

# Deskundigheidsgebied en Eindtermen

## Opleidingseisen van de opleiding tot geriatrieverpleegkundige

Datum                    1 september 2016  
Versie                    1.1

Auteur                    Opleidingscommissie Geriatrieverpleegkundige  
Beheerder document    Secretaris opleidingscommissie Geriatrieverpleegkundige  
Datum vastgesteld      1 juli 2016  
Vastgesteld door        K. Boonstra  
Aantal pagina's         12

## **Deskundigheidsgebied van de opleiding tot geriatrieverpleegkundige**

### Inleiding

In de Nederlandse gezondheidszorg werken vele verpleegkundigen in specifieke deelgebieden of met specifieke patiëntengroepen. Voor een aantal van deze deelgebieden is het noodzakelijk dat de verpleegkundige een op dit deelgebied gericht verpleegkundige vervolgopleiding (VVO) volgens de landelijke eisen van het CZO heeft gevolgd. Het CZO gebruikt voor deze groepen de aanduiding 'verpleegkundige – VVO'. Hiermee wordt een onderscheid aangebracht tussen verpleegkundigen die een verpleegkundige vervolgopleidingen hebben gevolgd en andere verpleegkundigen.

Het handelen van verpleegkundigen - VVO, die deze opleidingen hebben gevolgd, kent vele overeenkomsten en vanzelfsprekend ook verschillen.

De overeenkomsten én de verschillen worden beschreven aan de hand van:

- de context;
- de patiëntencategorie;
- de specifieke verpleegkundige zorg.

Allereerst komt het gezamenlijke deskundigheidsgebied aan de orde. Daarna wordt het specifieke en aanvullende deskundigheidsgebied beschreven.

### **Het deskundigheidsgebied van alle verpleegkundigen - VVO**

#### De context

De verpleegkundigen - VVO werken op verschillende afdelingen in verschillende zorgorganisaties. Zij zijn onderdeel van een multidisciplinair team, dat uit intra-, trans- en extramurale multidisciplinair werkende professionals bestaat. De intra- en extramuraal werkende multidisciplinaire teams bestaan naast de verpleegkundige - VVO uit o.a. medisch specialisten, paramedici, huisartsen en (gespecialiseerd) verpleegkundigen.

#### De patiëntenpopulatie

De patiëntenpopulatie bestaat voornamelijk uit volwassen en oudere patiënten. In enkele situaties behoren ook kinderen en pasgeborenen tot de doelgroep. Patiënten hebben een grote verscheidenheid aan zorgvragen en verpleegproblemen, op zowel somatisch, psychosociaal en levensbeschouwelijk vlak.

De patiëntengroepen op wie de verpleegkundige VVO zich richt zijn te verdelen in categorieën:

- Patiënten met een acute levensbedreigende aandoening
- Patiënten met een chronische zorgvraag, die langdurig in zorg zijn en bij wie vaak sprake is van comorbiditeit
- Kinderen en jongeren
- Ouders en pasgeborenen
- Patiënten met specifieke aandoeningen die veelal in of door een gespecialiseerd centrum worden behandeld.

#### De specifieke verpleegkundige zorg van verpleegkundige - VVO

Het bijzondere karakter van de functie van verpleegkundige - VVO ligt in de kennis, vaardigheden en attitude betreffende patiënten van één of meerdere patiëntencategorieën.

De verpleegkundige - VVO

- bezit gevorderde gespecialiseerde kennis en kritisch inzicht in theorieën en beginselen van het vakgebied en het bijbehorende kennisdomein.

- communiceert doelgericht op basis van in de context en zorgpraktijk geldende conventies met gelijken, specialisten en niet-specialisten, leidinggevend en patiënten en hun naasten.
- draagt verantwoordelijkheid voor resultaten van eigen werk en studie en het resultaat van het werk van anderen.
- draagt gedeelde verantwoordelijkheid voor het aansturen van processen en de professionele ontwikkeling van personen en groepen.
- onderkent en analyseert complexe problemen in de beroepspraktijk en in het kennisdomein en lost deze op tactische, strategische en creatieve wijze op door gegevens te identificeren en te gebruiken.
- reproduceert en analyseert de kennis en past deze toe, ook in andere contexten zodanig dat dit een professionele benadering in beroep en kennisdomein laat zien.

Bovenstaande wordt zichtbaar in de beroepsuitoefening die zich kenmerkt door:

- Beheersing van de betreffende ziektebeelden, onderzoeken, medische behandelmethoden, patiëntencategorieën of fasen van het ziekte- en/of zorgproces.
- Diepgaande kennis van de aard, oorzaken en gevolgen van de somatische en psychosociale problematiek en toepassing van deze kennis in de specifieke verpleegkundige zorg.
- Uitvoerige en diepgaande aandacht voor de voorlichting, coaching, motivering en begeleiding van de patiënten en diens naasten.
- Professioneel handelend optreden in patiëntsituaties die dat vergen.
- Werken op basis van richtlijnen en evidence based practice. Ook in situaties waarin geen protocollen, standaarden of behandelingsvoorschriften voorhanden zijn, is de verpleegkundige VVO in staat interventies te kiezen en achteraf verantwoording af te leggen voor de keuzes die zijn gemaakt.
- Op basis van professionaliteit gelijkwaardig functioneren in een multidisciplinair team.

## **Het specifieke deskundigheidsgebied van de geriatrieverpleegkundige**

### De context

De geriatrieverpleegkundige werkt op een geriatrische afdeling algemeen ziekenhuis (GAAZ)), een geriatrische afdeling psychiatrisch ziekenhuis (GAPZ) of een geriatrische afdeling universitair ziekenhuis (GAUZ). Dit zijn (semi) gesloten verpleegafdelingen waar de veiligheid van de patiënt kan worden gewaarborgd. De geriatrische patiënt en diens mantelzorger ontvangen daar gespecialiseerde zorg.

In de acute fase staat de diagnostiek en het opstarten van de behandeling centraal. De multiple en complexe problematiek van de geriatrische patiënt vraagt een integrale en een interdisciplinaire aanpak. Het interdisciplinaire team kan wisselen in samenstelling en bestaat uit o.a. een klinisch geriatr, internist ouderengeneeskunde, specialist ouderengeneeskunde, arts-assistent, verpleegkundige, ouderenpsychiater, neuroloog, neuropsycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist, sociotherapeut, maatschappelijk werkende en geestelijk verzorger. De geriatrieverpleegkundige regisseert de interdisciplinaire afstemming. De interdisciplinaire samenwerking is gericht op diagnostiek, behandeling en begeleiding, volgens het bio-psycho-sociale model, zodat de patiënt kan terugkeren op premorbide niveau van functioneren en zelfredzaamheid. Er is een voortdurende afweging tussen curatieve en palliatieve behandeling.

Doel van de behandeling, bij zowel chronische als acute aandoeningen en de sociale problematiek die de geriatrische patiënt vaak heeft, is het handhaven van de optimale kwaliteit van leven en niet alleen maar het verlengen van het leven.

Daarnaast is het van belang dat de eerste lijn en de mantelzorg in de situatie na de opname de zorg kunnen bieden. De geriatrieverpleegkundige instrueert en bereidt de mantelzorger voor op de fase na het ontslag. Ook wordt contact onderhouden met hulpverleners uit de eerste en tweede lijn. De geriatrieverpleegkundige maakt actief deel uit van de ketenzorg en zorgt voor de continuïteit en patiëntveiligheid bij opname en ontslag. De geriatrieverpleegkundige verleent consultatie, adviseert en geeft zo nodig instructie aan verpleegkundigen en overige beroepsbeoefenaren met betrekking tot de zorg voor de geriatrische patiënt.

### De patiëntencategorie

De geriatrische patiënt kenmerkt zich over het algemeen door zijn hoge leeftijd, multimorbiditeit, frailty of kwetsbaarheid. Dit betekent: verminderde reservecapaciteit, geriatrische syndromen, interdependentie en de interactie van ziekte en ouderdom, vele complicaties, vertraagde reconvalescentie, atypische presentatie van ziekten, soma-psycho-sociale verwevenheid en een gewijzigde farmacokinetiek en -dynamiek. Hierbij komen psychiatrische stoornissen veelvuldig voor. Ook de ontarding van de persoonlijkheid is kenmerkend voor de geriatrische patiënt. Door de combinatie van ziektebeelden is er een verstoorde sociale interactie van de geriatrische patiënt en zijn omgeving.

De verminderde reservefunctie van de verschillende orgaansystemen versmalt de veiligheidsmarge van de homeostase. Daardoor kan eerder decompensatie van een orgaansysteem ontstaan. Stoornissen kunnen elkaar in de hand werken, waardoor er een kettingreactie ontstaat. Dit wordt in de klinische geriatrie de 'cascade breakdown' genoemd. Bij een geriatrische patiënt neigt een ziekte daardoor tot snelle verergering c.q. decompensatie. De gezondheidsproblemen hebben invloed op sociaal, lichamelijk, psychisch en functioneel gebied. Door meerdere aandoeningen tegelijkertijd, worden de klachten vermengd waardoor de diagnostiek en behandeling gecompliceerd worden.

Samengevat zijn de kenmerken van de geriatrische patiënt: verwevenheid van medische-biologische, psychische en sociale factoren, multiple pathologie, polifarmacie, atypische presentatie van klachten, verminderde reservefunctie en individuele variatie.

### De specifieke verpleegkundige zorg

De geriatrieverpleegkundige onderscheidt zich door het creëren van vertrouwen en veiligheid bij patiënten die veelal cognitieve beperkingen hebben; past zich aan het tempo en de behoeften van de patiënt met multiple problematiek die zich op atypische manier kan presenteren aan. Door deze atypische presentatie moet de geriatrieverpleegkundige in staat zijn om de bepaalde symptomen te interpreteren en te toetsen aan de te verwachte bijbehorende pathologie. Geriatrische patiënten kampen met een toenemend functieverlies en dreigen als gevolg hiervan een belangrijk deel van hun autonomie kwijt te raken. De geriatrieverpleegkundige zal in de zorgverlening keuzes en afwegingen moeten maken tussen de autonomie van de patiënt en ingrijpen in de situatie, om veiligheid te garanderen en een verdere cascade breakdown te voorkomen.

De zorgvragen liggen o.a. op het gebied van cognitief disfunctioneren, gedragsproblemen, geheugenstoornissen, depressie en delier, eenzaamheid, decubitus, mobiliteitsproblemen en valincidenten, rouwproblematiek, draaglast van de mantelzorg, incontinentie, zintuiglijke beperkingen, communicatieproblemen, polifarmacie en chronische aandoeningen zoals onder andere hartfalen, diabetes en pijn.

Het beoordelen van de zorgvraag vraagt van de geriatrieverpleegkundige een combinatie van kennis en kunde op het terrein van somatische aandoeningen, psychiatrische stoornissen, psychische problematiek, functionele en sociale problematiek. Zorgvragen kunnen acuut en levensbedreigend zijn, maar ook chronisch. Belevingsgerichte zorg is het uitgangspunt in de benadering van chronisch geriatrische patiënten. Dit is een samenspel van de principes: *realiteitsoriëntatie*, validation, reminiscentie en zintuigactivering.

Er worden hoge eisen gesteld aan de communicatie met de geriatrische patiënt met cognitieve problemen, verstoorde psychische functies, wilsonbekwaamheid en de (over-) bezorgde mantelzorger. Interventies als het aanreiken van alternatieve coping strategieën, bij falen van oude coping strategieën die niet meer functioneren door cognitieve achteruitgang, is hier een voorbeeld van. In het contact met de patiënt wordt als het ware een nieuwe relatie opgebouwd: de hulpverleningsrelatie wordt immers in meer of mindere mate verstoord doordat de patiënt niet kan terugvallen op gemaakte afspraken/eerdere contacten.

De verpleegkundige zorg voor de geriatrische patiënt is een voortdurende verwevenheid van verschillende protocollen en standaarden, waarbij de geriatrieverpleegkundige gebruikt maakt van specifieke geriatrische screenings en score lijsten om de keuzes te maken voor specifieke zorg in verschillende situaties. Met name de functionele en cognitieve achteruitgang van de geriatrische patiënt vraagt een individuele afstemming voor het gebruik maken van protocollen.

De geriatrieverpleegkundige begeleidt de patiënt en diens mantelzorgers bij het maken van keuzes rondom ziek zijn, behandeling en levenseinde. De geriatrieverpleegkundige kan een positie innemen ten opzichte van de familie op het moment dat de patiënt zichzelf niet kan vertegenwoordigen. Gedragsverandering wordt bespreekbaar gemaakt, voorlichting en instructie wordt gegeven en door voorbeeldgedrag wordt getoond aan familie en mantelzorgers hoe hiermee om te gaan.

Ook begeleidt de geriatrieverpleegkundige de patiënt en zijn omgeving met betrekking tot veranderingen in rollen en relaties als gevolg van beperkingen en gedragsveranderingen en begeleidt bij wilsonbekwaamheid van de patiënt.

De geriatrieverpleegkundige kan morele dilemma's bespreekbaar maken in het interdisciplinaire team voortvloeiend uit de complexe zorg rondom de geriatrische patiënt; een moreel beraad initiëren en hierin een actieve rol vervullen.

De geriatrieverpleegkundige is zich bewust van de spiritualiteit van de patiënt en kan signalen hieromtrent vertalen naar concreet handelen.

# Eindtermen van de opleiding tot geriatrieverpleegkundige

## 1. Vakinhoudelijk handelen

### *Verzamelen en interpreteren van gegevens*

- 1.1. De geriatrieverpleegkundige verzamelt voortdurend op systematische wijze gegevens om zich een totaalbeeld te vormen van de (uitgangs-)situatie van de patiënt. De geriatrieverpleegkundige maakt daarbij gebruik van de verpleegkundige anamnese, hetero- anamnese, medische voorgeschiedenis, klinimetrische instrumenten en observatie van de geriatrische patiënt.

De geriatrieverpleegkundige hanteert de systematiek van het klinisch redeneren.

De geriatrieverpleegkundige formuleert verpleegkundige diagnoses en stelt een verpleegplan op, gebruikmakend van protocollen, standaarden en richtlijnen.

Specifieke aandachtspunten bij het verzamelen van gegevens zijn:

- speciale anamneses:
  - geriatrische syndromen: vallen, incontinentie, ondervoeding, stemming, cognitie;
- comorbiditeit;
- heteroanamnese:
- probleemverheldering met aandacht voor therapietrouw;
  - o een inventarisatiecognitieve functies, het gedrag en psychiatrische symptomatologie;
  - o een indruk van het algemeen dagelijks functioneren;
  - o de sociale situatie en het systeem;
  - o de zorgconsumptie.
- Functionele anamnese en de mate van de beperking:
  - o gehoor, spraak, taal en visus;
  - o ADL- en IADL- functie;
  - o factoren en symptomen van ondervoeding;
  - o mobiliteit: valincidenten;
  - o continentie.
- Sociale anamnese:
  - o sociale en biografische gegevens;
  - o de aanwezige mantelzorg en professionele zorg;
  - o de belasting van de mantelzorger;
  - o de toe- en doorgankelijkheid van de woning
  - o aanpassingen in de woning;
  - o ervaren veiligheid.
- Medicatie; voorschrift, gebruik en beheer.
- Lichamelijk, neurologisch en psychiatrisch onderzoek:
  - o algemeen lichamelijk en neurologisch onderzoek;
  - o psychiatrisch onderzoek:
    - *algemene indruk*: uiterlijke kenmerken, contact en houding, klachtenpresentatie, ziekte besef, ziekte inzicht;
    - *cognitieve functies*: bewustzijn, aandacht, concentratie, oriëntatie in tijd/plaats en persoon, intellectuele functies, geheugen, waarneming, denken (vorm/inhoud);
    - *affectieve functies*: stemming, affect;
    - *conatieve functies*: psychomotoriek, driften, wilsleven, gedrag, persoonlijkheidskenmerken, wilsbekwaamheid (oordeel- en kritiekstoornissen), niveau van psychosociaal functioneren.
  - o Betrouwbaarheid van het onderzoek.
  - o Functioneel onderzoek.
- Aanvullend onderzoek met meetinstrumenten:

- cognitieve functie; Delirium Observatie Schaal (DOS), Minimal Mental State Examination (MMSE);
- Stemming; Geriatric Depression Scale (GDS);
- ADL- en IADL-functie; de KATZ ADL-schaal, Barthel-index;
- Voeding; Malnutrition universal screening tool (MUST), SNAQ;
- belasting van de mantelzorger; Ervaren Druk Door Informele Zorg (EDIZ);
- Zarit, CSI;
- bladderscan.
- Laboratoriumonderzoek bij CGA.
- ECG.

Specifieke aandachtspunten bij het verzamelen en interpreteren van gegevens zijn:

- de betrouwbaarheid van de gegevens;
- de keuze in introductie van meetinstrumenten;
- comorbiditeit.

### *Plannen van zorg*

- 1.2. De geriatrieverpleegkundige formuleert, op basis van verpleegkundige, medische en paramedische diagnostiek, de beoogde resultaten van zorgverlening en beargumenteert de keuze en prioriteitsstelling voor interventies. De geriatrieverpleegkundige richt zich hierbij op:
- het aansluiten bij de behoefte, bij de wensen en prioriteiten van de patiënt; de lichamelijke, psychische, sociale, emotionele en spirituele behoeften van de patiënt; waarden, normen en overtuigingen van de patiënt betreffende het hebben van de geriatrische aandoening en de impact die deze diagnose heeft op de patiënt en zijn omgeving;
  - de prognose van de aandoening en de gezondheidsproblemen;
  - de medische behandeling;
  - de interdisciplinaire afstemming van de verschillende behandelactiviteiten;
  - het reguleren van vitale functies;
  - fysieke en psychische belastbaarheid, motivatie, cure-carebalans;
  - het herleren of behouden van activiteiten en participatie;
  - het voorkomen van complicaties;
  - de kwaliteit van leven;
  - het sociale netwerk;
  - de ketenzorg;
  - de te verlenen verpleegkundige en paramedische zorgactiviteiten.

### *Uitvoeren van zorg en bewaking*

- 1.3. De geriatrieverpleegkundige verleent op verantwoorde en doeltreffende wijze zorg aan de geriatrische patiënt en zijn naasten op basis van wederzijdse instemming.
- 1.4. De geriatrieverpleegkundige is gericht op het voorkomen van vermijdbare schade bij de geriatrische patiënt en zijn omgeving met specifieke aandacht voor: herkennen en voorkomen van delier (verwardheid), valpreventie, beperkende maatregelen, voorkomen van functiebeperking en voorkomen en verhelpen van ondervoeding.
- 1.5. De geriatrieverpleegkundige erkent het belang dat de patiënt hecht aan autonomie, zelfzorg of zelfredzaamheid; principes, toepassingen en bijwerkingen van ingrepen of therapieën; het mogelijke chronische karakter van het ziek zijn en de gevolgen daarvan voor de patiënt en zijn naasten op de levenskwaliteit.
- 1.6. De uitvoering van de zorg door de geriatrieverpleegkundige is gericht op de totale zorg voor de patiënt met:

- somatische aandoening(en) met specifieke aandacht voor: lichamelijke verwaarlozing, intake vocht en voeding, therapietrouw, hartfalen, decubitus, pijn, andere chronische aandoeningen, de bewaking en regulering van vitale functies in de acute zorg behoudens het domein van de intensive care, obstipatie, dag- nachtritme, kauw en slikproblemen, palliatieve- en terminale zorg, complementaire zorg.
  - psychische problematiek met specifieke aandacht voor: delier, cognitieve beperkingen en de eventuele gevolgen voor de rijvaardigheid, dementie, benaderingswijzen, depressie en angst, delier, wilsonbekwaamheid, gedragsproblemen, agressie, vrijheidsbeperking en fixatie, emotionele en copingproblemen, rouw, spiritualiteit, levensfaseproblematiek, de bewaking van psychotische syndromen.
  - sociale problematiek met specifieke aandacht voor: sociaal isolement, familie- en mantelzorg, ouderenmishandeling, verstoorde interactie, ontslag en verwijzing.
  - functionele problematiek met specifieke aandacht voor: ADL/IADL, incontinentie, mobiliteit, zintuigen en communicatie en eventueel de daar bij horende hulpmiddelen.
- 1.7. De geriatrieverpleegkundige organiseert en coördineert de verpleegkundige zorg rond de patiënt en initieert hierbij op het juiste moment verschillende overlegsituaties. De geriatrieverpleegkundige coördineert en participeert in deze overlegsituaties.
- 1.8. De geriatrieverpleegkundige signaleert gezondheidsbedreigende symptomen (in de transmurale ketenzorg) op fysiek, psychisch en sociaal terrein en neemt maatregelen om deze te voorkomen of te beperken;
- 1.9. De geriatrieverpleegkundige voert werkzaamheden uit aan de hand van evidence based - of best practice protocollen, standaarden en richtlijnen. Het gebruik maken van protocollen en richtlijnen vraagt een individuele afstemming rekening houdend met voortdurend wisselende functionele mogelijkheden van de patiënt.

### *Evaluatie en rapporteren*

- 1.10. De geriatrieverpleegkundige stelt de verpleegkundige zorg bij aan de hand van de resultaten verkregen door systematische evaluatie van de gegevens en zorgresultaten van de patiënt en zijn omgeving.
- 1.11. De geriatrieverpleegkundige legt verantwoording af over haar werkzaamheden, de keuze van interventies die afwijken van protocollen, standaarden en richtlijnen en over interventies in situaties waarin deze protocollen, standaarden en richtlijnen ontbreken.

## 2. Communicatie

- 2.1. De geriatrieverpleegkundige communiceert met de patiënt en diens naasten op basis van wederzijdse instemming:
- zodanig dat het creëren van vertrouwen en een gevoel van veiligheid bij patiënten, die veelal cognitieve beperkingen hebben, op de voorgrond staat;
  - aangepast aan het tempo en behoeften van de patiënt met meervoudige problematiek, die zich op een atypische manier kan presenteren;
  - aangepast aan de veranderde sensomotorische, cognitieve en emotionele vermogens van de patiënt, zoals bij dysartrie, afasie, aandachtsstoornissen en disexecutieve functies, geheugenproblematiek en beperkingen in non-verbale communicatie;
  - met begrip voor reacties op rouw, verlieservaring, stress en machteloosheid;



- met kennis en inzicht over het verwachte verloop van de geriatrische stoornissen;
  - met aandacht voor de normen en waarden van de patiënt en zichzelf; zij herkent en hanteert daarbij de eigen gevoelens en gedrag in de zorgrelatie, in het bijzonder met betrekking tot:
    - o nabijheid, toegankelijkheid en empathie;
    - o overdracht en tegenoverdracht;
    - o het verschil tussen inhouds- en betrekkningsniveau van de communicatie;
    - o op ziekte of stoornis berustende typische wijze van interacteren;
    - o met respect voor de eigenheid en privacy van de patiënt en zijn naasten.
- 2.2. De geriatrieverpleegkundige geeft psychosociale zorg en begeleiding aan de patiënt en/of naasten. Specifieke aandachtspunten zijn:
- psycho-educatie;
  - begeleiding tijdens alle fases van het ziekteproces;
  - ondersteunen en bevorderen van transitieprocessen;
  - crisisinterventie.
- 2.3. De geriatrieverpleegkundige communiceert met betrekking tot de patiënt en zijn naasten in het bijzonder in de volgende situaties:
- het afnemen van een anamnese of hetero-anamnese;
  - rapportage in het patiëntdossier;
  - in verpleegkundige patiëntbesprekingen;
  - in een moreel beraad;
  - in het interdisciplinaire overleg;
  - bij artsensite;
  - tijdens het klinisch redeneren;
  - bij individuele en groepsgewijze voorlichting, instructie en educatie;
  - in uitslag-, familie- en ontslaggesprekken;
  - bij wilsonbekwaamheid van de patiënt;
  - bij veranderingen in rollen en relaties als gevolg van beperkingen en gedragsveranderingen van de patiënt;
  - waar bij familie stress, angst en agressie tot uiting komt als gevolg van verlieservaringen;
  - in het geval van klachten, fouten en (bijna)ongelukken.
- 2.4. De geriatrieverpleegkundige bespreekt de feitelijke en de te verwachten gevolgen van onderzoek en behandeling met de patiënt en diens naasten, zodanig dat de patiënt en diens naasten een weloverwogen besluit kan nemen ten aanzien van de behandeling en zorgverlening;
- 2.5. De geriatrieverpleegkundige geeft individueel en groepsgewijs voorlichting aan de patiënt, diens partner en/of naasten teneinde de patiënt zoveel mogelijk de gelegenheid te bieden de zorg voor zichzelf uit te voeren.

### 3. Samenwerking

- 3.1. De geriatrieverpleegkundige is lid van het interdisciplinaire behandelteam en vervult daarin de functie van zorgregisseur. Het interdisciplinaire team werkt aan een gezamenlijke doelstelling in termen van de patiënt met zijn geriatrische problemen.
- 3.2. De geriatrieverpleegkundige rapporteert en draagt de gegevens over de verleende zorg over aan andere betrokkenen in het behandelteam.
- 3.3. De geriatrieverpleegkundige:
  - neemt de overdracht van de patiënt op een systematische wijze in ontvangst en verwerkt de gegevens uit de overdracht op een adequate wijze;
  - organiseert de verpleegkundige zorg op de afdeling als een onderdeel van de transmurale keten van zorgverlening die de patiënt doorloopt;
  - draagt de zorg en de behandeling van de patiënt op een systematische wijze over aan anderen binnen deze transmurale keten van zorgverlening.
- 3.4. De geriatrieverpleegkundige levert een bijdrage aan de besluitvorming met betrekking tot de behandeling en de zorg voor de patiënt door actief te participeren in overlegsituaties op patiënt- en afdelingsniveau.
- 3.5. De geriatrieverpleegkundige verleent effectief consult, geeft advies en/of instructie aan verpleegkundigen, overige beroepsbeoefenaren en de naasten van de patiënt met betrekking tot de zorg aan geriatrische patiënten.

### 4. Kennis en wetenschap

- 4.1. De geriatrieverpleegkundige past *evidence based practice/best practice* toe in de dagelijkse beroepspraktijk. De geriatrieverpleegkundige:
  - formuleert op basis van ervaringen en reflectie in de dagelijkse beroepspraktijk concrete probleem- of vraagstellingen om de beroepspraktijk te verbeteren;
  - zoekt vanuit deze concrete probleem- of vraagstelling relevante *evidence based practice/best practice* in vakliteratuur;
  - handelt in de dagelijkse beroepspraktijk volgens deze *evidence based practice /best practice*.
- 4.2. De geriatrieverpleegkundige draagt kennis en kunde over aan zorgprofessionals in opleiding.

### 5. Maatschappelijk handelen

- 5.1. De geriatrieverpleegkundige treedt adequaat op bij incidenten in de zorg en bij incidenten die de veiligheid van patiënten, diens naasten en/of medewerkers betreffen.
- 5.2. De geriatrieverpleegkundige draagt de importantie van het vakgebied uit, onder andere door middel van klinische lessen, presentaties en publicaties.
- 5.3. De geriatrieverpleegkundige is zich bewust van de actuele maatschappelijke ontwikkelingen en past hier het eigen handelen op aan.
- 5.4. De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) is in het bijzonder van toepassing naast de WGBO en andere relevante wetgeving.

5.5. De geriatrieverpleegkundige vertegenwoordigt op een proactieve wijze de belangen van geriatrische patiënten binnen de afdeling, de instelling en de transmurale keten van zorgverleners. De geriatrieverpleegkundige vervult hierin een regiefunctie.

## 6. Organisatielidmaatschap

6.1. De geriatrieverpleegkundige staat garant voor uitvoering van het beroep op basis van de actuele kennis en kunde.

6.2. De geriatrieverpleegkundige werkt effectief en doelmatig binnen de afdeling, de instelling en binnen de gehele keten van zorgverleners.

6.3. De geriatrieverpleegkundige committeert zich aan de rechten en plichten als werknemer en professional in de arbeidssituatie.

6.4. De geriatrieverpleegkundige draagt als organisatielid bij aan de continuïteit en effectiviteit van de instelling.

## **Specifieke bepalingen van de opleiding tot geriatrieverpleegkundige**

### Instroomeisen

De instroomeisen zijn:

- de student staat in het BIG-register geregistreerd als verpleegkundige, en
- de student heeft gedurende de opleiding een dienstverband met een erkende zorgorganisatie.

### Omvang van de opleiding in klokuren

Minimum aantal praktijkuren: 1200

Minimum aantal theorie-uren: 150

### Minimumaanstelling per week in klokuren

24 uur per week.

Ook bij een parttime dienstverband dient gegarandeerd te zijn dat er 1200 uur in de praktijk wordt gewerkt.

### Eisen praktijkleersituatie

1. De zorgorganisatie garandeert dat iedere geriatrieverpleegkundige in opleiding tijdens de opleiding tenminste de volgende behandelingen/verpleegkundige zorg uitvoert bij de volgende patiëntencategorieën:
  - a. Tenminste 10 unieke geriatrische patiënten met multiple orgaanstoornissen.
  - b. tenminste 10 unieke geriatrische patiënten met functionele beperkingen.
  - c. tenminste 10 unieke geriatrische patiënten met een dementiesyndroom.
  - d. tenminste 10 unieke geriatrische patiënten met een delier.
  - e. tenminste 10 unieke geriatrische patiënten met stemmingsstoornissen.
  - f. tenminste 10 geriatrische patiënten met andere psychische stoornissen.
2. De zorgorganisatie garandeert dat de geriatrieverpleegkundige in opleiding ervaring opdoet in de integrale geriatrische zorg, o.a. door:
  - a. De samenstelling en de deskundigheid van het multidisciplinaire behandelteam bestaat minimaal uit:
    - Een klinisch geriater/ internist ouderengeneeskunde;
    - een geriatrieverpleegkundige;
    - twee vertegenwoordigers uit andere disciplines (bijvoorbeeld paramedici).
  - b. De instelling biedt als leeromgeving voldoende variatie in context om alle aspecten van de geriatrische (keten- en mantel)zorg te kunnen leren. Als de organisatie dit zelf niet om volle omvang kan garanderen, worden stages georganiseerd bij bijv. polikliniek of in een verpleeghuis<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Dit is geen verplicht onderdeel van de opleiding.