

PUBLICATIE

Didactische overwegingen

Februari 2024

Deze publicatie is tot stand gekomen in samenwerking met Tijd voor Verbinding.

Karianne Melkert is verpleegkundig specialist geriatric/SEH, docent en lid van een
TvV leer- en verbeter netwerk.

Inhoud

INLEIDINGEN	3
Disclaimer	3
TOEPASSING	3
HUIDIGE SITUATIE	3
Didactische overweging	4
GEWENSTE SITUATIE OF DOELEN	5
Didactische overweging	5
DIDACTISCHE WERKVORMEN	6

Inleiding

Professionele hulpverleners zorgen meer en meer voor kwetsbare ouderen. In alle facetten van zorg, bij alle variaties in patiënten krijgt de zorgverlener te maken met kwetsbare ouderen. Kennis over deze specifieke zorgvraag is onontbeerlijk om deze kwetsbare ouderen de zorg te bieden die nodig is. Kennisoverdracht, op welke manier dan ook, is nodig om kennis uit te breiden waardoor in de praktijk deze zorgvraag herkend wordt, haalbare, patiëntgerichte zorgdoelen opgesteld kunnen worden, passende interventies ingezet kunnen worden en de zorg geëvalueerd kan worden op concrete resultaten. En dat alles toepasbaar in de praktijk van alledag van de betreffende hulpverleners.

In deze didactische overwegingen wordt globaal beschreven hoe de huidige manier van klinisch redeneren en handelen is, welke onderwerpen zinvol zijn, welke werkvormen hierbij passen en hoe deze kennis in de praktijk geborgd kan worden.

Disclaimer

Om deze overwegingen leesbaar te maken, is alles in zeer algemene termen beschreven. Natuurlijk zijn niet alle betrokkenen, middelen en mogelijkheden gelijk en daarmee voldoen ze niet allemaal voor 100% aan deze omschrijving. In de uitvoering van kennisoverdracht/onderwijs dient hiermee rekening gehouden te worden en de manier van onderwijs aangepast worden aan de collega's (zowel de deelnemers als de docenten), de middelen en de mogelijkheden.

TOEPASSING

Deze overwegingen zijn bedoeld voor alle professionals (artsen, verpleegkundigen, physician assistants, verpleegkundig specialist) die, uitgaande van hun geriatrische expertise en ervaring, deze kennis overdragen aan andere zorgprofessionals die zorgdragen voor de geriatrische patiënt.

HUIDIGE SITUATIE

Veel van het huidige klinisch redeneren, interpreteren van alarmsignalen en triëren van de urgentie van de gezondheidstoestand is gebaseerd op klassiek klinisch redeneren met daarbij typische clusters aan symptomen en alarmsignalen. Veelal beredeneerd vanuit een relatief jongvolwassen patiënt, met een zo goed als blanco voorgeschiedenis, een enkelvoudig probleem, fysieke herstelcapaciteit, voldoende gezondheidsvaardigheden en sociale mogelijkheden om te herstellen van deze ziekte. Met deze manier van denken wordt de oorzaak van de actuele ziekte geïdentificeerd. Wanneer de oorzaak bekend is, is het gebruikelijk om deze te verhelpen of te behandelen met een gestandaardiseerde of geprotocolleerde aanpak en te evalueren op standaard uitkomstmaten.

Voorbeeld: patiënt voelt zich niet lekker. Controles AH 36/minuut, saturatie 88%, RR 85/50mmHg, P 140/minuut, T 39,10C. SIRS of qSOFA zijn richtinggevend voor een sepsis. Gestandaardiseerde diagnostiek wordt ingezet: focusonderzoek en kweken. Standaardbehandeling: iv toegang, vochtbolus en start AB.

Voor veel vormen van patiëntenzorg is het voldoende om binnen deze zorgcontext zorg te verlenen, passend bij de enkelvoudige diagnose om daarna de patiënt de regie te geven zodat deze kan herstellen van ziekte. Redenerend vanuit eerder beschreven denkwijze en gestandaardiseerde zorg heeft de zorgverlener binnen zijn eigen werkveld voldoende invloed om deze zorg te optimaliseren en daarmee de gewenste resultaten te behalen zonder afhankelijk te zijn van andere hulpverleners zoals andere disciplines of over de muren van de zorginstelling waar zij werkzaam zijn.

Zorg voor kwetsbare ouderen is (bijna) altijd multidisciplinair, transmuraal en gebaat bij ketenzorg. Dat vergt van alle hulpverleners een andere manier van informatie verzamelen, overdracht, communiceren en werken. Het betekent ook dat je als individu minder invloed hebt op de kwaliteit van zorg en des te meer winst boekt bij samenwerken en borgen van continuïteit van zorg.

Voorbeeld: patiënt, zelfstandig wonend met 3 keer per dag thuiszorg, intensieve betrokkenheid POH-ouderen, klein sociaal netwerk, komt in het weekend naar de SEH met een val en daarbij een fractuur. Wordt op zondag geopereerd, krijgt een delier, herstelt vlot van het delier, wordt snel overgeplaatst naar de GRZ, vermoeden van cognitieve stoornissen, ontslag naar huis met thuiszorg zoals eerder.

Het gebruik van gestandaardiseerde denkpatronen of redeneertools, klassieke alarmsymptomen, standaard behandelprotocollen en evalueren met behulp van stereotype uitkomstmaten heeft bekende voordelen (tempo, resultaatgericht, concrete evaluatie gewenste uitkomsten). De kwetsbare oudere laat zich minder makkelijk stereotyperen en standaardiseren. Waar mogelijk wordt dit natuurlijk wel gedaan. Denk hierbij aan het gebruik risicoscreening. Het vervolg hierop is het inzet van standaard (verpleeg)plannen waarbij de succesgarantie niet 100% is. Immers zijn er veel individuele variaties bij de kwetsbare oudere die het succes bepalen.

Voorbeeld risicoscreening: wanneer iemand een verhoogd risico heeft op een delier is het de standaard dat er delierpreventieve/oriënterende maatregelen ingezet worden. Dat voorkomt niet altijd een delier.

Didactische overwegingen

Het is zinvol om de gebruikelijke manier van denken te adresseren. Deze werkt immers bij veel patiënten goed. Bij het onderwijs is het handig om de gebruikelijke manier van denken te gebruiken als uitgangspunt om vervolgens antwoord te geven op de vraag waarom deze manier van denken onvoldoende of zelfs helemaal niet werkt bij de kwetsbare ouderen.

Onderwerpen die daarbij kunnen helpen zijn

- *Fysiologische veroudering:* welke invloed heeft fysiologische veroudering op de klassieke manier van ziekte én alarmsymptomen? De variatie in de mate van veroudering per patiënt en per orgaansysteem geeft al zoveel mogelijke combinaties van veroudering dat dit voor een deel een antwoord is op waarom de standaard kwetsbare oudere (en dus de standaard zorg) niet bestaat.
- *Atypische ziektepresentatie:* dit borduurt voort op bovenstaand onderwerp en is een uitleg waarom de kwetsbare oudere zich op een andere manier presenteert dan een vitale, oudere volwassene. Nieuw ontstane problemen zoals delier en (toename incidentie) vallen beschouwen als (alarm)symptoom van (atypische) ziekte geeft hulpverleners handvatten om alarmsymptomen anders te interpreteren.

- *Kwetsbaarheid objectiveren*: kwetsbaarheid is een abstracte term. Veel hulpverleners kunnen, op basis van intuïtie, bepalen of de patiënt wel of niet kwetsbaar is. Het is de uitdaging om dit met behulp van zoveel mogelijk objectieve argumenten te onderbouwen. Hoe concreter de intuïtief bepaalde kwetsbaarheid onderbouwd kan worden, hoe patiëntgerichter de interventies ingezet kunnen worden, hoe positiever de resultaten. De term 4 (of 5) assen is niet voor iedereen een intuïtieve term. Termen als holistische benadering, brede blik of multidimensionale analyse kunnen meer tot de verbeelding spreken. De 4 (of 5) assen kunnen bijvoorbeeld wel goed gebruikt worden om te structureren, als het ware als redeneerhulp.
- *Daarop voortbordurend*: contact met de gezondheidszorg door een kwetsbare patiënt komt vaak voort uit meerdere oorzaken op verschillende gebieden. Hoe anders is dat bij een vitale, jongere patiënt? Die heeft vaak 1 somatische oorzaak die maakt dat deze contact zoekt met de gezondheidszorg. Wanneer deze oorzaak geïdentificeerd is, wordt de standaardbehandeling, met goed resultaat ingezet. Terwijl de geriatrische patiënt, behalve somatische oorzaken, ook psychische, functionele en/of sociale oorzaken heeft als aanleiding voor zijn contact met de gezondheidszorg. Met andere woorden: een kwetsbare patiënt kenmerkt zich door multiproblematiek en is dus gebaat bij multidisciplinaire en transmurale oplossingen. Denk hierbij aan de samenwerking met andere disciplines zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, diëtisten.
- *Organisatie van de Nederlandse of lokale gezondheidszorg voor (kwetsbare) ouderen*: denk hierbij aan indicaties, logistiek/werkwijze/ mogelijkheden en beperkingen bij kortdurende of permanente ontslagbestemmingen zoals eerstelijns verblijf, geriatrische revalidatiezorg of medische revalidatiezorg, PG-verpleeghuis. Mogelijkheden in de eerste lijn zoals taken van POH-ouderen, casemanagers, vrijwillige zorg, dagbesteding. En overweeg onderwijst over relevante wetgeving zoals de Wet Zorg en Dwang met IBS/RM en crisismaatregelen, WLZ en PGB.

Er is weinig zo demotiverend om heel hard te werken aan (gestandaardiseerde) zorg zonder gewenste resultaten. Door bij alle onderwerpen te richten op de mogelijkheden, de onmacht te exploreren en deze te adresseren en vervolgens opties aan te bieden, en nog mooier de hulpverlener zelf laten beredeneren, welke interventies in welke context zinvol zijn (en welke niet), wordt de hulpverlener meer en meer in zijn kracht gezet.

GEWENSTE SITUATIE OF DOELEN

Zoals in de introductie beschreven is het doel van het onderwijs om de hulpverleners de tools te geven om de zorgvraag van de kwetsbare oudere te exploreren. Dit wordt bedoeld in de breedste zin van het woord: niet alleen somatisch maar ook de psychische, functionele en sociale factoren die van invloed zijn op het behoud van gezondheid of het herstel van ziekte.

Wanneer deze zorgvraag gedefinieerd is, is het streven om de haalbare interventies toe te passen en de resultaten te evalueren met behulp van reële uitkomsten.

Didactische overwegingen

Hoe dichter de gewenste situatie ligt bij de huidige situatie, hoe kleiner de investering die nodig is om het doel te behalen. Wanneer er een groot verschil is tussen de huidige en gewenste situatie is een grotere investering nodig om de gewenste situatie te realiseren. Deze grotere investering kan bestaan in tijd, in frequentie/ herhaling of effort (denk aan meer interactieve werkvormen, variatie in werkvormen, PR ten aanzien van scholing).

Het is goed om vooral de mogelijkheden van het geriatrisch gedachtengoed te benoemen en daarnaast eerlijk zijn over de beperkingen hiervan. Blijf reëel in de haalbaarheid van de wenselijke situatie. Het is niet haalbaar en (en ook niet wenselijk) om van alle hulpverleners internisten ouderengeneeskunde, klinisch geriater of geriatrische verpleegkundigen te maken. Het streven is om handvatten aan te bieden zodat alle hulpverleners in hun eigen dagelijkse praktijk weten wat ze zelf kennen en kunnen, wanneer ze andere hulpverleners moeten betrekken dan wel specifieke zorgvragen over kunnen dragen. Met andere woorden: vooral positief bekrachtigen en bijsturen op het doel en de haalbare praktijk.

Klassiek onderwijs kan beginnen met een uitleg over de oorzaak van de ziekte, pathofysiologie, symptomen, diagnostiek en behandelbeleid. In de praktijk begint het met symptomen. Sluit met alle werkvormen (zie werkvormen) en inhoud aan bij de dagelijkse praktijk en ziektepresentatie van de kwetsbare ouderen. Beschrijf de rationale bij verschillende denkpatronen en interventies. Waarom een DOS? Waarom wel/geen Haldol? Waarom multifactoriële (4-assige) analyse? Hoe kunnen we uitkomsten van scorelijsten gebruiken voor patiëntgerichte zorg? Niet omdat we dat vanuit de werkgroep of het specialisme willen maar omdat de zorg voor de kwetsbare oudere verbetert. Vergeet daarbij ook niet om te vertellen welke gewenste effecten zichtbaar zijn. Daarmee kan de hulpverlener zelf evalueren of de interventies het gewenste effect hebben, wordt daarmee in de praktijk positief bekrachtigd en zal deze aanpak in een vergelijkbare situatie sneller weer toepassen.

DIDACTISCHE WERKVORMEN

Welke keuze er ook gemaakt wordt voor welke werkvorm dan ook: onderwijs op toepassingsniveau en interactie levert het hoogste leerrendement op.

Table tops/casusbespreking: Bespreek een casus in chronologische volgorde. Geef een stukje informatie en geef de deelnemers de gelegenheid om vragen/interventies te formuleren. De keuze van de casus past bij het onderwijsonderwerp en de te behalen doelen. Maak gebruik van de antwoorden/suggesties van de deelnemers: ga daarmee verder.

Voorbeeld: patiënt is sinds vier dagen opgenomen op de afdeling MDL in verband met vermoeden rectaal bloedverlies. Vraag: wat wil je weten om een inschatting te maken van de mate van kwetsbaarheid? Wanneer deelnemers alle vragen hebben gesteld en de antwoorden zijn gegeven, kan een vervolgvraag zijn: welke interventies zet je, voor deze patiënt, in deze situatie in om functieverlies te voorkomen tijdens de klinische opname? Vervolgens beschrijf je dat, aan het begin van de avond de patiënt plukkerig wordt? Wat doe je? Welk focus onderzoek zet je in? In deze casus kunnen ook verpleegkundigen focusonderzoek inzetten (huidinfecties, flebitis) of een voorstel doen aan de arts voor focusonderzoek (lab, ECG). De meerwaarde/rationale is: hoe eerder het delier behandeld wordt, hoe minder kans op complicaties als gevolg van het delier, hoe groter de kans op herstel.

Groepsopdrachten en presenteren aan elkaar: Stel leervragen op over klinische onderwerpen die aan elkaar verwant zijn. In subgroepen beantwoorden de hulpverleners de vragen en na een bepaalde tijd presenteren ze aan elkaar het antwoord. Dit presenteren kan terwijl de hulpverlener op de plaats zit, het is hierbij niet nodig om voor de groep te staan.

Voorbeeld: Delier, dementie en depressie. Vragen kunnen bijvoorbeeld gaan over symptomen, beloop, bejegening/interventies en evaluatie. Als vervolg op deze opdracht past bijvoorbeeld ook de casus met een delier uit het voorgaande voorbeeld. Dit voorbeeld is complexer te maken wanneer de patiënt bekend is met een dementie met gebruikelijk gedrag waarbij de DOS 4-5 is. Het belang van DOS of de inzet van naasten kan met deze casus benadrukt worden.

Coaching on the job/interprofessioneel leren: wanneer geriatrie betrokken is bij een patiënt, benader de betrokken hulpverlener om het geriatrisch gedachtengoed bij deze patiënt te exploreren. Begin met uit te vragen wat de hulpverlener al weet en welke interventies ingezet zijn. Ook in deze context verhoogt positief bekrachtigen en bijsturen het leerrendement en de motivatie. Gebruik voor het bijsturen vooral het hoe en waarom en formuleer samen mogelijke interventies die voor alle partijen haalbaar zijn en bijdragen aan goede zorg voor de kwetsbare oudere.

Quiz/interactief (digitaal) vraag-antwoord: Stel vragen op over 1 onderwerp. Suggesties hiervoor zijn o.a. Kahoot, Wooclap, Socrativ of Mentimeter. Geef de antwoorden niet, verdeel de vragen over personen of subgroepjes zodat ze deze met betrouwbare bronnen beantwoord kunnen worden. In de nabespreking, beantwoorden de deelnemers hun vragen.

Discussie: Dit is een goede werkvorm voor het bespreken van ethische onderwerpen zoals ouderen-mishandeling of laatste levensfase problematiek/behandelbeperkingen. Het leerrendement wordt hoger wanneer deelnemers eigen casuïstiek gebruiken als leidraad voor de discussie.

