

Basiscompetenties ouderengeneeskunde voor basisartsen

Samenvattingskaart

MEDISCH DESKUNDIGE

- 1.1. Kan kennis van de volgende geriatrische onderwerpen in de klinische praktijk toepassen: kwetsbaarheid, multimorbiditeit, culturele aspecten van veroudering, ouderen mishandeling, verschil ouderdom en ziekte, medicalisering, complicaties van institutionalisering, operatierisico, leeftijdsgerelateerde veranderingen in farmacodynamiek en -kinetiek, polyfarmacie, revalidatie, gerontopsychiatrie, terminale zorg, atypische presentatie van ziekten, problemen binnen de somatische, psychische, functionele en sociale as, mobiliteitsproblematiek, decubitus, delier, dementie, neurologische en neurodegeneratieve aandoeningen, slaapproblematiek, obstipatie, incontinentie, visus- en gehoorproblematiek, osteoporose en duizeligheid. Kan de belangrijkste theorieën van veroudering en (patho)fysiologische veranderingen tijdens het verouderingsproces benoemen.
- 1.2. Houdt rekening met de waarde en beperkingen van lichamelijk en aanvullend onderzoek op hogere leeftijd. Voert onder supervisie een Comprehensive Geriatric Assessment uit met behulp van geschikte klinimetric instrumenten. Kan een individueel therapeutisch plan met een focus op kwaliteit van leven maken. Is in staat op basis van shared decision-making een behandelplan te maken.

COMMUNICATOR

- 2.2. Kan middels de (hetero)anamnese het patiëntprobleem volledig inventariseren met aandacht voor de medische voorgeschiedenis, het vroeger en huidige functioneel, cognitief, psychisch, sociaal en somatisch functioneren.
- 2.3. Presenteert informatie op een inzichtelijke en begrijpelijke manier voor oudere patiënten. Herkent de mogelijk verschillende belangen van patiënt en naasten en handelt adequaat.
- 2.4. Is in staat een kwetsbare patiënt te begeleiden en eigen regie te stimuleren. Waardeert het belang van mantelzorgers en kan (over)belasting bij hen herkennen. Kan op een effectieve en open manier met oudere patiënten en bij hen betrokkenen communiceren over medische problematiek, cognitieve achteruitgang, aspecten van welzijn, 'slecht nieuws', de omgang met rouw en verlies en vragen of wensen rond het levenseinde.
- 2.5. Houdt tijdens gesprekken met oudere patiënten rekening met communicatieve beperkingen.

SAMENWERKER

- 3.1. Is in staat een op maat gesneden zorgplan in samenwerking met multidisciplinaire teamleden op te stellen en regie te voeren tijdens een multidisciplinair overleg. Heeft aandacht voor overdracht van hoofdbehandelaar naar de volgende behandelaar. Stelt de juiste indicaties voor het inschakelen van ergotherapie, fysiotherapie, verpleegkundige, psycholoog, diëtiste, logopedie en maatschappelijk werk.

ORGANISATOR

- 4.1. Kan enkele toepassingen van ICT binnen ouderenzorg benoemen.
- 4.2. Realiseert zich dat de zorg voor oudere patiënten meer tijd kost en houdt daarmee rekening in de planning.
- 4.3. Heeft ervaring met verschillende lijnen van zorg: eerste- en tweedelijnszorg, thuiszorg, langdurige (institutionele) zorg, ambulante zorg en revalidatiezorg. Kan de rol van verschillende beroepsbeoefenaren beschrijven: (kader)huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriaters, internist-ouderengeneeskundigen, ouderenspsychiaters en sociaal geriaters.

GEZONDHEIDSBEVORDERAAR

- 5.1. Is in staat determinanten van gezond ouder worden vanuit een integratief biopsychosociaal perspectief te beschrijven.
- 5.2. Is in staat de belangrijkste begrippen van demografie en epidemiologie van veroudering te beschrijven, evenals de implicaties voor de gezondheidszorg en maatschappij.
- 5.3. Bespreekt risicofactoren voor verouderingsziekten en functiestoornissen en geeft adviezen over de preventie van ziekte en promotie van vitaliteit. Past kennis over een veranderend risicomanagement bij ouderen in de praktijk toe. Is in staat om het belang van proactieve zorg te beschrijven, waarbij het ondervangen van functionele achteruitgang voorop staat. Toont inzicht in de invloed van eenzaamheid op het welzijn van de oudere patiënt en het belang van maatschappelijke participatie.

ACADEMICUS

- 6.1. Kan het belang en de moeilijkheden van onderzoek bij ouderen beschrijven.
- 6.3. Kan onderzoeksresultaten bij oudere patiënten kritisch beoordelen en toepassen, houdt daarbij rekening met de belangrijkste beperkingen van evidence-based medicine.
- 6.4. Houdt rekening met de beperkte waarde van richtlijnen binnen de ouderenzorg. Herkent wanneer beargumenteerd van 'standaard'-aanbevelingen afgeweken kan/moet worden. Kan beschrijven waarom een holistische benadering, welzijn en kwaliteit van leven belangrijker zijn dan overleving, ziekte en gezondheid.

BEROEPSBEOEFENAAR

- 7.1. Is in staat verwachtingen van de oudere patiënt centraal te stellen bij het maken van een behandelplan.
- 7.2. Heeft een empathische houding ten aanzien van ouderen en herkent negatieve stereotypen rondom ouderen (ageism) en de invloed daarvan op de zorgverlening. Herkent ethische dilemma's binnen de ouderenzorg; wils(on)bekwaamheid, wilsverklaringen (advance care planning), euthanasie en palliatieve sedatie, wel/niet behandelbeslissingen, principes van autonomie, best interests en reanimatiebeslissingen. Kan de WGBO, Wet bopz, Wmo en Wlz gebruiken, en kent de impact ervan voor de professional en voor de oudere patiënt.
- 7.3. Bepaalt, reflecteert en bespreekt de eigen houding tegenover veroudering, invaliditeit en de dood.