



## **Opbrengsten van het project '*Interprofessionele zorg voor patienten met cognitieve stoornissen: een netwerkstage*'**

**Opleiden 2025  
Experiment: Interprofessioneel samenwerken en opleiden  
Augustus 2021 – Juni 2022**

R.E.F. Bleijendaal, A. Moll-Jongerius, P.J.A. Wallaart-Broersen

## Inhoudsopgave

Inleiding .....	3
1 Transmurale zorgpad .....	4
1.1 Knelpunten huidige zorgsituatie: .....	4
1.2 Gewenste situatie zorgsituatie.....	4
2 Analyse leerwerksituatie .....	5
2.1 SEH HagaZiekenhuis .....	5
2.2 Interdisciplinaire Centrum Ouderengeneeskunde HMC.....	9
3 Blauwdruk inrichting interprofessionele leerwerksituatie .....	13
4 Blauwdruk stageopdracht (experiment) .....	16
5 Bevindingen stageopdracht (experiment).....	17
Bijlagen .....	21
Bijlage 1. Stageopdracht SEH HagaZiekenhuis .....	21
Bijlage 2. Interviewleidraad SEH HMC .....	23

## Inleiding

### **Interprofessionele zorg voor patiënten met cognitieve stoornissen: een netwerkstage**

In het experiment draait het om het optimaliseren of beter benutten van twee bestaande leerwerksituaties:

- De interprofessionele leerwerksituatie in het Interdisciplinair centrum ouderengeneeskunde HMC in samenwerking met het LUMC.
- De SEH HagaZiekenhuis met een dienstdoende specialist ouderengeneeskunde van Florence.

Dit project heeft 5 onderwijskundige producten opgebracht

1. Beschrijving van het transmurale zorgpad van de patiënt met cognitieve stoornissen, die kort of langdurige medisch specialistische ziekenhuiszorg nodig heeft.
2. Een analyse van de leerwerksituatie in Haga-SEH met inventarisatie van belemmerende en bevorderende factoren voor 3 interprofessionele leeractiviteiten
3. Een blauwdruk voor de inrichting van een interprofessionele leerwerksituatie – netwerkstage- (waarmee betrokkenen in andere contexten/regio's zo'n leerwerksituatie kunnen opzetten (inclusief leerdoelen voor aios en behandelteam).
4. Blauwdruk voor stageopdracht casusbespreking.
5. Bevindingen (tips & tricks) n.a.v. een experiment met de 2 blauwdrukken in HMC.

# 1 Transmurale zorgpad

Dit experiment gaat over transmurale integrale zorg voor oudere patiënten met cognitieve stoornissen of dementie. Deze patiënten worden voor korte of langdurige zorg vanuit de eerste lijn naar de tweede lijn verwezen en vice versa. Een cognitieve stoornis gaat vaak samen met diverse andere ziektebeelden.

## 1.1 Knelpunten huidige zorgsituatie:

- Bij insturen en verwijzen is de regievoering over de ingestuurde oudere patiënten met cognitieve stoornissen niet altijd optimaal en duidelijk;
- Het totaaloverzicht van het behandelplan ontbreekt vaak;
- Eerstelijns en tweedelijns behandelaars hebben nauwelijks contact met elkaar;
- Tweedelijns behandelaars zijn niet altijd even vertrouwd met de psychogeriatrische patiënt en kennis van cognitieve stoornissen ontbreekt;
- Er is niet altijd voldoende kennis over en begrip voor elkaars werkcontext.

## 1.2 Gewenste situatie zorgsituatie

Als het gaat om de zorgverlening voor deze doelgroep in de situatie van over en weer insturen is de gewenste situatie dat de zorg voor patiënten met cognitieve stoornissen tussen de eerste en tweede lijn gestroomlijnd is. Hiermee wordt bedoeld dat er sprake is van netwerkzorg waarbij er interprofessioneel wordt samengewerkt tussen de eerste en tweede lijn rondom de oudere patiënt. Er wordt zorg geleverd gericht op kwaliteit van leven van de oudere patiënt met cognitieve stoornissen met een duidelijk behandelplan en regievoering.

## 2 Analyse leerwerksituatie

Nu volgt de analyse van de interprofessionele leerwerksituaties op de SEH van het HagaZiekenhuis en bij het Interdisciplinaire Centrum Ouderengeneeskunde HMC. Specifiek wordt gekeken naar momenten waar er sprake is van interprofessioneel leren. Naar interprofessionele leermomenten waarop de aios

- de eigen rol/expertise en grenzen expliciteert en in samenwerking met andere zorgprofessionals daarnaar handelt;
- andermans rol/expertise en grenzen identificeert en deze benut;
- samen met andere zorgprofessionals het behandelplan afstemt en uitvoert van de oudere patiënt (verantwoordelijkheden afstemt, zorg coördineert, zorg efficiënt afstemt, zorg realiseert en besluiten neemt);
- relevante kennis/expertise/ervaringen deelt tijdens overdracht met andere (zorg)professionals (zodat het niet uit het behandelplan verdwijnt).
- aangeeft wat de winst van de transmurale samenwerking is voor de oudere patiënt.

### 2.1 SEH HagaZiekenhuis

#### **Aanleiding zorgverbetering**

Ouderen komen na een bezoek aan de Spoedeisende Hulp (SEH) vaak terecht in een ziekenhuisbed omdat er nog geen vervolgzorg is geregeld. Het HagaZiekenhuis en zorggroep Florence werken daarom samen om kwetsbare ouderen sneller de zorg te bieden die ze nodig hebben. Als een oudere patiënt op vrijdag in het ziekenhuis wordt opgenomen met de verkeerde indicatie, vaak alleen een zorgprobleem, kan pas op maandag vervolgzorg weer opgepakt worden. Op de vrijdag is daarom de meeste winst te behalen als direct de juiste zorg ingezet kan worden.

Sinds 2019 is er op de Spoedeisende Hulp (SEH) van het HagaZiekenhuis elke vrijdagmiddag en -avond een specialist ouderengeneeskunde van zorggroep Florence aanwezig. Die brengt samen met de medisch specialist en de transferverpleegkundige in kaart welke zorg echt nodig is. Bijvoorbeeld thuiszorg, opname in een zorginstelling of verpleeghulpmiddelen. Door de samenwerking zijn in 2019 al 120 ziekenhuisopnames voorkomen. Driekwart van de patiënten zijn meteen overgeplaatst. Het resterende kwart heeft een aantal nachten in het ziekenhuis doorgebracht vanwege plaatsgebrek bij de vervolginstelling.

De interprofessionele samenwerking tussen het HagaZiekenhuis en zorggroep Florence heeft een aantal voordelen. Kwetsbare ouderen krijgen zinnige zorg op de juiste plek en voelen zich gehoord. Tegelijk neemt het aantal ligdagen in het ziekenhuis aanzienlijk af.

#### **Contextbeschrijving**

De zorgsituatie biedt mogelijkheden om interprofessioneel samen te werken en te leren. Aios op de SEH van het HagaZiekenhuis leren van een specialist ouderengeneeskunde die werkt vanuit een zorginstelling. De specialist ouderengeneeskunde is vrijdagmiddag en -avond aanwezig op de SEH en loopt daar proactief rond en heeft een Wifi toestel. Hierdoor is contact met elkaar mogelijk en leert men elkaar op een laagdrempelig manier kennen. De specialist ouderengeneeskunde kijkt mee in HiX naar de APOP score en naar kwetsbaarheid van de oudere patiënt op de SEH en stelt voor om mee te kijken. Andersom kan de aios medisch specialist het initiatief nemen om de specialist ouderengeneeskunde in consult te roepen bij de oudere patiënt op de SEH. Een ander moment om elkaar rondom de oudere patiënt te ontmoeten is de overdracht van de vakgroep van de medisch specialist waar de specialist ouderengeneeskunde bij aansluit.

#### **Betrokken zorgprofessionals**

A(n)ios SEH, chirurgie, interne geneeskunde, cardiologie, longziekten, neurologie en haios werken samen met een specialist ouderengeneeskunde en een transferverpleegkundige.

Vanuit Florence zijn er 6 eerstelijns werkende specialisten ouderengeneeskunde en 1 aios specialisten ouderengeneeskunde in de eerstelijnsstage. De constante factor hier zijn een internist ouderengeneeskunde en een SEH arts.

#### **Werkwijze van de leerwerksituatie**

Het hoofddoel van dit leerexperiment is om door grenzen heen te leren werken en in de praktijk interprofessioneel samen te werken en van elkaar te leren zodat de netwerkstage meer vorm krijgt. Drie leeractiviteiten hebben we in deze leerwerksituatie onderscheiden. Van elk is de werkwijze beschreven evenals bevorderende en belemmerende factoren.

## **Leeractiviteit 1. Contactmomenten tussen eerste en tweede lijn, elkaar leren kennen**

### Werkwijze:

- Internist ouderengeneeskunde en SEH arts zijn de constante factoren in deze pilot en informeren hun collega's op de SEH, die komen en gaan, over de wekelijkse aanwezigheid van een specialist ouderengeneeskunde.
- Specialist ouderengeneeskunde zoekt proactief contact door aan het begin van de dienst op de werkvloer bij aios tweede lijn langs te lopen, op hen af te stappen, hen te bellen en voorstellen te doen om mee te kijken met de oudere patiënt.

### Bevorderende factoren interprofessionele samenwerking

Het valt of staat met hoe de specialist ouderengeneeskunde er als persoon invulling aan geeft en de eigen rol, expertise en grenzen weet te expliciteren en ernaar handelt

- Bevlogenheid
- Proactief contact leggen met de aios
- Letterlijk zichtbaar zijn op de werkvloer door rond te lopen
- De aios op de SEH durven aan te spreken en interactie met hen te hebben
- Niet afwachten totdat aios tweede lijn de specialist ouderengeneeskunde in consult vraagt
- Een relatie opbouwen met de aios tweede lijn
- Elkaar kennen en elkaars 06 nummer hebben
- Onderwijs van de specialist ouderengeneeskunde naar de tweede lijn door aan te geven wat de eerste lijn kan doen, wat hun rol en expertise is.

Het maken van praktische afspraken met andere zorgprofessionals over het uitwisselen van expertise

- De structuur van deze pilot staat er en er zijn afspraken gemaakt over de wekelijkse aanwezigheid van de specialist ouderengeneeskunde en dat deze proactief de aios benadert om mee te kijken met een kwetsbare oudere patiënt.
- De voor een specialist ouderengeneeskunde onbekende wegen in het ziekenhuis en de wat onbekende hiërarchie van de medisch specialisten worden verkend en meer duidelijk.
- Een kamertje voor de specialist ouderengeneeskunde op de SEH en een eigen 06.

Het ontdekken en benutten van elkaars expertise

- SEH-arts en internist ouderengeneeskunde weten de specialist ouderengeneeskunde regelmatig te vinden en wisselen expertise uit.
- Het willen samenwerken wordt versterkt door met elkaar te praten en het over inhoud te hebben en goede ervaringen met elkaar opdoen door het benutten van elkaars expertise.
- De tweedelijns arts/aios ontdekt dat de specialist ouderengeneeskunde echt iets anders te bieden heeft. Hij ontdekt waar hij de specialist ouderengeneeskunde voor kan vragen en wat de mogelijkheden van een specialist ouderengeneeskunde zijn.
- Eerste en tweede lijn ontdekken dat er zoveel meer kan als er IP samengewerkt wordt en kunnen aangeven wat de winst van de transmurale samenwerking voor de patiënt is.
  - o Bijvoorbeeld een huisarts die specialist ouderengeneeskunde belt in plaats van de patiënt naar de SEH te sturen en samen met de specialist ouderengeneeskunde een tussenoplossing bedenkt.
  - o Of ontdekken dat een specialist ouderengeneeskunde beter is in pijnstilling, dat er meer kan aan thuisbehandeling. Medicatie en infusen zijn niet alleen voorbehouden aan het ziekenhuis.
- Ook paramedici ontdekken de meerwaarde, de rol en expertise, van de specialist ouderengeneeskunde. Verpleegkundigen geven meer aan dat iemand kwetsbaar is en vragen of specialist ouderengeneeskunde mee kan kijken.

### Belemmerende factoren interprofessionele samenwerking

Aios zijn teveel met hun eigen opleidingsstuk bezig

- Aios SEH zijn 50% van hun tijd op stage en krijgen hierdoor minder mee van de specialist ouderengeneeskunde. Aios SEH hebben wellicht minder oog voor het zorgprobleem dat verbetering behoeft.

Onbekendheid met elkaars rol/expertise en grenzen

- Aios in het ziekenhuis komen weinig specialist ouderengeneeskunde en huisartsen tegen waardoor elkaars werkgebied onbekend is. Het ontbreken aan goede ervaringen met elkaar, aan het niet ervaren van de winst van transmurale samenwerking, stimuleert de samenwerking niet.

Mijn en dijn

- Eerste reactie van een tweedelijns dokter op de komst van de specialist ouderengeneeskunde is regelmatig dat het ziekenhuis het domein van de medisch specialist is en niet die van de specialist ouderengeneeskunde. Deze primaire reflex hebben meerdere medisch specialisten.

- De specialist ouderengeneeskunde, dokter van de eerste lijn, merkt de niet altijd enthousiaste reactie van de medisch specialist en ervaart het ziekenhuis als een spannende setting. Het vraagt proactiviteit van de specialist ouderengeneeskunde om zichzelf als eerstelijns dokter zichtbaar te maken in de tweedelijns setting. Terughoudendheid en angst is er bij specialist ouderengeneeskunde om ja te zeggen om met de medisch specialisten te werken. Het vraagt durf, inwerktijd en lef, is de ervaring.
  - Specialist ouderengeneeskunde is onvoldoende zichtbaar en rol en expertise blijven onbekend voor de medisch specialist. In de coronatijd was de specialist ouderengeneeskunde alleen telefonisch aanwezig. En als de specialist ouderengeneeskunde er is dan is dit één dag per week. De transferverpleegkundige is de hele week aanwezig tot 's avonds 21.00 uur. De transferverpleegkundige is beter in beeld bij de aios dan de specialist ouderengeneeskunde.
- Onvoldoende bekendheid dat er een specialist ouderengeneeskunde aanwezig is
- Door de vele wisselingen van aios is er geen continu bewustzijn bij de aios en hun opleiders dat er op vrijdag een specialist ouderengeneeskunde is op de SEH. De internist ouderengeneeskunde en de SEH arts zijn eigenlijk de enige die de aanwezigheid van de specialist ouderengeneeskunde onder de aandacht brengen.
  - Het samen op de werkvloer aanwezig zijn (eerste- en tweedelijns) zou nog meer benut kunnen worden want de specialist ouderengeneeskunde is afhankelijk van de aios/medisch specialist die op de SEH staat. De specialist ouderengeneeskunde trekt meestal de aios/medisch specialist aan zijn jas en niet andersom.
  - Onvoldoende inbedding in de organisatie. Transmuraal samenwerken is bijvoorbeeld niet opgenomen als onderwerp in het onderwijsmoment dat aan het einde van elke overdracht plaatsvindt.
  - Het interprofessioneel opleiden blijft hangen op dat de aios tweedelijns gezegd wordt dat hij naar de specialist ouderengeneeskunde kan/moet gaan maar het blijft veelal bij het regelen van een bed.

#### Inmiddels aangebrachte verbeteringen

- De specialist ouderengeneeskunde is meer autonoom gaan werken. Eerst werd er gewerkt vanuit de vraag van de medisch specialist. Nu wordt er meer gewerkt vanuit de vraag van de specialist ouderengeneeskunde. Afgesproken is dat de specialist ouderengeneeskunde meer proactief gaat werken en zelf op de oudere patiënt afgaat. Dit omdat het niet goed mogelijk is om de tweede lijn actief te blijven sturen en te herinneren aan de aanwezigheid van de specialist ouderengeneeskunde op de SEH en die ook te betrekken. Afgesproken is dat iedere patiënt die rood scoort op de APOP (Acuut Presenterende Oudere Patiënt) standaard naar de specialist ouderengeneeskunde gaat. De specialist ouderengeneeskunde gaat op deze wijze meer patiënten zien, wacht niet meer op vragen van de medisch specialist, en deelt zijn bevindingen en expertise over het behandelplan proactief met andere zorgprofessionals die de ingebrachte expertise meenemen bij hun besluiten.
- Interprofessioneel samenwerken en leren is sinds kort onderdeel geworden van de STARTclass van HagaZiekenhuis waar beginnende aios samenkomen. De aios wordt verteld over de aanwezigheid van de specialist ouderengeneeskunde op de SEH en dat ze die aan de jas moeten trekken. De contactgegevens van de specialist ouderengeneeskunde worden gegeven.

#### **Leeractiviteit 2. Behandelplan afstemmen en uitvoeren tussen eerste en tweede lijn**

##### Werkwijze:

- Aios/medisch specialist roept de specialist ouderengeneeskunde in consult bij patiënten op de SEH en soms bij lang liggende patiënten in het ziekenhuis.
- De specialist ouderengeneeskunde kijkt in het systeem naar de APOP score en naar de kwetsbaarheid van patiënten op de SEH en bekijkt deze patiënten en deelt de bevindingen met de betreffende arts of aios.

##### Bevorderende factoren interprofessionele samenwerking

Elkaar rol en expertise kennen en elkaar weten te vinden

- Specialist ouderengeneeskunde wordt in consult geroepen als men elkaar weet te vinden. Dit gebeurt steeds meer. Men weet elkaar te vinden en weet welke rol en expertise ieder kan inbrengen, dit stimuleert de interprofessionele samenwerking.
- Tijdens de STARTclass aios informeren over de aanwezigheid en rol en expertise van de specialist ouderengeneeskunde heeft effect. Aios zoekt tijdens de dienst de samenwerking op met de specialist ouderengeneeskunde en vraagt deze in consult.
- Specialist ouderengeneeskunde kent vaak de huisarts en belt deze laagdrempelig waardoor de aios tweede lijn, via de specialist ouderengeneeskunde, meer informatie tot zijn beschikking krijgt.

Autonoom kunnen handelen

- Specialist ouderengeneeskunde kan meer de interprofessionele samenwerking aangaan door meer autonoom te kunnen werken en vanuit de eigen vraag te kunnen werken. Specialist ouderengeneeskunde ziet zo meer patiënten en deelt meer de eigen expertise op basis van bevindingen en geeft advies over het behandelplan.

Zorgvraag komt beter in beeld / Goede ervaringen opdoen / De winst van de transmurale samenwerking voor de oudere patiënt wordt gezien en ervaren

- De echte zorgvraag komt door de samenwerking beter in beeld. Bijvoorbeeld: een val is een gevolg van. De SEH arts kijkt alleen naar de val en niet naar het zorgprobleem; er wordt eerder een ACP gesprek gevoerd i.p.v. overplaatsing naar de IC.
- Resultaten zijn ook als er vanuit de chirurgie/SEH door samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde snel een geschikte plek gevonden wordt voor de patiënt.
- Over het algemeen wordt de rol en expertise van de specialist ouderengeneeskunde benut en het advies overgenomen. Zeker als het om overplaatsing gaat.
- Na een goede ervaring gebeurt het dat de medisch specialist ook de specialist ouderengeneeskunde consulteert voor een van zijn andere patiënten die opgenomen is.
- Specialist ouderengeneeskunde krijgt zo nu en dan een spontaan telefoontje van aios/specialist met verzoek om even te sparren. Rol en expertise worden erkend en benut.

### Belemmerende factoren interprofessionele samenwerking

Generalistisch versus protocollair werken

- Adviezen van de specialist ouderengeneeskunde worden minder vaak overgenomen als het advies buiten het protocol van de medisch specialist ligt.
- Waarschijnlijk door een stukje inhoud en protocollair werken is cardiologie minder goed bereikbaar en zien minder wat specialist ouderengeneeskunde kan betekenen.
- Chirurgische aios bedenkt het niet snel zelf om de specialist ouderengeneeskunde te laten meekijken. Een chirurg is niet gewend om gesprekken aan te gaan over het niet plaatsen van een nieuwe heup. Vooral niet om 3 uur 's nachts.

Tweede lijn ziet onvoldoende wat een specialist ouderengeneeskunde kan doen in de eerste lijn, tweede lijn erkent en benut onvoldoende de expertise van de specialist ouderengeneeskunde

- Aios/medisch specialisten zien vaak niet dat er meer aan de hand is. Ze denken alles op orde te hebben en de specialist ouderengeneeskunde niet nodig te hebben. Ze denken specialist ouderengeneeskunde pas nodig te hebben als in zicht komt dat iemand naar huis gaat. Maar als iemand niet naar huis gaat kan de expertise van een specialist ouderengeneeskunde ook benut worden.
- Specialist ouderengeneeskunde wordt neutraal bekeken. Niet negatief maar de meerwaarde, de andere expertise, wordt nog onvoldoende gezien.
  - o Niet opgenomen worden maar ook niet naar huis kunnen is vaak voor de transferverpleegkundige. Ook hier kan de specialist ouderengeneeskunde toevoegen evenals wanneer iemand naar huis gaat want een specialist ouderengeneeskunde denkt aan bepaalde disciplines die thuis kunnen worden ingezet.
  - o Specialist ouderengeneeskunde denkt breder dan alleen de noodzaak van uitplaatsen maar dat wordt nog niet zo gezien door aios/medisch specialist. Het is vaak niet alleen een kneuzing en hoe ga je voorkomen dat het nogmaals gebeurt. De kans dat iemand heropgenomen wordt is groot.
- Of de specialist ouderengeneeskunde er op tijd bijgehaald wordt is nog teveel afhankelijk van de mate van proactiviteit en het zoeken van contact van de specialist ouderengeneeskunde richting de aios/medisch specialist.
- Specialist ouderengeneeskunde ziet nog altijd casus voorbij komen op de SEH waar de specialist ouderengeneeskunde niet bij betrokken wordt maar waarbij de specialist ouderengeneeskunde wel iets in had kunnen betekenen. Zo wordt nog altijd iemand opgenomen terwijl dat niet de juiste plek is voor die patiënt. Gezamenlijk had er meteen een goede oplossing voor bedacht kunnen worden. Een ziekenhuisbed kost veel geld.
- Als de aios/specialist denkt dat hij klaar is en dat opname in het ZH niet nodig is, komt de specialist ouderengeneeskunde pas in beeld. Specialist ouderengeneeskunde zou eerder willen meedenken want het kan zo zijn dat protocollair het erop uitkomt dat iemand opgenomen zou moeten worden maar dat het alles overziend niet wenselijk is.

Verkeerde beeldvorming van de expertise van de andere zorgprofessional

- Aios/medisch specialist ziet de specialist ouderengeneeskunde nog te vaak als iemand die kan zorgen dat patiënt snel uitgeplaatst worden, dat ze de specialist ouderengeneeskunde kunnen inzetten om iemand snel weg te krijgen. Maar een specialist ouderengeneeskunde doet meer.
- Aios/specialist moet meer weten wat specialist ouderengeneeskunde kan doen maar ook wat specialist ouderengeneeskunde nodig heeft om een goed beeld te krijgen. Kan iemand bijvoorbeeld zelf uit zijn bed komen. Die simpele vraag levert veel informatie op.

Opleider / supervisor werkt (nog) niet transmuraal



- De aios zit soms tussenin het advies van de specialist ouderengeneeskunde en zijn supervisor die het protocol wil volgen. Er is heel veel gewoonte en op de SEH moet vaak snel gehandeld worden waardoor naar het protocol gegrepen wordt.

### **Leeractiviteit 3. Overdracht vakgroep medisch specialisten waar eerste lijn bij aansluit**

#### Werkwijze:

- Specialist ouderengeneeskunde sluit aan bij de SEH-overdracht waar aios/medisch specialisten aanwezig zijn.
- Specialist ouderengeneeskunde zit bij de overdracht van de vakgroep internisten.

#### Bevorderende factoren interprofessionele samenwerking

Persoonlijk zichtbaar worden en persoonlijk contact maken op een manier dat je elkaar nodig hebt, zorg afstemmen en zien dat dit tot winst leidt voor de oudere patiënt

- Om meer zichtbaar te worden is de specialist ouderengeneeskunde wekelijks bij de weekendoverdracht van de internisten gaan zitten. De specialist ouderengeneeskunde merkt dat veel collega's sceptisch blijven totdat specialist ouderengeneeskunde een casus van hen onder handen krijgt en daar een succesje in boekt. Het vraagt proactief op specialisten blijven afstappen en zeggen dat je er bent en dat je mee kunt denken en zorgen voor een goede ervaring. Ook al zegt de tweedelijns aios dat ze nog met diagnostiek bezig zijn dan actief zeggen dat je er bent en dat een specialist ouderengeneeskunde mee kan denken. Als de specialist ouderengeneeskunde dan vervolgens geconsulteerd wordt en samen het behandelplan wordt afgestemd en uitgevoerd (door bijvoorbeeld te adviseren dat een mevrouw prima op een EOV bed kan en dat ze daar beter af is) leidt dit niet zelden tot een reactie van 'oh wat fantastisch'. Dan is de specialist ouderengeneeskunde opeens hun beste vriend.

Het hebben van zelfvertrouwen en de eigen rol, expertise en grenzen te blijven expliciteren naar andere zorgprofessionals

- Het vraagt veel zelfvertrouwen van de specialist ouderengeneeskunde om initiatief te blijven nemen vanwege grote cultuurverschil. De eerste maanden voelde de specialist ouderengeneeskunde zich te coassistent in het ziekenhuis. Specialist ouderengeneeskunde was de witte jas helemaal niet meer gewend. Bijvoorbeeld het internistenoverleg waar de specialist ouderengeneeskunde het inhoudelijk niet meer kon volgen en de gedachte kreeg dat ze haar artsenbul wel kon inleveren.
- Specialist ouderengeneeskunde mocht om 7.00 uur 's ochtends bij de chirurgienoverleg aantreden. Specialist ouderengeneeskunde voelde zich echt als co behandeld door medisch specialisten die geen ervaring met een specialist ouderengeneeskunde hadden. Zelfvertrouwen helpt om dit te doorstaan.
- Specialist ouderengeneeskunde moet proactief op alles afstappen en aangeven bij de vakgroepen (cardio en chirurgie) dat een specialist ouderengeneeskunde wat in huis heeft en mee kan denken.

Herkennen en erkennen van het verschil aan expertise

- Na enige tijd merkte de specialist ouderengeneeskunde dat zij als specialist ouderengeneeskunde heel andere expertise heeft en dat die net zo waardevol en belangrijk is als de medisch specialist en visa versa.

#### Belemmerende factoren interprofessionele samenwerking

Onvoldoende tijd om relatie op te bouwen

- Relatie opbouwen met andere specialismen zoals bijvoorbeeld cardiologie.

Aios specialist ouderengeneeskunde op de SEH

- Een aios specialist ouderengeneeskunde op de SEH is nog niet gelukt vanwege praktische bezwaren. Het zou wel een mogelijkheid zijn om deze aios via de telefoon aanwezig te zijn.

## 2.2 Interdisciplinaire Centrum Ouderengeneeskunde HMC

### **Aanleiding zorgverbetering**

Omdat de huisarts kwetsbare ouderen niet altijd goed in beeld hebben en niet over de juiste kennis, middelen en voldoende tijd beschikt heeft het HMC initiatieven genomen om de huisarts in deze 1,5 lijn te ondersteunen zodat de huisarts samen met de oudere patiënt de regierol kan blijven nemen. Huisartsen van de coöperatie Groot Scheveningen 2017 participeren samen met medisch specialisten. Het doel is ouderengeneeskunde te hervormen met als uitgangspunt de zorg en behandeling zo dicht mogelijk bij de patiënt organiseren en uitgaan van de vitaliteit van de patiënt. Men is ervan overtuigd dat een proactieve houding, gecombineerd met goede interdisciplinaire samenwerking, de vaak toegenomen kwetsbaarheid bij ouderen rondom een

opname in de tweede lijn gunstig zal beïnvloeden. Hiermee kan veel leed in de zin van extra ziekte, lange opnames en onomkeerbare achteruitgang voorkomen worden met een gunstig effect op de kosten en de werkdruk op de zorg in zowel de eerste als de tweede lijn.

Het is tevens de overtuiging dat de zorg voor kwetsbare ouderen waar mogelijk in de wijk en binnen de context (eigen omgeving) van de oudere moet plaatsvinden. Dat betekent dat, los van de zo kort mogelijke opname, ook de tweedelijns voor- en nazorg wijk- en context gebonden moeten zijn. Op deze gedachte is het op te richten Kenniscentrum Ouderengeneeskunde (KCO) gebaseerd.

De visie is gestaafd met vele wetenschappelijk onderbouwde voorbeelden uit de praktijk en sluit aan bij de afspraken die de minister heeft gemaakt met alle beroepsverenigingen over de transitie van medisch specialistische zorg naar de eerste lijn; "de juiste zorg op de juiste plek".<sup>1</sup>

Kort samengevat is het doel van deze transmurale ouderenzorg op Scheveningen:

- Eenduidig herkennen van kwetsbaarheid in de eerste en de tweede lijn.
- Voorkomen dat kwetsbare ouderen onnodig verzeild raken binnen de tweede lijn.
- Minimaliseren van functieverlies na ziekenhuisopname.
- Na ziekenhuisopname/ SEH bezoek, actie ondernemen om heropname te voorkomen.

### **Contextbeschrijving**

De zorgsituatie biedt mogelijkheden om interprofessioneel samen te werken en te leren. Het KCO en de huisartsen coöperatie bekijken na elke opname in een gezamenlijk multidisciplinair overleg hoe heropname voorkomen kan worden. Dit MDO vindt wekelijks plaats. Patiënten die ontslagen zijn na presentatie op de SEH en als kwetsbaar zijn aangemerkt en uit het woongebied Groot Scheveningen komen worden besproken tijdens het MDO. De interdisciplinaire communicatie tijdens het MDO resulteert in een advies richting huisarts en de oudere patiënt.

### **Betrokken zorgprofessionals**

Dit experiment betreft de samenwerking tussen:

1. De Huisartsencoöperatie Scheveningen (SCH-2017): dit zijn ongeveer 30 zelfstandig werkende huisartsen aangesloten uit 17 huisartsenpraktijken. Zij hebben een visie op ouderenzorg o.a. dat een proactieve houding gecombineerd met een goed verlopende interdisciplinaire communicatie de vaak toegenomen kwetsbaarheid bij ouderen rondom een opname in de tweede lijn gunstig zal beïnvloeden.
2. HMC Bronovo Behandeladviescentrum Ouderengeneeskunde (BBO): voor intramuraal begeleiding. Het BBO is opgericht om de zorg voor de oudere patiënt zo goed mogelijk te coördineren. Alle betrokken medisch specialisten uit het HMC werken samen om de behandeling zo goed mogelijk af te stemmen. Onder BBO valt het Interdisciplinair Centrum Ouderengeneeskunde HMC Bronovo (ICO) dat onbetaald is.
3. Derde partij is zorggroep Respect.

De disciplines die samenwerken zijn: aios specialist ouderengeneeskunde, specialist ouderengeneeskunde, aios internist ouderengeneeskunde, aios internist acute geneeskunde, psychiater, haios en kaderhuisarts met specialisatie ouderengeneeskunde.

### **Werkwijze van de leerwerksituatie**

De leeractiviteit die hier centraal staat is het multidisciplinair overleg, het MDO. Nu volgt de beschrijving van de werkwijze van het MDO evenals bevorderende en belemmerende factoren.

### **Leeractiviteit MDO**

#### Werkwijze

- Tijdens het MDO worden de patiënten van de coöperatie besproken die ontslagen zijn na presentatie op de SEH en als kwetsbaar zijn aangemerkt.
- De selectie van patiënten wordt gedaan door de aios specialist ouderengeneeskunde aan de hand van lijsten in het systeem.
- Deze patiënten worden thuis bezocht door aios specialist ouderengeneeskunde om de hulpvraag goed in beeld te krijgen.
- Een patiënt wordt tijdens twee MDO's besproken, de eerste keer vóór het huisbezoek en de tweede keer ná het huisbezoek.
- De agenda van het MDO bestaat uit het bespreken van:
  - o Patiënten die ontslagen zijn na presentatie op de SEH en van wie verwacht wordt dat ze baat hebben bij een huisbezoek van de aios specialist ouderengeneeskunde. Tijdens

---

<sup>1</sup> Onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022

het MDO wordt besproken waarom ze geselecteerd zijn en hoe het huisbezoek het beste benaderd kan worden zodat de echte hulpvraag naar boven komt.

- Patiënten die ontslagen zijn na presentatie op de SEH en bij wie het huisbezoek door de aios specialist ouderengeneeskunde heeft plaatsgevonden. De bevindingen van het huisbezoek worden besproken met als doel te komen tot een advies voor de huisarts en de oudere patiënt.

#### Bevorderende factoren interprofessionele samenwerking

- Verschillende disciplines zijn aanwezig en elkaars rol/expertise wordt ingebracht en benut waardoor het MDO een leerzaam gebeuren is.
- Bijna iedereen is altijd aanwezig op het MDO én gemotiveerd.
- Aanwezigen tijdens MDO krijgen, via specialist ouderengeneeskunde, meer zicht op welke rol, expertise en mogelijkheden de huisarts heeft. Geconstateerd wordt dat de huisarts meer reactief werkt.
- Psychiater draagt heel veel bij aan het MDO. Heeft een heel andere kijk en expertise, bijvoorbeeld op medicatie.
- Er wordt veel geleerd met en van elkaar. Het MDO is elke maandagmiddag één uur. Per patiënt wordt 15 minuten uitgetrokken. Zo heb je vier meningen vanuit vier vakgroepen over één patiënt. In het verpleeghuis zijn de collega's allemaal specialist ouderengeneeskunde en er niet deze verscheidenheid aan expertise. In een verpleeghuis wordt wel veel meer met paramedici gewerkt, dit is ook interprofessioneel leren, maar dit betreft andere expertise dan de medisch specialisten in het ziekenhuis.
- Zowel de eerste als de tweede lijn kijken meer transmuraal omdat de reis van de patiënt meer gevolgd wordt. Het wordt als heel leerzaam ervaren om te volgen hoe het met de patiënt thuis gaat. De tweedelijns arts ontdekt bijvoorbeeld dat dingen toch niet zo duidelijk zijn als dat ze uitgelegd zijn, door de stresssituatie en zo. Eigen expertise wordt erkend én die van anderen.
- Tweede lijn leert van de eerste lijn tijdens MDO doordat tweede lijn zo nu en dan meegaat op huisbezoek. Tweede lijn krijgt meer feeling en ervaring met hoe een oudere thuis functioneert en waar de heikele punten zitten.
- Huisarts ontvangt informatie die daar anders niet zou komen. Wordt met deze informatie beter in staat gesteld om samen met de patiënt de regie te pakken.
- De meeste huisartsen staan open voor de holistische kijk van de aios specialist ouderengeneeskunde.
- De expertise van het MDO, de tweede lijn en van de specialist ouderengeneeskunde wordt bij de eerste lijn gebracht wat voor de patiënt een meerwaarde is. De patiënten hebben baat bij een huisbezoek. Met name de informatievoorziening naar patiënt en zijn familie is heel waardevol. Bijvoorbeeld de mogelijkheden schetsen van het inschakelen van een casemanager, ACP, zorg thuis. De informatievoorziening leidt tot een stuk geruststelling. Omdat de aios specialist ouderengeneeskunde weet wat er in het ziekenhuis gebeurt als je bijvoorbeeld valt kan dit doorgesproken worden tijdens huisbezoek en het advies gegeven wordt om eens na te denken over het aanvragen van een indicatie en welk verpleeghuis de voorkeur heeft... etc.

#### Belemmerende factoren interprofessionele samenwerking

- Wat beter kan is om het efficiënt te doen in de tijd. Je kunt maar twee huisbezoeken op een dag doen. Belangrijk is om zoveel mogelijk voor te bereiden, om relevante expertise uit te wisselen, waardoor je met gerichte vragen op huisbezoek gaat.
- MDO mag meer gestructureerd aangepakt worden, niet in de zin om iedereen op het rijtje af aan het woord te laten maar om de patiënt volgens een vast format te bespreken.
  - MDO soms te uitvoerig en heel veel detail.
  - Internist gaat meteen de diepte in en is heel bondig.
  - Specialist ouderengeneeskunde is generalist en meer breed
  - Format zou helpen het MDO meer efficiënt te laten verlopen.
- Degene die het MDO leidt mag meer concrete vragen formuleren voor de collega's zodat er meer uit het MDO gehaald wordt. Dit kan het nadeel hebben dat de voorzitter soms niet aan een vraag denkt waar een ander wel aan denkt. Daar moet de ruimte voor zijn om die in te brengen.
- Het beoordelen bij welke patiënt een huisbezoek na ontslag SEH zinvol is zou beter op de SEH kunnen plaatsvinden want lijsten screenen in het systeem en de patiënt nabellen kost veel tijd en is niet erg leerzaam voor degene die het doet. De aios/arts op de SEH zou dan bij ontslag aan de patiënt kunnen aangeven dat patiënt naar huis kan maar dat de arts nog wel een keer wil kijken hoe het thuis met hem gaat. Dat kan dan al op de SEH tegen patiënt gezegd worden en de afspraak voor een huisbezoek wordt dan vóór ontslag ingepland. Dit scheelt veel tijd met bellen.

Spin off: Specialist ouderengeneeskunde ook op de SEH van het HMC

De samenwerking tussen de Huisartsencoöperatie Scheveningen, het HMC Bronovo Behandeladviescentrum Ouderengeneeskunde en Respect Zorggroep Scheveningen heeft geleid tot een samenwerking met de SEH van het HMC. Om de kwetsbare ouderen de juiste zorg te geven die ze nodig hebben is het HMC specialisten ouderengeneeskunde gaan inzetten op de SEH. De hele week is op de SEH van het HMC een specialist ouderengeneeskunde en/of een internist ouderengeneeskunde aanwezig.

Door de interprofessionele samenwerking wordt de echte zorgvraag meer in beeld gebracht wat moet leiden tot de juiste zorg op de juiste plek. En kan bij ontslag een inschatting worden gemaakt door de specialist ouderengeneeskunde of de patiënt baat heeft bij een huisbezoek door de aios specialist ouderengeneeskunde. Ter plekke kunnen hierover afspraken gemaakt worden.

### 3 Blauwdruk inrichting interprofessionele leerwerksituatie

#### **Aanleiding**

Als een oudere patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen met de verkeerde indicatie komt deze patiënt onnodig terecht in een ziekenhuisbed. Als direct de juiste zorg ingezet kan worden kunnen onnodige opnames voorkomen worden.

#### **Beschrijving van de context**

Sinds 2019 is er elke vrijdagmiddag- en avond een specialist ouderengeneeskunde van zorggroep Florence aanwezig op de SEH van het HagaZiekenhuis en sinds januari 2022 heeft het HMC een specialist ouderengeneeskunde van zorggroep Respect voor de SEH aangetrokken. De specialist ouderengeneeskunde brengt samen met de medisch specialist in kaart welke zorg echt nodig is. Het gevolg van de interprofessionele samenwerking is dat de oudere patiënt zinnige zorg krijgt op de juiste plek en zich gehoord voelt. Tegelijk neemt het aantal ligdagen van oudere patiënten in het ziekenhuis aanzienlijk af.

#### **Korte beschrijving van de activiteit**

De aanwezigheid van een specialist ouderengeneeskunde op de SEH biedt mogelijkheden tot interprofessionele samenwerking.

In het Haga kijkt de specialist ouderengeneeskunde naar de APOP score (Acuut Presenterende Oudere Patiënt) op de lijst van patiënten op de SEH. Indien deze rood scoort neemt de specialist ouderengeneeskunde contact op met betreffende a(n)ios en stelt voor om mee te kijken. De a(n)ios kan ook zelf het initiatief nemen en de specialist ouderengeneeskunde in consult vragen. In het HMC werkt de specialist ouderengeneeskunde meer autonoom en kijkt mee in het systeem naar de APOP score en indien deze rood scoort gaat de specialist ouderengeneeskunde bij betreffende patiënt langs. De bevindingen worden via het systeem of fysiek overleg gedeeld met de a(n)ios op de SEH van wie de patiënt is.

De interprofessionele samenwerking moet oudere patiënten sneller de zorg bieden die zij nodig hebben

#### **Leerdoelen voor de aios**

De leerdoelen die de aios tijdens deze stage kan bereiken zijn:

- Aios kan eigen rol/expertise en grenzen expliciteren en in samenwerking met andere zorgprofessionals daarnaar handelen;
- Aios kan andermans rol/expertise en grenzen identificeren en deze benutten;
- Aios kan samen met andere zorgprofessionals het behandelplan afstemmen en uitvoeren van de oudere patiënt (verantwoordelijkheden afstemmen, zorg coördineren, zorg efficiënt afstemmen, zorg realiseren en besluiten nemen)
- Aios kan relevante kennis/expertise/ervaringen delen tijdens overdracht met andere (zorg)professionals (zodat het niet uit het behandelplan verdwijnt).
- Aios kan benoemen wat bevorderende en belemmerende factoren zijn in de transmurale samenwerking tussen eerste en tweede lijn;
- Aios kan aangeven wat de winst van de transmurale samenwerking is voor de oudere patiënt.

#### **Omvang/reikwijdte**

De interprofessionele samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de tweede lijn vindt plaats op de SEH van het HagaZiekenhuis en op de SEH van het HMC Bronovo.

Waar bij het HagaZiekenhuis de specialist ouderengeneeskunde op vrijdagmiddag en -avond aanwezig is, is op de SEH van het HMC de specialist ouderengeneeskunde de hele week aanwezig. En daar waar de specialist ouderengeneeskunde in het Haga in dienst is van zorggroep Florence is de specialist ouderengeneeskunde in het HMC in dienst van het HMC waardoor zij meer autonoom kan werken.

#### **Wie zijn betrokken?**

Betrokken zijn de specialismen spoedeisende geneeskunde, interne geneeskunde, neurologie, heelkunde, specialisme ouderengeneeskunde en huisartsgeneeskunde.

#### **Werkwijze, organisatie en logistiek**

Om de echte zorgvraag van de oudere patiënt goed in beeld te krijgen is men gaan kijken of de specialist ouderengeneeskunde van meerwaarde kan zijn op de SEH. Een val van een oudere is over het algemeen een gevolg van. De SEH arts kijkt vaak alleen naar de val en niet naar het echte zorgprobleem.

Er zijn afspraken gemaakt over de aanwezigheid van de specialist ouderengeneeskunde op de SEH en de praktische middelen die ter beschikking gesteld. Denk hierbij aan een telefoon en een kamertje met werkplek.

De verdere aanpak, werkwijze, organisatie en logistiek van de interprofessionele samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde op artsen op de SEH staat beschreven bij de analyse leerwerksituatie in hoofdstuk 3.

### **Harde randvoorwaarden**

#### *Aanwezigheid en zichtbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde op de SEH*

Belangrijk is dat de specialist ouderengeneeskunde fysiek aanwezig is op de SEH en zich laat zien en contact zoekt. Contactmogelijkheden worden gefaciliteerd op de SEH door de specialist ouderengeneeskunde een kamertje en telefoon te geven en toegang tot het systeem om de APOP score te zien en in het HMC om bevindingen te registreren.

Tijdens de coronatijd was de specialist ouderengeneeskunde bij het Haga alleen telefonisch aanwezig en niet zichtbaar aanwezig. De transferverpleegkundige was de hele week aanwezig tot 's avonds 21.00 uur. De transferverpleegkundige was beter in beeld bij de aios dan de specialist ouderengeneeskunde.

Het maakt ook een verschil hoeveel dagen van de week de specialist ouderengeneeskunde aanwezig is. Is dit één dag per week dan staat dit minder in het geheugen gegrift van de aios tweede lijn dan wanneer dit meerdere dagen of alle dagen van de week is. Het opdoen van goede ervaringen werkt stimulerend om een volgende keer weer de interprofessionele samenwerking op te zoeken.

#### *Geïnformeerd zijn van de aanwezigheid van de specialist ouderengeneeskunde op de SEH*

Het blijkt dat het nodig is dat SEH medewerkers elkaar blijven informeren over de aanwezigheid van de specialist ouderengeneeskunde op de SEH en ook nieuwe medewerkers informeren. Wat helpt is om het nummer van de specialist ouderengeneeskunde op het bord zichtbaar te maken en in het systeem bij alle andere dienstdoende nummer en om te vertellen tijdens kennismakingsbijeenkomsten. Wat nog meer zou helpen is om de specialist ouderengeneeskunde een werkplek te geven op de kamer van de aios SEH waardoor spontaan contact meer mogelijk is.

#### *Coöperatie van huisartsen*

Wat bij het HMC de samenwerking tussen het Kenniscentrum Ouderengeneeskunde en de huisartsen mogelijk gemaakt heeft is dat de huisartsen daar zijn verenigd in een coöperatie. De stuurgroep (3 huisartsen) is akkoord gegaan met het programma Transmurale ouderenzorg. En daarmee zijn alle 30 huisartsen akkoord gegaan. Omdat de huisartsen van Groot Scheveningen samen in een coöperatie zitten zijn ze slagvaardiger.

### **Zachte randvoorwaarden**

Andere mechanismen en facetten om rekening mee te houden zijn cultuur en competentie.

#### *Verskil in cultuur beïnvloedt de interprofessionele samenwerking.*

- De specialist ouderengeneeskunde heeft heel andere expertise in huis, maar die is net zo waardevol en belangrijk als de medisch specialist. Specialist ouderengeneeskunde kijkt breder en heeft oog voor de kwaliteit van leven en zoekt naar de echte zorgvraag. Medisch specialist focust op de klacht waar patiënt mee binnen komt en duikt meteen de diepte in.
- Er is nog altijd een mijn en dijn denken en dat kan afschrikken. De eerste reactie van een tweedelijns dokter op de komst van de specialist ouderengeneeskunde was dat het ziekenhuis het domein van de medisch specialist is en niet die van de specialist ouderengeneeskunde. Deze primaire reflex hebben meerdere medisch specialisten. De specialist ouderengeneeskunde, dokter van de eerste lijn, merkt deze niet altijd enthousiaste reactie van de medisch specialist en ervaart het ziekenhuis als een spannende setting. Het vraagt proactiviteit van de specialist ouderengeneeskunde om zichzelf als eerstelijns dokter zichtbaar te maken in de tweedelijns setting. Terughoudendheid en angst is er bij specialist ouderengeneeskunde om ja te zeggen om met de medisch specialisten te werken. Het vraagt durf, inwerktijd en lef, is de ervaring.

#### *Verskil in competentie beïnvloedt de interprofessionele samenwerking.*

- Er is nog veel onbekendheid met elkaars rol, expertise en grenzen. Aios in het ziekenhuis komen weinig specialist ouderengeneeskunde en huisartsen tegen waardoor elkaars werkgebied onbekend is en de samenwerking niet opgezocht wordt.
- Er is sprake van generalistisch versus protocollair werken. Adviezen van de specialist ouderengeneeskunde worden minder vaak overgenomen als het advies buiten het protocol van

de medisch specialist ligt. Een chirurg is niet gewend om gesprekken aan te gaan over het niet plaatsnemen van een nieuwe heup. Vooral niet om 3 uur 's nachts.

- Er is nog regelmatig sprake van verkeerde beeldvorming. Aios medisch specialist ziet de specialist ouderengeneeskunde nog te vaak als iemand die kan zorgen dat patiënt snel uitgeplaatst worden, dat ze de specialist ouderengeneeskunde kunnen inzetten om iemand snel weg te krijgen. Maar een specialist ouderengeneeskunde doet meer. Aios/specialist moet meer weten wat specialist ouderengeneeskunde kan doen maar ook wat specialist ouderengeneeskunde nodig heeft om een goed beeld te krijgen. Kan iemand bijvoorbeeld zelf uit zijn bed komen. Die simpele vraag levert veel informatie op.

#### *Opdoen van goede ervaringen*

- Goede ervaringen van interprofessioneel samenwerken werkt erg stimulerend.
- De huisarts gaat mee in het project omdat de huisarts ervaart dat het hem/haar ontlast. De huisarts krijgt gratis advies en krijgt de patiënt zo beter in beeld.

#### *Voelen van urgentie*

- Er komen meer ouderen, en meer ouderen met multiproblematiek, en ouderen wonen langer thuis. Tegelijkertijd neemt de beroepsbevolking af. Een dubbele vergrijzing. Aios tweede lijn komt dit tegen op de SEH en ervaren zeer regelmatig dat het moeilijk is om de juiste zorg aan ouderen te geven. Dit bewustzijn stimuleert hen om de interprofessionele samenwerking op te zoeken. Om samen op zoek te gaan naar de meest zinnige zorg op de juiste plek.

### **Lessons learned, tips en valkuilen**

Wat we gedaan hebben is de leerwerksituatie exploreren en zien wat er te leren valt. We hebben meer helder gekregen wat er nu precies gebeurt. Welke leerdoelen al dan niet aandacht kregen.

We hebben gezien dat het heel belangrijk is dat de interprofessionele samenwerking laagdrempelig wordt aangegaan en goede ervaringen worden opgedaan. Dat is een stimulans om de volgende keer weer de samenwerking aan te gaan. De zorgprofessional moet ervaren dat zijn werk lichter wordt, dat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid is, en de patiënt er beter van wordt.

Wat niet werkt is om onnodig extra tijd te vragen van de medisch specialist om de interprofessionele samenwerking aan te gaan. Hier zien we het verschil tussen Haga en HMC waar bij laatstgenoemde de interprofessionele samenwerking en het delen van expertise, voor een groot deel via het systeem, het dossier, verloopt. Praktisch betekent dit niet meer werk voor de medisch specialist. In één oogopslag ziet hij de bevindingen van de specialist ouderengeneeskunde en neemt dit mee bij het opstellen van het behandelplan.

We hebben naar mogelijkheden gezocht om het gesprek over interprofessioneel samenwerken verder op gang te brengen om zo meer bewustzijn in de organisatie te krijgen en zin in de samenwerking te krijgen omdat de meerwaarde wordt doorverteld. Gesprekken tussen opleider en aios, tussen specialist ouderengeneeskunde en (aios) medisch specialist waarmee samengewerkt is, en tussen projectleider en meerdere a(n)ios die interprofessioneel hebben samengewerkt.

In de procesbeschrijving zijn aanbevelingen t.a.v. de uitvoer opgenomen en daar wordt aangegeven dat dit project drijft op interne motivatie en het leveren van zorg gericht op kwaliteit van leven van de oudere patiënt met cognitieve stoornissen met een duidelijk behandelplan en regievoering. Het is van een paar mensen die er voordeel in zien en niet van het management. Het hangt nu (te) veel van mensen af en als die vertrekken bestaat er een kans dat het inzakt. Voor een duurzaam verloop van dit initiatief heb je ook commitment nodig van de schil eromheen. Een management dat het project draagt en regelmatig op de agenda zet en meezoekt naar incentives die de uitvoering van dit project verder stimuleren. Een management dat communiceert dat dit hele project de oudere patiënt én de bedrijfsvoering ten goede komt. Want men wil naast enthousiasme harde bewijzen dat het werkt. Zorgprofessionals vragen hiernaar wanneer ze benaderd worden om mee te doen met dit project. Een vraag wordt dan gesteld als: 'wat levert het mij op?' Er wordt in domeinen gedacht (cultuur) terwijl het in veel gevallen iets maatschappelijk is. Daar kan het management een rol in spelen.

### **Mogelijkheden voor toepassing andere context**

Deze interprofessionele samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en spoedeisende hulp arts zou ook op andere SEH kunnen worden aangegaan. Afspraken met betrokken partijen aldaar zullen gemaakt moeten worden over de aanwezigheid en mate van autonomie van de specialist ouderengeneeskunde.

## 4 Blauwdruk stageopdracht (experiment)

Om het interprofessioneel opleiden op de SEH in de huidige twee leerwerksituaties te verbeteren hebben we gekeken naar hoe we kunnen inspelen op de belemmerende factoren. Dit heeft geresulteerd in een klein experiment in de vorm van een stageopdracht waarmee we willen bevorderen dat er optimaal interprofessioneel geleerd wordt.

De belemmerende factoren waar we op in wilden spelen zijn:

- Door de vele wisselingen van aios op de SEH is er geen continu bewustzijn bij de aios en hun opleiders dat er interprofessioneel samengewerkt kan worden met een specialist ouderengeneeskunde. Hierdoor worden elkaars rol/expertise en grenzen onvoldoende ontdekt en benut.
- Transmuraal samenwerken is niet opgenomen als onderwerp in een onderwijsmoment of overdracht waardoor een kans gemist wordt dergelijke ervaringen te delen en te leren met en van elkaar.
- De interprofessionele samenwerking blijft nog wel eens hangen op het regelen van een bed en er wordt onvoldoende afgestemd over het behandelplan.

### **Stageopdracht**

De stageopdracht is ontworpen in samenwerking met de opleider SEH-arts van het HagaZiekenhuis. De opdracht is voor de aios tweedelijns en dient als voorbeeld voor hoe andere opleidingen invulling kunnen geven aan een vergelijkbare leerwerksituatie waarin er interprofessioneel geleerd kan worden. De stageopdracht is opgenomen in bijlage 1.

Omdat de context bij het Interdisciplinaire Centrum Ouderengeneeskunde HMC net iets anders is, is de stageopdracht daar wat anders uitgerold. Op de SEH van het HMC is er veel meer activiteit wat betreft de interprofessionele samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en de aios medisch specialist omdat de specialist ouderengeneeskunde daar de hele week aanwezig is. De specialist ouderengeneeskunde werkt daar nog meer autonoom dan in het Haga heeft de aios tweede lijn persoonlijk uitgenodigd om te reflecteren op hun samenwerking middels een kort interview met de projectleider van dit leerexperiment.

De verwachting was dat het niet zo moeilijk is om aios bereid te vinden. Ze voelen de urgentie van interprofessionele samenwerking rondom de oudere patiënt omdat ze zelf vaak niet weten wat de juiste zorg is voor de oudere patiënt op de SEH. Meerdere aios zijn gevraagd of ze bereid zijn de interprofessionele samenwerking met hen rondom de oudere patiënt te evalueren. Dit heeft geresulteerd in een aantal interviews. De interviewleidraad is opgenomen in bijlage 2.

De resultaten van de interviews zijn beschreven in hoofdstuk 5.

### **Uitvoering**

De stageopdracht is in het HagaZiekenhuis niet uitgevoerd zoals we oorspronkelijk bedacht hadden. Dit komt doordat de aios SEH en de anios interne geneeskunde, op het moment dat de opdracht ontwikkeld was, geen diensten meer draaiden op de SEH. Op dat moment is besloten een kort interview met de aios SEH af te nemen over de interprofessionele samenwerking die zij had gehad met de specialist ouderengeneeskunde. Dit op dezelfde wijze als met de aios op de SEH van het HMC. De anios interne geneeskunde draaide geen diensten maar was wel aanwezig op de SEH en deed onderzoek naar het proces daar. Deze anios stelde voor om een keer te observeren hoe vaak de samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde voorkomt en na afloop met betreffende collega te reflecteren op de samenwerking en de projectleider hiervan verslag te doen.



## 5 Bevindingen stageopdracht (experiment)

We hoopten dat door middel van de stageopdracht de interprofessionele samenwerking nog meer bekend zou raken binnen de organisatie en anderen zou enthousiasmeren om ook op deze manier de samenwerking op te zoeken. Dit omdat de stageopdracht de anios tweede lijn de gelegenheid biedt om de interprofessionele samenwerking te bespreken tijdens een onderwijsmoment waar andere a(n)ios aanwezig zijn. Zo kunnen meer a(n)ios horen over de transmurale samenwerking en de betekenis hiervan voor de patiënt.

Vanwege praktische zaken is het uitvoeren van de stageopdracht niet gelukt. De ontwikkelde stageopdracht ligt klaar om uitgevoerd te worden door iedere aios tweede lijn op de SEH. De opleiders kunnen de opdracht aan hun aios uitreiken.

Wel is het gelukt meerdere aios van de tweede lijn te interviewen en te reflecteren op de leerwerksituatie en te kijken naar wat het hen oplevert om de interprofessionele samenwerking aan te gaan rondom de kwetsbare oudere patiënt. De beschreven reflectiepunten uit de stageopdracht zijn gebruikt als interviewleidraad.

Uit de resultaten van de interviews komen punten naar voren die de leerwerksituatie nog optimaler kunnen maken.

### Resultaten

De resultaten maken duidelijk waar en hoe de interprofessionele samenwerking geoptimaliseerd kan worden opdat er optimaal interprofessioneel geleerd wordt. In vogelvlucht geven de resultaten inzicht in wat en hoe de a(n)ios tweede lijn leren in de leerwerksituatie.

De resultaten zijn van respectievelijk

- a. Aios SEH (HAGA)
- b. Anios interne (HAGA)
- c. Anios chirurgie (HMC)
- d. Semi arts SEH (HMC)
- e. Anios SEH (HMC)
- f. Aios neurologie (HMC)

### **In welke mate heeft de samenwerking geleid tot zinnige zorg / wat is volgens jou de meerwaarde van deze samenwerking? Denk ook aan thuiszorg, opname in een zorginstelling of verpleeghulpmiddelen. Ben je tot een gezamenlijk behandelplan gekomen.**

- a. *Bij de eerste patiënt niet zoveel effect omdat deze patiënt zeer afwerend was. Bij de tweede patiënt is sneller een zorgplek gevonden waar de patiënt meer op zijn plaats is en beter van is geworden.*
- b. *De patiënten hadden in beide gevallen geen medische indicatie voor opname en kwamen in aanmerking voor een opname in een verpleeghuis. De eerste patiënt presenteerde zich tegen het einde van de dienst van de specialist, die desondanks na een korte blik geworpen te hebben contact opnam met de dienstdoende specialist ouderengeneeskunde om over een potentiële opname te overleggen. Het complicerende bij deze patiënt voor een opname was dat hij ook cognitieve problemen had, maar geen bewezen dementie. De patiënt kwam daardoor niet in aanmerking voor een PG-plek en omdat hij door de COVID in isolatie moest en niet te instrueren was dat hij niet kon lopen, werd een somatische opname ook lastig. De patiënt is uiteindelijk op sociale indicatie opgenomen in het Haga. Bij de tweede patiënt wist de specialist ouderengeneeskunde van de transferverpleegkundige voor de beoordeling al dat er in de regionale verpleeghuizen geen crisisbedden waren. In de beoordeling werd er voornamelijk gekeken of het een mogelijkheid was dat de patiënt met een uitbreiding van de thuiszorg naar huis zou gaan, echter was dit door zwakte ter been niet mogelijk.*
- c. De patiënt was ingestuurd door de specialist ouderengeneeskunde van het verpleeghuis. De meerwaarde van de samenwerking is dat de patiënt en familie het beleid waarvoor gekozen wordt beter begrijpen. De patiënt en familie zijn erg gefocust op de klacht. Als er iemand van de afdeling ouderengeneeskunde bij komt dan wordt er wat uitgezoomd. Patiënt en familie zien dan in dat bij kwetsbare ouderen er meer bij komt kijken en dat dat mee moet wegen bij de beslissing om al dan niet te opereren. Dat nemen patiënt en familie minder aan van de chirurg. Ze verwachten van de chirurg alleen een uitspraak over wel of niet opereren. Iemand die zich presenteert als specialist ouderengeneeskunde heeft meer verstand van het bredere plaatje. En die heeft ook meer tijd om het gesprek aan te gaan.

- d. Op de SEH kan het erg chaotisch zijn en druk. Er moeten veel patiënten gezien worden. Het is fijn als iemand meekijkt. We kunnen niet altijd iets met het advies. Soms moet de patiënt toch opgenomen worden. Specialist ouderengeneeskunde kijkt breder. Kijkt naar de verschillende domeinen: sociaal, problemen, thuissituatie en wat daar nodig is, cognitieve screen, medicatie. Specialist ouderengeneeskunde kijkt naar het hele systeem maakt betere inschatting van wat er thuis kan al dan niet met (extra) thuiszorg. Zorgprofessionals op de SEH ontbreekt het aan tijd om door te vragen aan de patiënt en de hele zorgsituatie in beeld te brengen. Als ze dit wel zouden doen dan kunnen ze minder patiënten zien.
- e. Anios ervaart het juist als heel prettig als de specialist ouderengeneeskunde betrokken is. Anios geeft aan zich graag met het medische bezig te houden. Denkt zelf ook wel aan het inzetten van fysiotherapie en ergotherapie maar een cognitieve screening behoort tot de expertise van de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde heeft net iets meer oog voor wat mensen kwetsbaar maakt. Het is dus een stukje aanvulling aan beide kanten. Ieder concentreert zich op de eigen expertise en vult elkaar aan wat de patiënt ten goede komt. Specialist ouderengeneeskunde denkt meer aan preventie. Anios denkt hier ook aan maar heeft niet de tijd en expertise om dit volledig te doen.
- f. Elk specialisme werkt als een soort eilandje op de SEH. De specialist ouderengeneeskunde kijkt meer overkoepelend en zien de onderliggende problemen. Met hen kom je tot meer passende zorg. Zij kijken waar een patiënt het beste op zijn plek is en regelen dit zodat dit niet pas na 17 uur wordt gedaan en je te laat bent voor die dag. Eilandje per specialisme op SEH

### **Wat heeft voor jou de samenwerking belemmerd?**

- a. *De enige belemmering is dat de specialist ouderengeneeskunde niet altijd aanwezig zijn.*
- b. *De specialist ouderengeneeskunde screent om de zoveel tijd het SEH-scherm op de aanwezige oudere patiënten, waarbij op iedereen boven de 70 jaar kort een blik wordt geworpen. Er wordt hierbij altijd gekeken of de APOP-score is ingevuld, wat slechts twee keer was gedaan. Bij het beoordelen van de status wordt gekeken of er een opname indicatie is en/of de verwachting is dat de patiënt (extra) zorg nodig heeft. APOP-score is niet altijd ingevuld. De statusvoering verschilt per specialisme. Chirurgie vraagt bijvoorbeeld niet hoe de patiënt woont, de thuissituatie is in zo'n geval niet ingevuld. De specialist ouderengeneeskunde is hier minder autonoom dan bij het HMC. Dit omdat de specialist ouderengeneeskunde bij HagaZiekenhuis extern is. Zij noteert bevindingen niet in het systeem maar deelt dit met de medisch specialist tijdens een fysiek of telefonisch overleg. De samenwerking hangt dus af van of de a(n)ios de specialist ouderengeneeskunde toelaten of in consult vragen.*
- c. Geen belemmeringen.
- d. Geen belemmeringen.
- e. Geen belemmeringen maar je moet wel de bemanning (specialisten ouderengeneeskunde) beschikbaar hebben.
- f. Geen belemmering. De interprofessionele samenwerking zou wel wat meer van twee kanten kunnen komen. Het komt nu voornamelijk van de kant van de specialist ouderengeneeskunde af. Een goede ervaring van interprofessioneel werken en leren kan er wel toe leiden dat de medisch specialist de volgende keer wel het initiatief neemt tot interprofessioneel samenwerken.

### **Wat heeft voor jou de samenwerking bevorderd?**

- a. *Het telefoonnummer van de specialist ouderengeneeskunde staat op het bord. Als je ze belt dan zijn ze vlot aanwezig op SEH. De terugkoppeling verloopt ook goed. Dit gebeurt telefonisch. Nadat de specialist ouderengeneeskunde de patiënt heeft gezien neemt zij het initiatief om ons te bellen.*
- b. *De specialist ouderengeneeskunde wordt op twee manieren betrokken bij de zorg voor de oudere patiënt. Enerzijds worden ze actief benaderd door artsen op de SEH, waarbij het met SEH-artsen/assistenten waren. Anderzijds belt de specialist ouderengeneeskunde zelf actief naar arts-assistenten met de vraag of hun betrokkenheid gewenst was bij een oudere patiënt op de SEH die mogelijk naar huis zou gaan. De specialisten ouderengeneeskunde zijn laagdrempelig te benaderen voor oudere patiënten op de SEH bij wie er sprake is van een zorgprobleem of te kort aan zorg. Hierbij denken ze verder dan de opties die wij als arts-assistenten hebben en hebben ze door hun ervaring en nauwe samenwerking met de transfer ook meer inzicht in wat de patiënt nodig heeft en wat de mogelijkheden zijn. De actieve benadering van de arts-assistenten draagt bij aan de samenwerking, waarbij de arts-assistent de specialist ouderengeneeskunde soms in een eerder stadium kan betrekken. Als in een eerder stadium uitgezocht wordt of het een zorgprobleem betreft kan er nadat patiënt medisch klaar is meteen geschakeld worden.*

- c. De specialist ouderengeneeskunde benaderde zelf de anios chirurgie n.a.v. APOP score, dit gebeurde telefonisch. Anios had daarvoor als in de status van patiënt gezien dat de specialist ouderengeneeskunde deze patiënt ook had bekeken en wist zo dat hij benaderd kon worden door specialist ouderengeneeskunde. Anios heeft de specialist ouderengeneeskunde zelf nog nooit opgezocht maar staat altijd open voor de samenwerking. Specialist ouderengeneeskunde heeft betere contacten met het verpleeghuis en wie er betrokken is bij de zorg. Anios kijkt ook naar de patiënt als geheel persoon en betreft ook altijd de 1<sup>e</sup> contactpersoon. Maar de specialist ouderengeneeskunde heeft meer tijd. Voordat anios contact had met de specialist ouderengeneeskunde was hij al bezig om de zoon van de patiënt en de arts die patiënt kent, te betrekken. Door hun mening te vragen kreeg hij een breder beeld van de patiënt en goed zicht op de conditie van de patiënt voor de val. Dit heeft geleid tot meer zinnige zorg.
- d. Je kunt heel laagdrempelig bellen. Ze komen automatisch naar de kwetsbare oudere patiënt en kijken en denken graag mee. Ze willen met je sparren, ze willen adviezen geven. Ze komen ons opzoeken en andersom voel ik geen drempel om hen te benaderen en ik heb de indruk dat mijn collega's ook geen drempel ervaren. Als we bellen reageren ze altijd positief en gaan in op ons verzoek om langs te komen en mee te denken.
- e. De specialisten ouderengeneeskunde zitten er zelf actief bovenop. Ze kijken in het systeem en gaan proactief langs bij de oudere patiënt en voeren de bevindingen én advies in het systeem wat de anios vervolgens leest. Anios heeft ondertussen ook zelf dingen uitgezocht maar ontdekt dat de specialist ouderengeneeskunde ook wat weet en toevoegt. Er volgt niet altijd een gesprek tussen anios en specialist ouderengeneeskunde maar dat is ook niet altijd nodig. Uitwisseling gebeurt via het systeem. Als er nog dingen zijn dan is er telefonisch contact en belt de anios, bij een nieuw probleem of visie bijvoorbeeld. Specialist ouderengeneeskunde regelt ook al vaak dingen zoals bv. een cognitieve screening. Ze zijn autonoom en complementair aan medisch specialist. Wat heel prettig is dat specialist ouderengeneeskunde een goed beeld heeft van revalidatie en 1,5 lijns mogelijkheden en het schakelen met thuiszorg organisatie.
- f. Ze komen zelf, dat is prettig. De nevenzaken en kwetsbaarheden worden meer in kaart gebracht.

#### **Wat is de oudere patiënt er beter van geworden?**

- a. *Goede aandacht voor een belangrijk deel waar de specialist ouderengeneeskunde betere kennis en kunde in hebben. Kwaliteit van leven en zorg wordt steeds belangrijker als je ouder wordt en inhoud wordt minder belangrijker. Hier heeft de specialist ouderengeneeskunde aandacht voor.*
- b. *In beide casussen waren zowel de specialist ouderengeneeskunde als de arts-assistent van mening dat de patiënt beter af zou zijn in het verpleeghuis dan een opname in het ziekenhuis, maar werd dit belemmerd door capaciteitsproblemen.*
- c. Bij deze patiënt is anios tot hetzelfde beleid gekomen als de specialist ouderengeneeskunde. Er is bewust gekozen voor behandelen. Door 1<sup>e</sup> contactpersoon en arts van patiënt te betrekken ontstond een goed beeld op de situatie van de patiënt voor de val en dat gaf de doorslag. Er is bewuster en verantwoord er gekozen. Keuze is versterkt door de specialist ouderengeneeskunde die tot dezelfde conclusie kwam. Het bevestigt dat het iets toevoegt om een gesprek te voeren om zo een beter beeld te krijgen en dat de specialist ouderengeneeskunde in wezen niets anders doet.
- d. Meer zinnige zorg zoals laatst een patiënt die naar huis wilde met een gebroken voet. De specialist ouderengeneeskunde bracht de thuissituatie goed in beeld en gaf aan dat het thuis niet goed zou gaan. Gevaar dat patiënt de voet, die niet belast mocht worden, toch zou belasten. Er is een EOV plek geregeld waar meteen gestart kon worden met de revalidatie.
- e. Een stuk secundaire preventie. Het tijdig erbij zijn om de kwetsbaarheden te onderkennen en te ondervangen door bijvoorbeeld de inzet van fysiotherapie en ergotherapie. Zo voorkomt je latere representaties met meer ellende. Hoe kun je thuis optimaliseren, valrisico verkleinen, zorgen voor vangnet etc. Dit wordt anders te vaak over het hoofd gezien. Meer aandacht voor preventie maar hiermee bespaar je op de lange termijn een hoop presentaties (denk aan nieuwe heup en andere problemen).
- f. Meer passende zorg en een betere plek.

#### **Hoe kun je anderen enthousiasmeren om op deze manier de samenwerking op te zoeken? Heb je suggesties om de samenwerking te verbeteren en/of intensiveren (betrekken van andere specialisten)?**

- a. *Er is een redelijke bekendheid van de aanwezigheid van de specialist ouderengeneeskunde en ze worden ook betrokken door mij en mijn collega's. Ze zouden nog dichter bij ons kunnen zitten, daar waar wij achter onze pc zitten, in plaats van een telefoonnummer op het bord. Praktisch is dit op dit moment niet mogelijk want het is al zo vol.*

- b. *Allereerst blijven kenbaar maken dat de specialist ouderengeneeskunde er is op vrijdag. Eén dag in de week is best beperkt. De anios komt de specialist ouderengeneeskunde heel weinig tegen want de a(n)ios pool wisselt sterk. Het blijft belangrijk dat de specialisten ouderengeneeskunde zich blijven laten zien door tijdens de dienst een rondje te maken langs de internisten, cardiologen, neurologen, longartsen en de chirurgen. Blijven vertellen dat je er bent als specialist ouderengeneeskunde. Ook het zichtbaar maken van de contactgegevens van de specialist ouderengeneeskunde op het bord op de SEH en in het systeem daar waar alle dienstdoende nummers staan. Doordat ik meeliep met de specialist ouderengeneeskunde werd er door mijn collega's meer op gelet en werden ze meer nieuwsgierig en gingen meedenken wat resulteerde in 'ik denk dat we een patiënt voor je hebben'. Iedereen wordt zich meer bewust van het probleem van onnodig in de tweede lijn opgenomen worden en te zien dat wanneer oudere patiënten er lang genoeg liggen ze vanzelf medisch worden. Het idee is ook ontstaan om een soort van stroomdiagram te maken over wat te doen als je een patiënt hebt met een zorgprobleem die je niet wilt opnemen. Wat te doen als je een patiënt zonder medisch indicatie opneemt. Er is zoiets wel maar daar zit veel te veel tekst bij. Er is behoefte aan een heel praktisch overzicht met zo min mogelijk tekst. Ik heb dit ook met mijn supervisor besproken.*
- c. Anios geeft aan dat hij de specialisten ouderengeneeskunde fysiek weinig ziet. Hij weet ook niet wie ze zijn en waar ze te vinden zijn. Hij weet wel dat hij ze laagdrempelig kan benaderen maar het opzoeken van contactgegevens is net teveel werk. Anios geeft aan dat het voor zijn jongere collega's goed zou zijn als er af en toe een kennismakingsmoment is met de specialist ouderengeneeskunde tijdens de overdracht van de chirurgen. Het overdrachtsmoment is een moment waarbij je veel mensen van het specialisme treft waar nieuwe protocollen, afspraken en onderwijs besproken wordt. Er wordt altijd een PowerPoint gebruikt. Anios geeft de suggestie om een slide toe te voegen met informatie over de aanwezigheid van de specialist ouderengeneeskunde en welk nummer er gebeld kan worden. Geef regelmatig een korte herinnering tijdens de overdracht dat er een specialist ouderengeneeskunde aanwezig is en dat het aan te bevelen is dat je de samenwerking opzoekt.
- d. De collega's op de SEH denken er allemaal wel aan om de samenwerking op te zoeken. Ze ervaren, net als ik, een andere frisse blik en dat stimuleert om de samenwerking op te zoeken.
- e. Te ervaren dat het een aanvulling is op je zorg. Een stuk secundaire preventie. Je hebt er geen extra werk aan en dat maakt een groot verschil. Zo kun jij aandacht geven aan het curatieve deel. De ervaringen is dat de medisch specialist niet meteen de aandacht heeft bij de secundaire preventie maar wil oplossen en minder bezig is met het voorkomen. Door de samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde, die bekend is met de regio, is potentieel winst te behalen. Er komt zo bemoeizorg zonder te storen.
- f. Meer onder de aandacht brengen bij collega's. Meer herkenbaarheid. De samenwerking hangt nu voornamelijk af van het initiatief van de specialist ouderengeneeskunde.

### **Wat heb je geleerd van de specialist ouderengeneeskunde?**

- a. *Tijdens ons onderwijs is er aandacht voor wat de oudere patiënt nodig heeft. Dat kwaliteit van leven en zorg belangrijker wordt dan inhoud. Specialisten ouderengeneeskunde hebben hier in de praktijk meer ervaring mee dan wij. Daar leer je van.*
- b. *De werktijden van de specialist op de vrijdagen, namelijk van 13.00-21.00. De specialist heeft korte lijntjes met transfer, waardoor ze snel inzicht hebben in de opname capaciteit in de regionale verpleeghuizen. Medisch specialist heeft deze lijntjes niet, kan niet via de achterdeur even iemand bellen en moet de formele weg bewandelen. Indien er een beeld is van de zorgzwaarte dan vindt er overleg plaats met transfer. De zorg kan pas aangevraagd worden als de patiënt medisch klaar is. Specialist ouderengeneeskunde kan veel beter in kaart brengen wat een patiënt nodig heeft aan zorg. Ze kunnen ook out of the box denken en komen tot mogelijke oplossingen zodat patiënt niet opgenomen hoeft te worden. Het gaat allemaal veel sneller als specialist ouderengeneeskunde betrokken raken.*
- c. Deze anios heeft een stage gedaan op een revalidatie afdeling. Daar heeft hij geleerd om een breder beeld van een patiënt in kaart te brengen. Om met het systeem de situatie voor de val goed in beeld te brengen. Anios geeft aan dat wanneer je het druk hebt, en dat is meestal het geval, je minder nadenkt. Je denkt aan de breuk en wat je moet regelen voor de operatie maar je moet ook denken aan of je het echt wel wil voor deze patiënt. Dat vraagt even tijd voor een goed gesprek. Het voegt toe als je echt de tijd neemt. Het zou een reflex moeten worden bij het eerste contact dat de a(n)ios chirurgie in de eerste 10 minuten al aankaart dat het feit dat iets gebroken is niet betekent dat er geopereerd moet worden.
- d. Anios geeft aan meer te leren kijken naar het grote plaatje en meer door te vragen naar hoe het thuis gaat.
- e. Aandacht voor secundaire preventie. 1,5 lijns mogelijkheden.
- f. Niet echt iets maar in de logistiek was het wel fijn.

## Bijlagen

### Bijlage 1. Stageopdracht SEH HagaZiekenhuis

<b>Netwerk-stage</b>	<b>Interprofessioneel samenwerken op de Spoedeisende hulp (SEH) HagaZiekenhuis in het netwerk rondom de oudere patiënt.</b>
Context	<p>De focus van de organisatie van de zorg en op de beroepsuitoefening van zorgprofessionals ligt steeds meer op het leveren van de juiste zorg op de juiste plek. Die zorg kan alleen geleverd worden als zorgprofessionals samenwerken in een netwerk rondom de patiënt. Als aankomend arts is het daarom van belang dat je leert samen te werken met andere zorgprofessionals.</p> <p>De zorgsituatie op de SEH van het HagaZiekenhuis biedt mogelijkheden tot interprofessionele samenwerking. Het HagaZiekenhuis en zorggroep Florence werken samen om oudere patiënten sneller de zorg te bieden die ze nodig hebben. Als een oudere patiënt op vrijdag in het ziekenhuis wordt opgenomen met de verkeerde indicatie, vaak alleen zorgprobleem, kan pas op maandag vervolgzorg weer opgepakt worden. Op de vrijdag is daarom de meeste winst te behalen als direct de juiste zorg ingezet kan worden. Sinds 2019 is er elke vrijdagmiddag- en avond een specialist ouderengeneeskunde van zorggroep Florence aanwezig. Die brengt samen met de medisch specialist en de transferverpleegkundige in kaart welke zorg echt nodig is.</p> <p>Het gevolg van de interprofessionele samenwerking is dat de oudere patiënt zinnige zorg krijgt op de juiste plek en zich gehoord voelt. Tegelijk neemt het aantal ligdagen van oudere patiënten in het ziekenhuis aanzienlijk af.</p> <p>Voor deze stage word je gevraagd de volgende interprofessionele opdracht uit te voeren en daarop te reflecteren.</p>
Leerdoelen	<p>Na deze stage kan je</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je eigen rol/expertise en grenzen expliciteren en in samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde daarnaar handelen;</li> <li>- de rol/expertise en grenzen van de specialist ouderengeneeskunde identificeren en deze benutten;</li> <li>- samen met de specialist ouderengeneeskunde het behandelplan van de oudere patiënt afstemmen en uitvoeren (verantwoordelijkheden afstemmen, zorg coördineren, zorg efficiënt afstemmen, zorg realiseren en besluiten nemen)</li> <li>- relevante kennis/expertise/ervaringen delen tijdens overdracht met de specialist ouderengeneeskunde en andere (zorg)professionals</li> <li>- benoemen wat bevorderende en belemmerende factoren zijn in het transmurale samenwerken met de specialist ouderengeneeskunde;</li> <li>- aangeven wat de winst van de transmurale samenwerking tussen jou en de specialist ouderengeneeskunde is voor de oudere patiënt.</li> </ul>
Leermiddelen, leersituaties en opleidingsactiviteiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De specialist ouderengeneeskunde is vrijdagmiddag en -avond aanwezig op de SEH en loopt daar proactief rond en heeft een Wifi toestel. Hierdoor is contact met elkaar mogelijk en kun je elkaar laagdrempelig leren kennen.</li> <li>- De specialist ouderengeneeskunde kijkt mee in HiX naar de APOP score en naar kwetsbaarheid van de oudere patiënt op de SEH en stelt voor om mee te kijken.</li> <li>- Andersom kun jij het initiatief nemen om de specialist ouderengeneeskunde in consult te roepen bij de oudere patiënt op de SEH.</li> <li>- Een ander moment om elkaar rondom de oudere patiënt te ontmoeten is de overdracht van je vakgroep waar de specialist ouderengeneeskunde bij aansluit.</li> </ul>

Opdracht	<p>Als zorgprofessional heb je de taak om steeds met nieuwe ogen naar de zorgpraktijk te kijken en waar je die kunt innoveren.</p> <p>Tijdens deze opdracht ga je interprofessioneel samenwerken met een specialist ouderengeneeskunde van zorggroep Florence, die elke vrijdagmiddag- en avond op de SEH van het HagaZiekenhuis aanwezig is. Je gaat op de SEH samenwerken rondom een oudere patiënt en brengt samen in kaart welke zorg er echt nodig is. Denk ook aan thuiszorg, opname in een zorginstelling of verpleeghulpmiddelen. Doel is om tot een gezamenlijk behandelplan te komen. Vervolgens bespreek je de casus tijdens het vaste onderwijsmoment bij de overdracht. Expliciteer aan het begin van het onderwijsmoment dat het doel van de stage interprofessionele samenwerking is.</p> <p>Bespreek het gezamenlijke behandelplan dat je hebt opgesteld, hoe je tot dit plan gekomen bent en wat de transmurale zorg voor de oudere patiënt heeft betekend.</p> <p>Je bespreekt dus, naast het behandelplan, ook expliciet de interprofessionele samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde en wat dat jou en de patiënt heeft opgeleverd.</p> <p>Mogelijke punten waarop je kunt reflecteren en die je kunt bespreken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Je overwegingen om al dan niet de interprofessionele samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde op te zoeken rondom de oudere patiënt.</li> <li>- Jouw rol en expertise in de samenwerking.</li> <li>- De rol en expertise van de specialist ouderengeneeskunde in de samenwerking.</li> <li>- Wat je geleerd hebt van de specialist ouderengeneeskunde.</li> <li>- In welke mate de samenwerking geleid heeft tot zinnige zorg. (meerwaarde van deze samenwerking)</li> <li>- Wat je moeilijk vond in de samenwerking.</li> <li>- Wat voor jou de samenwerking heeft belemmerd.</li> <li>- Wat voor jou de samenwerking heeft bevorderd.</li> <li>- Wat de oudere patiënt er beter van is geworden.</li> <li>- Hoe je anderen kunt enthousiasmeren om op deze manier de samenwerking op te zoeken.</li> <li>- Suggesties om de samenwerking te verbeteren en/of intensiveren (betrekken van andere specialisten).</li> </ul> <p>Lees ter inspiratie enkele voorbeelden van <a href="#">interprofessioneel leren en werken</a>.</p>
Eisen gesteld aan de werkvloer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanwezigheid specialist ouderengeneeskunde en transferverpleegkundige op de afdeling</li> <li>- Werkafspraken maken met de specialist ouderengeneeskunde over samenwerking</li> <li>- Inplannen van de casusbespreking tijdens een onderwijsmoment</li> <li>- Opleider/supervisor die aios hierin kan begeleiden</li> </ul>
Suggestie	<p>Vanwege de frequente wisseling van a(n)ios op de SEH van het Haga zijn steeds verschillende a(n)ios aanwezig bij het onderwijsmoment. Dit biedt je de gelegenheid om de casus nog een keer te bespreken tijdens een volgend onderwijsmoment waar andere a(n)ios aanwezig zijn. Zo horen meer a(n)ios over de transmurale samenwerking en de betekenis hiervan voor de patiënt.</p>
Thema's	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interprofessionele samenwerking</li> <li>- Transmurale zorg</li> <li>- De oudere patiënt</li> <li>- Netwerkgeneeskunde</li> <li>- Zinnige zorg</li> </ul>
Feedback en beoordeling	<p>Verwerk je reflectie na het onderwijsmoment in je Individuele Opleidingsplan (IOP).</p>

## Bijlage 2. Interviewleidraad SEH HMC

Leerwerksituatie:	SEH Haaglanden Medisch Centrum
Onderwerp:	Interprofessionele zorg voor de oudere patiënt: netwerkstage
Aanleiding	Samenwerking met specialist ouderengeneeskunde
Reflectie:	Met projectleider - Interprofessionele zorg voor patiënten met cognitieve stoornissen: netwerkstage - gesproken en gereflecteerd op de situatie en gekeken naar wat het voor de a(n)ios en de patiënt oplevert om de interprofessionele samenwerking aan te gaan rondom de kwetsbare oudere patiënt.

1. In welke mate heeft de samenwerking geleid tot zinnige zorg / wat is volgens jou de meerwaarde van deze samenwerking? Denk ook aan thuiszorg, opname in een zorginstelling of verpleeghulpmiddelen. Ben je tot een gezamenlijk behandelplan gekomen.
2. Wat heeft voor jou de samenwerking belemmerd?
3. Wat heeft voor jou de samenwerking bevorderd?
4. Wat is de oudere patiënt er beter van geworden?
5. Hoe kun je anderen enthousiasmeren om op deze manier de samenwerking op te zoeken? Heb je suggesties om de samenwerking te verbeteren en/of intensiveren (betrekken van andere specialisten)?
6. Wat heb je geleerd van de specialist ouderengeneeskunde?