• Kijk een dagdeel mee met de POH ouderenzorg en let op specifieke aandachtspunten in de consultvoering bij oudere patiënten (verplicht) • Kijk een dagdeel mee met een dierenarts om goed te leren observeren (suggestie)

Dag 2
LONGEN
Vorbereidingsopdracht
• Bestudeer de anatomie, pathologie en epidemiologie van de longen • Lees de NHG-standaarden (volledige tekst plus samenvattingkaart) van Astma, COPD bij volwassenen • Zoek op YouTube audiomateriaal voor longgeluiden en beluister deze • Beschrijf één casus van een oudere patiënt met COPD. Gebruik voor het beschrijven van de casus het format. Noteer bij de casus je vragen en/of leerpunten. Neem beschrijving mee naar lesdag.
Onderwijsdoelstellingen
VS leert niet de hele diagnostiek en behandeling van astma en COPD tijdens deze ene lesdag. Doel is dat VS weet welk deel van de klacht benauwdheid te maken heeft met COPD en weet hoe deze klachten te behandelen. De deelnemer: • heeft inzicht in de anatomie, pathologie en epidemiologie van de longen • is bekend met de huisartsgeneeskundige basiskennis van astma/COPD bij volwassenen • herkent en kan betekenis geven aan afwijkende longgeluiden • kan benoemen waarin de morbiditeit bij longziekten bij ouderen verschilt van die van volwassenen • heeft inzicht in en kan de alarmsignalen benoemen van longembolie, longcarcinoom, pneumonie, chronisch hoesten/reflux • kan diagnose COPD stellen en klachten bij ouderen behandelen • heeft inzicht in het aandeel COPD bij de klacht benauwdheid, kan dit herkennen en behandelen • kan een slaapapneu herkennen en is op de hoogte van de relatie tot CVR
Programma (6,5 lesuren – exclusief pauze)
Welkom en toelichting onderwijsmodules
Keek op de week (inhoud wisselt iedere lesdag: actualiteiten, regelgeving, organisatie ouderenzorg, morele dilemma's)
Vorbereidingsopdracht
Inventarisatie 'wat wil je leren naar aanleiding van voorbereidingsopdracht en vragen uit de praktijk'
Kennisoverdracht
1. morbiditeit bij ouderen (alarmsignalen, grotere kans op maligniteiten keel, longen en oesophagus) 2. <i>vaardigheid</i>: longonderzoek 3. COPD aan de hand van casussen 4. aandachtspunten bij gebruik inhalatiemedicatie door ouderen 5. alarmsignalen herkennen van longembolie, longcarcinoom, pneumonie, chronisch hoesten/reflux 6. slaapapneu (alleen herkennen en betekenis weten in relatie tot CVR)
Inventarisatie 'zijn alle vragen beantwoord?'
Formuleren LES (Leerpunten, Eye-openers, Straks mee doen?)
Maken werkafspraken en toelichting voorbereidingsopdracht volgende lesdag
Evaluatie lesdag en afsluiting
Verbreding blikveld
• Kijk zo nodig een dagdeel mee met de POH astma/COPD en let op problemen in het gebruik van verschillende inhalatoren (suggestie)

Dag 3
POLYFARMACIE/DIAGNOSTIEK/LAB (met Diabetes Mellitus als comorbiditeit)
Vorbereidingsopdracht
- Lees de NHG-standaard (volledige tekst plus samenvattingkaart) DM om je kennis op te frissen - Lees de NHG praktijkwijzer ouderenzorg pagina 115 en verder en met name pagina 122 en verder. - Maak een uitdraai uit het HIS bij twee patiënten met meer dan tien medicijnen. Bespreek deze met de apotheker. Noteer vragen en/of bespreekpunten. Neem uitdraai en vragen mee naar de lesdag. - Beschrijf bij twee oudere patiënten uit de praktijk die een verminderde nierfunctie hebben de betekenis daarvan voor de medicatie (mag samen met huisarts). Gebruik hiervoor het format. Beschrijvingen meenemen naar de lesdag.
Onderwijsdoelstellingen
De deelnemer: (her)kent de gevaren van polyfarmacie en onderbehandeling en kan met een gestructureerde aanpak een analyse en bijstelling uitvoeren - heeft inzicht in de meest voorkomende afwijkende uitslagen van laboratoriumdiagnostiek bij ouderen en weet hoe dit te interpreteren - heeft kennis van de kernpunten van farmacotherapie met name veelvoorkomende interacties bij ouderen en invloed van nierfunctiestoornissen op medicatie voorschrijven - is in staat om, samen met de huisarts en apotheker, een polyfarmacie beoordeling te doen - heeft inzicht in de specifieke fysiologische veranderingen bij het ouder worden die gevolgen hebben voor de farmacotherapie - heeft inzicht in risico's op geneesmiddelengerelateerde klachten bij gebruik door ouderen van een aantal geneesmiddelen groepen (benoemen) - kan mogelijke geneesmiddelen gerelateerde klachten herkennen - heeft inzicht in de voorwaarden voor veilige farmacotherapeutische zorg aan ouderen in de huisartsenpraktijk, kan benoemen welke partijen hierbij betrokken moeten worden en kan hier aan een eigen bijdrage leveren - heeft inzicht in de laboratoriumdiagnostiek ten aanzien van stolling, lever- en nierfunctie - heeft inzicht in de betekenis van afwijkende laboratoriumwaarden van stollings-, lever- en nierfunctie
Programma (6,5 lesuren – exclusief pauze)
Welkom en toelichting onderwijsmodules
Keek op de week (inhoud wisselt iedere lesdag: actualiteiten, regelgeving, organisatie ouderenzorg, morele dilemma's)
Vorbereidingsopdracht
Inventarisatie 'wat wil je leren naar aanleiding van voorbereidingsopdracht en vragen uit de praktijk'
Kennisoverdracht
- meten is weten (kernpunten lab onderzoek en interpretatie met DM als comorbiditeit, betekenis nierfunctie. Uitslagen bekijken en ziekten erbij bedenken) - opfrissen kernpunten behandeling DM - farmacotherapie en interacties - polyfarmacie aan de hand van casussen (belangrijkste interacties) <i>vaardigheid</i>: pillendoosproef (ieder koppel krijgt 'zakje met doosjes plus casus'. Indicaties en contra-indicaties eruit halen, kijken naar datum en hoeveel er nog inzit. Paar rondes achter elkaar. Gebruik digitaal Kompas.
Inventarisatie 'zijn alle vragen beantwoord?'
Formuleren LES (Leerpunten, Eye-openers, Straks mee doen?)
Maken werkafspraken en toelichting voorbereidingsopdracht volgende lesdag
Evaluatie lesdag en afsluiting

Verbreiding blikveld
• Neem deel aan een MDO overleg in je eigen praktijk of elders (verplicht). • Kijk een dagdeel mee in de apotheek bij het klaarmaken van medicatie voor ouderen (verplicht) • Oefen thuis je eigen therapietrouw met de volgende opdracht. Iedere deelnemer krijgt drie verschillende soorten snoepjes mee die op verschillende momenten op een dag moeten worden ingenomen gedurende acht dagen. De deelnemer noteert zijn/haar ervaring (verplicht).

Dag 4
CVR – Acute vaatproblemen
In lesdag 4 tot en met 10 wordt (poly)farmacie, diagnostiek en lab verweven in de lesstof
Vorbereidingsopdracht
• Bestudeer de anatomie, pathologie en epidemiologie van de hart en vaten • Lees de NHG-standaarden (volledige tekst plus samenvattingkaart) CVRM, hypertensie, angina pectoris/hartinfarct • Beschrijf één casus van een oudere patiënt met hypertensie, één patiënt met angina pectoris, één patiënt die een hartinfarct heeft gehad. Gebruik hiervoor het format. Noteer bij de casus je vragen en/of leerpunten. Neem beschrijvingen mee naar lesdag.
Onderwijsdoelstellingen
VS leert niet de diagnostiek en behandeling van angina pectoris en een acuut hartinfarct maar dient met name de alarmsignalen te herkennen. De deelnemer: • heeft inzicht in de bewegingscyclus en doorstroming van het hart • is op de hoogte van alle risicofactoren bij hart- en vaatziekten en de adviezen daarbij • heeft inzicht in de oorzaken van hypertensie en kan een geprotocolleerde hypertensie behandeling inzetten • weet naar welke andere vaatrisico's gezocht moet worden (<i>hypercholesterolemie</i>, PAV en dergelijke) • kent de verschillende aangrijpingspunten van antihypertensiva • weet wat er gebeurt in het hart bij een angina pectoris en een acuut hartinfarct • is op de hoogte van de diagnostiek en het beleid bij een acuut hartinfarct en kent de betekenis van de verschillende bepaling (troponine, ECG) • is op de hoogte van de diagnostiek en het beleid van angina pectoris • is op de hoogte van de medicatiegroepen bij patiënten met angina pectoris en/of een doorgemaakt hartinfarct • weet wat 'antistollingsmedicatie' doet en kent de risico's en interacties • kent het niet-medicamenteuze beleid bij deze groep patiënten
Programma (6,5 lesuren – exclusief pauze)
Welkom en toelichting onderwijsmodules
Keek op de week (inhoud wisselt iedere lesdag: actualiteiten, regelgeving, organisatie ouderenzorg, morele dilemma's)
Vorbereidingsopdracht
Inventarisatie 'wat wil je leren naar aanleiding van voorbereidingsopdracht en vragen uit de praktijk'
Kennisoverdracht
1. basiskennis vaten 2. CVRM, hypertensie, angina pectoris, acuut hartinfarct aan de hand van casussen (alarmsignalen, diagnostiek, beleid) 3. <i>vaardigheid</i>: luisteren hartgeluiden 4. farmacotherapie bij vaatproblemen (behalve stolling)
Inventarisatie 'zijn alle vragen beantwoord?'
Formuleren LES (Leerpunten, Eye-openers, Straks mee doen?)
Maken werkafspraken en toelichting voorbereidingsopdracht volgende lesdag
Evaluatie lesdag en afsluiting
Verbreding blikveld
• Kijk zo nodig een dagdeel dagdeel mee met de POH CVRM (suggestie)

Dag 5
CVR – Chronische vaatproblemen
Vorbereidingsopdracht
- Lees de NHG-standaarden (volledige tekst plus samenvattingkaart) hartfalen, nierfalen, PAV, atrium fibrilleren - Kijk zo nodig mee met een dopplersonderzoek van de beenvaten in je eigen praktijk - Beschrijf één casus van een oudere patiënt met atriumfibrilleren, één patiënt met nierfalen, één patiënt met hartfalen. Gebruik hiervoor het format. Noteer bij de casus je vragen en/of leerpunten. Neem beschrijvingen mee naar lesdag.
Onderwijsdoelstellingen
VS leert niet diagnostiek en behandeling van hart- en nierfalen, PAV en atriumfibrilleren maar dient met name de alarmsignalen te herkennen. De deelnemer: - heeft inzicht in de prikkelgeleiding van het hart - weet wat er gebeurt bij atriumfibrilleren - is op de hoogte van de diagnostiek en het beleid bij atriumfibrilleren - weet wat de meest voorkomende klepafwijkingen zijn - kan de klinische verschijnselen van links- en rechts decompensatie verklaren - is op de hoogte van de diagnostiek en het beleid bij hartfalen en nierfalen - is op de hoogte van de invloed van een verminderde nierfunctie op het medicatie beleid - is op de hoogte van de diagnostiek en het beleid bij Perifeer Arterieel Vaatlijden - weet wat er gebeurt bij een vasovagale collaps én bij een collaps van cardiale origine
Programma (6,5 lesuren – exclusief pauze)
Welkom en toelichting onderwijsmodules
Keek op de week (inhoud wisselt iedere lesdag: actualiteiten, regelgeving, organisatie ouderenzorg, morele dilemma's)
Vorbereidingsopdracht
Inventarisatie 'wat wil je leren naar aanleiding van voorbereidingsopdracht en vragen uit de praktijk'
Kennisoverdracht
- hart- en nierfalen, PAV, atrium fibrilleren (DD, hoe herken je het) - wat gebeurt er in het lichaam bij hart- en nierfalen (onder andere DD bij oedeem) - onderzoek hart en longen in kader van hartfalen <i>vaardigheid</i>: luisteren aorta, palperen beenvaten, voelen pols, doen van doppler - betekenis urine onderzoek (lab diagnostiek) bij nierfuncties - farmacologische principes behandeling hartfalen, nierfalen en atrium fibrilleren - farmacotherapie: antistolling
Inventarisatie 'zijn alle vragen beantwoord?'
Formuleren LES (Leerpunten, Eye-openers, Straks mee doen?)
Maken werkafspraken en toelichting voorbereidingsopdracht volgende lesdag
Evaluatie lesdag en afsluiting
Verbreding blikveld

Dag 6 (één dagdeel)
CASUISTIEKBESPREKING AAN DE HAND VAN ONDERWERPEN UIT DAG 1 TOT EN MET 5
Vorbereidingsopdracht
Beschrijf drie verschillende casussen (inclusief medicatie) van oudere patiënten met één of meerdere aandoeningen/klachten zoals behandeld in de lesdagen 1 tot en met 5. Gebruik hiervoor het format. Noteer bij iedere casus je vragen en/of leerpunten. Neem de casussen mee naar lesdag.
Onderwijsdoelstellingen
De deelnemer:
- weet hoe zinvol casussen te bespreken met collega's - kan kennis opgedaan in de lesdagen 1 tot en met 5 integreren en toepassen in dagelijks handelen
Programma (3,5 lesuren – exclusief pauze)
Welkom en toelichting bijeenkomst
Keek op de week (inhoud wisselt iedere lesdag: actualiteiten, regelgeving, organisatie ouderenzorg, morele dilemma's)
Inventarisatie 'wat wil je leren'
Casuïstiekbepreking aan de hand van door deelnemers zelf ingebracht casussen
Inventarisatie 'zijn je vragen beantwoord?'
Formuleren LES (Leerpunten, Eye-openers, Straks mee doen?)
Maken werkafspraken en toelichting volgende bijeenkomst
Evaluatie middag en afsluiting

Dag 7
SIGNALEREN VAN VEELVOORKOMENDE NEUROLOGISCHE PROBLEMEN
Vorbereidingsopdracht
• Bestudeer de anatomie, pathologie en epidemiologie van hersenen, ruggenmerg, zenuwen en in het bijzonder in het hoofd • Lees de NHG-standaarden (volledige tekst plus samenvattingkaart) CVA/TIA en ziekte van Parkinson • Beschrijf één casus (inclusief medicatie) van een oudere patiënt die CVA of TIA heeft doorgemaakt en één patiënt met de ziekte van Parkinson. Neem beschrijvingen mee naar lesdag.
Onderwijsdoelstellingen
De deelnemer: • kan het neurologisch lichamelijk onderzoek uitvoeren en heeft inzicht in de aandachtspunten bij ouderen • kent de differentiaal diagnostiek bij (poly)neuropathie en weet wanneer verwijzen zinvol is • is op de hoogte van de diagnostiek en behandelmogelijkheden van TIA/CVA en SAB • kent de symptomen van de ziekte van Parkinson en weet wanneer behandeling en/of verwijzing zinvol is • heeft inzicht in preventie en behandelmogelijkheden bij vallen bij ouderen
Programma (6,5 lesuren – exclusief pauze)
Welkom en toelichting onderwijsmodules
Keek op de week (inhoud wisselt iedere lesdag: actualiteiten, regelgeving, organisatie ouderenzorg, morele dilemma's)
Vorbereidingsopdracht
Inventarisatie 'wat wil je leren naar aanleiding van voorbereidingsopdracht en vragen uit de praktijk'
Kennisoverdracht
1. CVA/TIA en SAB plus gevolgen op lange termijn (bijvoorbeeld blaasretentie, slikklachten) aan de hand van casussen 2. ziekte van Parkinson aan de hand van casussen 3. differentiaal diagnostiek en behandelmogelijkheden bij polyneuropathie 4. <i>vaardigheid</i>: neurologisch onderzoek (uitvoeren en weten wat afwijkingen betekenen) • beoordelen van het bewustzijn • beoordelen nekstijfheid • onderzoek van de hogere corticale functies • onderzoek van de sensibiliteit • onderzoek van de reflexen • onderzoek van de hersenzenuwen • onderzoek van de coördinatie 5. duizeligheid en vallen (differentiaal diagnostiek en lab, valanalyse) 6. vallen (inclusief valschema) 7. samenwerking revalidatie, fysiotherapie, ergotherapie
Inventarisatie 'zijn alle vragen beantwoord?'
Formuleren LES (Leerpunten, Eye-openers, Straks mee doen?)
Maken werkafspraken en toelichting voorbereidingsopdracht volgende lesdag
Evaluatie lesdag en afsluiting
Verbreding blikveld
• Bezoek de valpoli: werkwijze, hulpmiddelen (verplicht)

Dag 8
ZINTUIGEN EN MOBILITEIT
Vorbereidingsopdracht
• Bestudeer zo nodig de anatomie maar in ieder geval de pathologie en epidemiologie van presbycusis, staar, glaucoom, maculadegeneratie, visusstoornissen • Bestudeer de pathologie en epidemiologie van atrose en jicht • Beschrijf één casus van een oudere patiënt met staar, één patiënt met maculadegeneratie, één patiënt met coxartrose en één patiënt met gonartrose. Gebruik hiervoor het format. Noteer bij de casus je vragen en/of leerpunten. Neem beschrijvingen mee naar lesdag.
Onderwijsdoelstellingen
De deelnemer: • kan visus en gehooronderzoek uitvoeren • heeft inzicht in oorzaken en gevolgen van visusstoornissen • kan oorzaken van visusstoornissen signaleren en zo nodig verwijzen (amaurosis fugax, staar, glaucoom, maculadegeneratie) • heeft inzicht in oorzaken van gehoorsverlies (cerumen, plotse doofheid, presbycusis) en gevolgen van gehoorsverlies (problemen met gehoorsapparatuur) kan zo nodig verwijzen (KNO arts, audicien) en is op de hoogte van de regelgeving • kan cerumen op meerdere manieren verwijderen (haakjes, spuit) • kan gewrichtsonderzoek uitvoeren • kent de pathofysiologie en zo mogelijk de therapie bij inzakkingsfracturen • is op de hoogte van de hulpmiddelen bij bovengenoemde aandoeningen • heeft inzicht in welke omgevingsfactoren de problematiek van horen, zien en bewegen versterken of verminderen • weet wat een fysiotherapeut kan doen bij mobiliteitsproblemen • is op de hoogte van mogelijkheden in de wijk voor het meer bewegen voor ouderen
Programma (6,5 lesuren – exclusief pauze)
Welkom en toelichting onderwijsmodules
Keek op de week (inhoud wisselt iedere lesdag: actualiteiten, regelgeving, organisatie ouderenzorg, morele dilemma's)
Vorbereidingsopdracht
Inventarisatie 'wat wil je leren naar aanleiding van voorbereidingsopdracht en vragen uit de praktijk'
Kennisoverdracht
1. staar, glaucoom, maculadegeneratie, visusstoornissen aan de hand van casussen (diagnostiek en behandeling) 2. presbycusis, plotse doofheid en behandeling van cerumen aan de hand van casussen (diagnostiek en behandeling) 3. <i>vaardigheid</i>: gehoor en visusonderzoek, verwijderen cerumen 4. opfrissen artrose en mobiliteitsproblemen 5. <i>vaardigheid</i>: onderzoek gewrichten 6. invloed van omgevingsfactoren op mobiliteit 7. rol van en samenwerking met fysiotherapeut, ergo, opticien, KNO arts en audioloog (wat kunnen ze? wanneer verwijzen?)
Inventarisatie 'zijn alle vragen beantwoord?'
Formuleren LES (Leerpunten, Eye-openers, Straks mee doen?)
Maken werkafspraken en toelichting voorbereidingsopdracht volgende lesdag
Evaluatie lesdag en afsluiting

Verbreiding blikveld
• Kijk een dagdeel mee met een ergo- en fysiotherapeut die de mobiliteit van ouderen behandelen (verplicht) • Bezoek een audioloog en opticien (suggestie) • Bezoek een thuiszorgwinkel om je te oriënteren op het aanbod aan hulpmiddelen bij afgenomen mobiliteit (suggestie)

Dag 9
SIGNALEREN EN DIFFERENTIEREN VAN COGNITIEVE STOORNISSEN
Vorbereidingsopdracht
- Beschrijf één casus van een oudere patiënt met dementie, één patiënt met depressie, één patiënt die delier heeft doorgemaakt. Gebruik hiervoor het format. Noteer bij de casus je vragen en/of leerpunten. Neem beschrijvingen mee naar lesdag. - Lees de NHG-standaarden (volledige tekst plus samenvattingkaart) dementie en depressie - Lees over de oorzaken en gevolgen en behandeling van dementie en depressie bij ouderen
Onderwijsdoelstellingen
De deelnemer: - heeft inzicht in verschillen en overeenkomsten in presentatie tussen delier, depressie en dementie - heeft inzicht in oorzaken, symptomen, behandeling en begeleiding van het delier bij ouderen - weet wat de mogelijkheden zijn van verschillende hulpverleners (bijvoorbeeld SO, ZTB, klinisch geriater) - weet wanneer de SO te consulteren of in te zetten - kan MMSE en 4DKL voor ouderen afnemen en interpreteren - heeft inzicht in diagnostiek en behandelingsmogelijkheden van dementie - heeft inzicht in diagnostiek en behandeling van depressie bij ouderen - kan lichamelijke oorzaken bij depressie en dementieel beeld herkennen - kan bijwerkingen en interacties van benzodiazepines en antidepressiva signaleren - heeft inzicht in verschillende functies en taken binnen de ouderengeneeskunde bij dementie
Programma (6,5 lesuren – exclusief pauze)
Welkom en toelichting onderwijsmodules
Keek op de week (inhoud wisselt iedere lesdag: actualiteiten, regelgeving, organisatie ouderenzorg, morele dilemma's)
Vorbereidingsopdracht
Inventarisatie 'wat wil je leren naar aanleiding van voorbereidingsopdracht en vragen uit de praktijk'
Kennisoverdracht
- kernpunten oorzaken en behandeling van delier en acute verwardheid - behandeling van depressie bij ouderen (niet medicamenteus en medicamenteus) - farmacotherapie en interacties bij antidepressiva en benzo's - wat gebeurt er bij beginnende dementie in het brein en wanneer zet je medicamenteuze behandeling in - onderscheid klinisch geriater en SO <i>vaardigheid</i>: afnemen en interpreteren MMSE en 4DKL - uitsluiten lichamelijke oorzaken voor depressie en bij dementieel beeld (bijvoorbeeld gedragsverandering ten gevolge van CVA)
Inventarisatie 'zijn alle vragen beantwoord?'
Formuleren LES (Leerpunten, Eye-openers, Straks mee doen?)
Maken werkafspraken en toelichting voorbereidingsopdracht volgende lesdag
Evaluatie lesdag en afsluiting
Verbreding blikveld
- Bezoek de geheugenpoli: diagnostiek en werkwijze (verplicht) - Bezoek de klinische geriatrie: verwijs- en behandel mogelijkheden (suggestie)

Dag 10
OMGAAN MET PATIENTEN MET COGNITIEVE STOORNISSEN
Vorbereidingsopdracht
• Neem één casus van een dementerende patiënt mee naar deze lesdag. Gebruik hiervoor het format. Beschrijf wat in de begeleiding van de patiënt en mantelzorg goed loopt en wat meer aandacht nodig heeft. Noteer je leervragen. • Oefen een gesprek met een demente patiënt en noteer wat goed ging en wat je nog wilt verbeteren
Onderwijsdoelstellingen
De deelnemer: • heeft inzicht in de begeleiding bij het dementieel syndroom • is vertrouwd met het omgaan met mensen met cognitieve en emotionele stoornissen • kent de principes van de proactieve benadering en kan deze toepassen • kan een behandelplan maken van een dementerende patiënt op basis van de principes van de proactieve behandeling • weet hoe bij een hulpverlener van een patiënt om de juiste informatie te verkrijgen zodat de problematiek goed in beeld komt • weet hoe de hulpverlener van een patiënt te coachen om de patiënt zo goed mogelijk te behandelen/begeleiden • heeft inzicht in de regionale ketenpartners en ketenafspraken voor dementerende ouderen • heeft inzicht in de betekenis van dementie voor mantelzorgers
Programma (6,5 lesuren – exclusief pauze)
Welkom en toelichting onderwijsmodules
Keek op de week (inhoud wisselt iedere lesdag: actualiteiten, regelgeving, organisatie ouderenzorg, morele dilemma's)
Vorbereidingsopdracht
Inventarisatie 'wat wil je leren naar aanleiding van voorbereidingsopdracht en vragen uit de praktijk'
Kennisoverdracht
1. dementie als epidemie 2. proactieve benadering 3. <i>vaardigheid</i>: hoe kun je in bejegening omgaan met beginnende dementen op inspelen en de mantelzorg (rollenspellen) 4. verschillen dementerenden en niet-dementerenden voor wat betreft pijnbeleving, reactievermogen, emoties en het uiten daarvan 5. eisen aan een optimaal behandelplan 6. coachen van hulpverlener(s) van patiënt voor een optimale diagnostiek en begeleiding 7. taken van en samenwerking met SO, POH ouderenzorg, wijkverpleegkundige, GGZ 8. rol van ketenpartners en regionale organisaties en zelfhulpgroepen (bijvoorbeeld Alzheimercafé) 9. betekenis van dementie voor de mantelzorg
Inventarisatie 'zijn alle vragen beantwoord?'
Formuleren LES (Leerpunten, Eye-openers, Straks mee doen?)
Maken werkafspraken en toelichting voorbereidingsopdracht volgende lesdag
Evaluatie lesdag en afsluiting
Verbreding blikveld
• Kijk een dag(deel) mee op de psychogeriatrische dagbehandeling: werkwijze, doelgroep, volg een begeleidingssessie (verplicht) • Kijk een dag(deel) mee op de ambulante behandeling en ondersteuning vanuit de GGZ: werkwijze, verwijs- en behandelmogelijkheden (verplicht) • Bezoek het Alzheimercafé (suggestie)

Dag 11 VARIA <i>Tweede dagdeel wordt gedurende de scholing ingevuld afhankelijk van wensen van deelnemers</i>
Vorbereidingsopdracht
Lees de NHG-standaarden (volledige tekst plus samenvattingkaart) van obstipatie, acute diarree en diverticulitis
Onderwijsdoelstellingen
De deelnemer: - heeft inzicht in de oorzaken en symptomen van obstipatie en diarree - kan obstipatie en diarree bij ouderen behandelen - heeft inzicht in oorzaken en symptomen van diverticulitis - kan diverticulitis bij ouderen behandelen - heeft inzicht in (de gevolgen van) voeding en vochtinname problemen bij ouderen - weet wat een diëtist wel en niet kan doen bij vocht en voedingsproblemen
Programma (6,5 lesuren – exclusief pauze)
Welkom en toelichting onderwijsmodules
Keek op de week (inhoud wisselt iedere lesdag: actualiteiten, regelgeving, organisatie ouderenzorg, morele dilemma's)
Vorbereidingsopdracht
Inventarisatie 'wat wil je leren naar aanleiding van voorbereidingsopdracht en vragen uit de praktijk'
Kennisoverdracht
1. obstipatie, acute diarree en diverticulitis aan de hand van casussen (diagnostiek en beleid) 2. voedings- en vochtinnameproblemen (oorzaken, symptomen en behandeling) 3. rol van samenwerking met diëtist
Inventarisatie 'zijn alle vragen beantwoord?'
Formuleren LES (Leerpunten, Eye-openers, Straks mee doen?)
Maken werkafspraken en toelichting voorbereidingsopdracht volgende lesdag
Evaluatie lesdag en afsluiting
Verbreding blikveld
Bespreek een casus van een oudere met ondervoeding met een diëtist (verplicht)

Dag 12 (één dagdeel)
CASUISTIEKBESPREKING AAN DE HAND VAN ONDERWERPEN UIT DAG 7 TOT EN MET 11
Vorbereidingsopdracht
Beschrijf drie verschillende casussen van oudere patiënten met één of meerdere aandoeningen/klachten, zoals behandeld in de lesdagen 7 tot en met 11. Gebruik hiervoor het format. Noteer bij iedere casus je vragen en/of leerpunten. Neem de casussen mee naar lesdag.
Onderwijsdoelstellingen
De deelnemer:
- weet hoe zinvol casussen te bespreken met collega's - kan kennis opgedaan in de lesdagen 7 tot en met 11 integreren en toepassen in dagelijks handelen
Programma (3,5 lesuren – exclusief pauze)
Welkom en toelichting bijeenkomst
Keek op de week (inhoud wisselt iedere lesdag: actualiteiten, regelgeving, organisatie ouderenzorg, morele dilemma's)
Inventarisatie 'wat wil je leren'
Casuïstiekbepreking aan de hand van door deelnemers zelf ingebracht casussen
Inventarisatie 'zijn je vragen beantwoord?'
Formuleren LES (Leerpunten, Eye-openers, Straks mee doen?)
Maken werkafspraken en toelichting volgende bijeenkomst
Evaluatie middag en afsluiting