

Naar een toekomstbestendige medische zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit door interprofessionele samenwerking: leren van ervaringen uit de langdurige zorg

Auteurs: Marjon van Rijn, Iris van Doorne, Maaïke C.C. Bierstekers, Martin Smalbrugge

Samenvatting

Achtergrond: kwalitatief goede medische zorg kunnen blijven verlenen aan ouderen met complexe multimorbiditeit wordt de komende decennia een grote uitdaging en staat in de langdurige zorg al onder grote druk. Interprofessionele samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde, de verpleegkundig specialist en de physician assistant kan bijdragen aan het toekomstbestendiger maken van deze zorg.

Doel: ervaringen in de langdurige zorg met interprofessionele samenwerking van specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants beschrijven en zicht krijgen op succesfactoren en uitdagingen.

Methode: focusgroep-interviews met specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants uit meerdere langdurige zorgorganisaties met ervaring in interprofessioneel samenwerken van deze professionals.

Resultaten: interprofessionele samenwerking wordt door de deelnemers positief gewaardeerd. Thema's die uit de interviews naar voren kwamen waren: 'krapte arbeidsmarkt als aanleiding', 'onbekendheid met de vakinhoud en deskundigheid van de verpleegkundig specialist en physician assistant', 'vertrouwen', 'meerwaarde', 'ontbreken van protocollen/formats' en 'beperkingen qua regelgeving en richtlijnen'.

Discussie/conclusie: de gevonden thema's passen binnen een bestaand theoretisch model over de ontwikkeling van interprofessionele samenwerking. Interprofessionele samenwerking in de langdurige zorg bevindt zich nog in de beginfase. Voor verdere ontwikkeling is het van belang elkaars competenties te kennen en waarderen. Duidelijke formats die competenties/bekwaamheid en taakverdeling/samenwerking beschrijven kunnen tevens helpen. De recente gezamenlijke steun vanuit de betrokken beroepsverenigingen voor de interprofessionele samenwerking is een belangrijke stap in de verdere ontwikkeling ervan en biedt perspectief voor het toekomstbestendig houden van de medische zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit.

Towards sustainable medical care for older people with complex multimorbidity by interprofessional collaboration: lessons from experiences in the long term care

Abstract

Background: delivering medical care of appropriate quality to older people with complex multimorbidity will be challenging in the next few decades and is already under pressure in the long term care setting. Interprofessional collaboration between elderly care physicians, nurse practitioners and physician assistants can contribute to the sustainability of this care.

Objective: to describe the experience with interprofessional collaboration of physicians, nurse practitioners and physician

assistants in long term care and get insight in facilitators and challenges for it.

Methods: focus group interviews were conducted with elderly care physicians, nurse practitioners and physician assistants from several long term care organisations were conducted, who collaborated as professionals for some time.

Results: interprofessional collaboration was valued positively. Themes emerging from the interviews were: 'scarcity of physicians as reason employing nurse practitioners and physician assistants'; 'unfamiliarity with competencies of nurse practitioners and physician assistant among physicians'; 'trust'; 'added value'; 'absence of protocols/formats' and 'legal and regulation barriers'.

Discussion/conclusion: the emerging themes fit within an existing theoretical model about development of interprofessional collaboration. The development of interprofessional collaboration in long term care fits in the first phases of this model. Important steps for realizing further interprofessional collaboration in daily practice is being aware of and valuing each other's competencies. Also formats that describe competencies and collaboration procedures are considered helpful. Positive for further development is the recent formal support of the three professional organisations together, offering perspective for sustainability of medical care for older people with complex multimorbidity in the coming decades.]

Kernwoorden: interprofessionele samenwerking, langdurige ouderenzorg, physician assistant, specialist ouderengeneeskunde, taakherschikking, verpleegkundig specialist

Keywords: Elderly care physician, Interprofessional collaboration, Long term care, Nurse practitioners, Physician assistant, Task reallocation

Introductie

Het bieden van medische zorg van goede kwaliteit aan ouderen met complexe multimorbiditeit wordt een belangrijke uitdaging in de komende decennia. Door een groeiende behoefte aan zorg en door schaarste aan zorgprofessionals, waaronder specialisten ouderengeneeskunde (SO), komt goede medische zorg aan deze groep ouderen steeds meer onder druk te staan.^{1 2} Zowel in de langdurige zorg aan ouderen als voor thuiswonende ouderen wordt de druk sterk gevoeld, en worden verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) in toenemende mate ingezet.³ Zowel de VS als de PA zijn voor een aantal voorbehouden handelingen bevoegd om zelfstandig te indiceren, uit te voeren en te delegeren.^{4 5} De VS is werkzaam op zowel medisch als verpleegkundig domein, terwijl de PA uitsluitend in het medische domein werkzaam is. Voor het structureel herverdelen van taken tussen beroepen, oftewel taakherschikking⁶, is het belangrijk om ervaringen uit te wisselen⁷ en is interprofessioneel leren, waarbij verschillende professionals met en van elkaar leren, essentieel⁸. Van taakherschikking kan toegegroeid worden naar optimale interprofessionele samenwerking, waarbij verschillende professionals een gezamenlijke doelstelling hebben, en een gedeelde verantwoordelijkheid, om optimale kwaliteit van zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit te realiseren. De WHO omschrijft interprofessionele samenwerking als het door verschillende zorgprofessionals met verschillende achtergronden leveren van een breed scala aan zorg met oog voor de patiënt, familie, mantelzorgers en omgeving om de best mogelijke kwaliteit van zorg te leveren.⁸ Taakherschikking en interprofessioneel samenwerken betekent veranderen, innoveren en experimenteren.

In de afgelopen jaren zijn door betrokken beroepsgroepen verschillende hulpmiddelen ontwikkeld om het opzetten en uitvoeren van deze samenwerking te ondersteunen. Voor de medische zorg in de ziekenhuizen is er de handreiking 'Samenwerking en Taakherschikking in de Klinische Geriatrie/Interne Ouderengeneeskunde' van de beroepsverenigingen van de klinisch gerieters, internisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants.⁹ Ook is er een 'platform zorgmasters'.¹⁰ Via dit platform wordt kennis over taakherschikking, specifiek over de verpleegkundig specialist en physician assistant verzameld, gecreëerd en gedeeld. Zeer recent is vanuit de beroepsverenigingen van specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants de handreiking 'Samenwerking en taakherschikking ouderenzorg'

gepubliceerd.¹¹

Deze ontwikkelingen zijn aanleiding geweest om de ervaringen te inventariseren van specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants met taakherschikking en interprofessionele samenwerking uit een aantal langdurige zorgorganisaties. Hiermee wordt inzicht geboden in de succesfactoren, de uitdagingen en de mate van interprofessionele samenwerking van deze beroepsgroepen. Dat kan zorgprofessionals en zorgorganisaties in de langdurige zorg helpen bij het realiseren en/of verbeteren van de interprofessionele samenwerking.

Methodes

Opzet en deelnemers

In het eerste kwartaal van 2022 zijn twee online (vanwege de COVID pandemie) focusgroep-interviews met specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants via Zoom gehouden over ervaringen met interprofessioneel samenwerken van deze professionals in de medische zorg. De opzet van de interviews was semigestructureerd, aan de hand van een tevoren opgestelde topic lijst (zie tabel 1). De zorgorganisaties (n=24) die deel uitmaken van het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO) Amsterdam¹² werden via de Nieuwsbrief van het UNO Amsterdam in het vierde kwartaal van 2021 benaderd voor deelname. Deelnemers werd gevraagd om zich aan te melden als duo specialist ouderengeneeskunde met verpleegkundig specialist of physician assistant, zodat de ervaringen binnen één organisatie vanuit minimaal twee perspectieven gedeeld kon worden.

Tabel 1: topic lijst van gespreksonderwerpen voor semigestructureerde focusgroep-interviews

Aanleiding voor zorgorganisatie om verpleegkundig specialisten/physician assistants in dienst te nemen
Hoe verloopt de samenwerking - Ervaringen (positief/minder positief/negatief) - Belemmeringen/uitdagingen (zoals: verantwoordelijkheden, regiebehandelaarschap, juridisch, financiering)
Verschillen in de samenwerking/afspraken per zorgsetting (intra/extramuraal; langdurig verblijf/palliatieve zorg/geriatrische revalidatie zorg (GRZ); eerstelijnsverblijf (ELV); avond-, nacht-, weekenddienst)
Toekomst van interprofessioneel samenwerking van betrokken beroepsgroepen (uitdagingen, vragen, wensen)

Dataverzameling en analyse

De onderzoekers (MvR, IvD, MS) leidden de focusgroep-interviews, waarbij een onderzoeker (MS) moderator was en een tweede onderzoeker notities maakte (MvR, IvD).

Van de focusgroep-interviews zijn, na toestemming van deelnemers, audio opnames gemaakt die getranscribeerd zijn (waarbij deelnemers een cijfer-lettercode kregen) en na transcriptie vernietigd zijn. De transcripten zijn geanalyseerd op basis van inductieve thematische analyse zoals beschreven door Braun & Clark.¹³ Hierbij zijn de volgende stappen doorlopen: 1: het lezen en herlezen van de transcripten, 2: het coderen van de data, 3: het zoeken naar thema's, 4: het reviewen van de thema's en 5: het definitief vaststellen van de thema's. Stap 1 is door alle onderzoekers gedaan. Vervolgens zijn de stappen 2 en 4 door twee onderzoekers per focusgroep (MvR/MB en IvD/MS), eerst onafhankelijk van elkaar en vervolgens samen gedaan. Voorafgaand aan het zoeken naar thema's zijn de codes in het gehele onderzoeksteam besproken. De stappen 3 en 5 zijn

door het gehele onderzoeksteam gedaan om tot consensus te komen over de thema's (MvR, MB, IvD, MS).

Resultaten

Deelnemers focusgroepen

Deelnemers vanuit vijf zorgorganisaties (die zowel intra- als extramuraal medisch zorg verlenen) deden mee aan de twee focusgroep-interviews met in totaal 8 deelnemers. Aan de eerste focusgroep (n=5) namen 1 duo SO en VS, 1 duo SO en PA en 1 VS deel (3 zorgorganisaties). Aan de tweede focusgroep (n=3) namen 1 duo SO en VS en 1 VS deel (2 zorgorganisaties). Om organisatorische redenen (ziekteverzuim/waarneming) bleek de aanwezigheid van minimaal een duo met 1 specialist ouderengeneeskunde en 1 verpleegkundig specialist of physician assistant per zorgorganisatie niet volledig haalbaar.

Ervaringen met interprofessioneel samenwerken

Uit de analyse van beide focusgroep-interviews komt een aantal thema's naar voren die belangrijk blijken rond de (start van) interprofessionele samenwerking van de betrokken beroepsgroepen. Dat zijn: 'krapte arbeidsmarkt als aanleiding', 'onbekendheid met de vakinhoud en deskundigheid van de verpleegkundig specialist en physician assistant', 'vertrouwen', 'meerwaarde', 'ontbreken van protocollen/formats' en 'beperkingen qua regelgeving en richtlijnen'.

Krapte arbeidsmarkt als aanleiding

Bij alle organisaties bleek het niet kunnen invullen van bestaande vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde een belangrijke reden om een verpleegkundig specialist of physician assistant voor het verlenen van medische zorg aan te stellen. Een bijkomende reden bij enkele organisaties was de behoefte aan meer continuïteit in de medische zorg aan bewoners en de verwachting dat verpleegkundig specialisten daarin beter voorzien dan basisartsen vanwege de korte dienstverbanden van basisartsen.

Quote VS: 'VS'en zijn er gekomen denk ik gewoon praktisch omdat er moeite was om SO's te vinden omdat het moeilijk was om arts-assistenten te vinden. Dus daarom, maar volgens mij ook voor een stukje continuïteit want arts-assistenten wisselen natuurlijk altijd en een VS blijft hopelijk toch langer dan een jaar.'

Quote SO: 'Er is echt wel behoefte aan stabiliteit en je gaat dan liever voor collega's die wat langer bij je zijn. Over het algemeen zijn basisartsen jonger en gaan ook weer hun eigen weg. Wat ontzettend goed is want we proberen ze echt te motiveren die ouderengeneeskunde weg in te gaan. Maar uiteindelijk ben je ze toch weer kwijt en dan denk ik toch dan heb ik liever tien à twintig jaar een VS, ..., die bij ons kan blijven werken.'

Onbekendheid met de vakinhoud en deskundigheid van de verpleegkundig specialist en physician assistant

Verpleegkundig specialisten en physician assistants zijn relatief nieuwe professionals binnen de ouderenzorg met een grote ervaren individuele variatie aan kennis en vaardigheden. De specialisten ouderengeneeskunde geven aan dat het daardoor niet op voorhand duidelijk is wat de individuele verpleegkundig specialist of physician assistant aan bekwaamheid heeft en hoe ieders verantwoordelijkheid geregeld is in de samenwerking.

Quote SO: 'Ik kreeg een verpleegkundig specialist als maatje hier en daarvoor had ik een arts-assistent gehad en ik wist helemaal niet zo goed wat een verpleegkundig specialist was. Ik dacht oh jeeh nou ben ik eindverantwoordelijk voor iets, voor wie ben ik eigenlijk eindverantwoordelijk en hoe zit dat precies.'

Quote SO: 'Dus ik denk je ziet een enorme spreiding in kwaliteit en vaardigheden en tussen sowieso basisartsen en VS'en. Dus dat maakt het ook lastig.'

Onbekendheid vraagt om elkaar leren kennen, wat nauw samenhangt met het thema 'vertrouwen', dat door veel deelnemers in relatie tot 'onbekendheid met het vak van verpleegkundig specialist en physician assistant' benoemd werd.

Vertrouwen

Vertrouwen wordt door alle deelnemers genoemd als basis om hun samenwerking succesvol te laten zijn en worden. Vertrouwen heeft voor de deelnemers verschillende aspecten.

– Het heeft te maken met de persoonlijkheid van de professional. Hoe werk je als persoon met collegae samen.

Quote SO: 'Als ik weet dat iemand zo'n traject heeft afgelegd, ..., die krijgt 100% vertrouwen. Ik denk dat je zo met elkaar moet omgaan, het is een manier van leven. En dat zijn we niet meer gewend, zo doen we dat niet meer tegenwoordig. Of we het ooit zo gedaan hebben weet ik niet. Ik denk dat we het zo zouden moeten, rotte appels heb je overal en ongeleide projectielen die schade maken, dat kan een basisarts zijn, het kan helaas ook een specialist ouderengeneeskunde zijn en ook een verpleegkundig specialist.'

– Het is ook gebaseerd op vertrouwen dat professionals inzicht hebben in hun eigen bekwaamheid en de grenzen daarvan en die grenzen durven aan te geven volgens de deelnemers.

Quote PA: 'Wat onze kracht is, is dat wij onze grenzen kennen en dat is denk ik wel heel belangrijk in het kader van vertrouwen.'

Quote VS: 'Daar zijn we tijdens de opleiding steeds op gewezen van blijf bij jezelf, blijf bij je eigen gevoel en vraag hulp in waar je nodig hebt. En dat merk ik wel dat veel verpleegkundig specialisten en physician assistants denk ik ook doen. En als je dat vertrouwen hebt met elkaar dan kan je gewoon verder bouwen met elkaar.'

– Een belangrijke voorwaarde voor vertrouwen is ook elkaar leren kennen.

Werken met vaste duo's van specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten/physician assistants bevordert het elkaar leren kennen en daarmee het vertrouwen. Deelnemers zien het elkaar leren kennen als basis voor samenwerking: er wordt een grote variatie aan kennis en ervaring tussen de individuele verpleegkundig specialisten/physician assistants ervaren, wat maakt dat iedere nieuwe samenwerking het vraagt om elkaar te leren kennen en vertrouwen. Samenwerken vindt onder de deelnemers plaats zowel in de intramurale langdurige zorg, de geriatrische revalidatie, bereikbaarheidsdiensten in avond, nacht en weekenden, als in de eerste lijn. In al die settings wordt de behoefte en noodzaak tot elkaar leren kennen bij nieuwe samenwerking herkend en benoemd.

Quote VS: 'Ja ik denk veel overleggen, veel elkaar zien, en ook proactief laten zien waar je mee bezig bent dus niet alleen aankloppen op het moment dat er problemen zijn, maar ook bij hele eenvoudige casuïstiek, van kijk dit is mijn plan, ik ga ervan uit dat je het er mee eens bent, maar mocht dat niet zijn dan hoor ik het graag.'

Quote VS: 'In principe staat wel vast wat ik in eerste lijn moet doen maar weet je nooit helemaal van tevoren, op het moment dat je bij een patiënt binnen stapt of die patiënt uiteindelijk toch aan dat kader voldoet. Dan komt er wel iets kijken van je eigen inzicht van kan ik hier in gaan. Je moet wel zelf je grenzen weten in de complexiteit en in wat je zelf nog kunt en wat niet.'

Quote SO: 'Wat ik ook merk is dat het enorm van belang is dat je een vast duo bent dat je weet waar de grenzen liggen, maar ook dat de verpleegkundig specialist, en dat geldt ook voor arts-assistent, dat zij weten waar hun deskundigheid en hun ervaring ophoudt en waar ze moeten doorschakelen.'

– Leren loslaten.

Samenwerken met verpleegkundig specialisten of physician assistants betekent taken loslaten voor een specialist ouderengeneeskunde. De ene specialist ouderengeneeskunde kan dit beter dan de andere.

Quote VS: '..we snappen ook dat voor een SO of een huisarts het soms moeilijk kan zijn. Want je moet iets loslaten

wat je al die tijd wel zelf gedaan hebt en dat moet je delen en de grip erop raak je kwijt.'

– Negatieve eerste ervaringen in samenwerken.

Als de eerste samenwerking van de specialist ouderengeneeskunde met verpleegkundig specialisten of physician assistants niet goed verloopt, is de ervaring dat dit vertrouwen onder druk zet en langere tijd doorwerkt.

Quote SO: 'Naar mijn idee is de start hier niet soepel gegaan er zijn mensen aangenomen toen waarbij een aantal VS'en achteraf niet zo goed functioneerde. Wat natuurlijk niet heel handig is voor de start als je een nieuwe discipline binnen wilt hengelen en het loopt meteen al niet helemaal super, dan is dat niet handig voor de PR. Dat lag ook niet altijd alleen aan de VS want de dingen waren ook niet goed geregeld.'

Quote VS: 'Wij hebben die ervaring een beetje met PA's, we hebben een aantal keer geprobeerd een PA aan te nemen omdat VS'en ook niet voor het oprapen liggen. Maar dat is elke keer toch niet gelukt, dus we zien nu eigenlijk al dat elke nieuwe PA die komt solliciteren eigenlijk al met 2-0 achter staat.'

Meerwaarde

De deelnemers ervaren in de praktijk van het samenwerken duidelijke meerwaarde. Zo wordt de deskundigheid en eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundig specialist/physician assistant als een groot pluspunt ervaren die tot efficiëntere inzet van de specialist ouderengeneeskunde leidt.

Quote SO: 'Jullie hebben je eigen deskundigheid, jullie eigen verantwoordelijkheid, jullie doen soms ook jullie eigen ding en daar ben ik dan niet bij betrokken of heel vaak niet in de eerste lijn. Dat wordt gewoon allemaal geregeld.'

Quote VS: 'Maar ik merk dat ik heel erg op het netwerk gericht ben en ook op welzijn bijvoorbeeld maar ook tijd investeer om het netwerk goed te leren kennen en een SO heeft vaak medische focus terwijl ik denk ik breder kijk dan dat en dat is denk ik nog wel een verschil.'

De verpleegkundig specialist kan door de verpleegkundige achtergrond ook gemakkelijk aansluiten bij de zorgmedewerkers en goed de verbindingsrol vervullen tussen cure en care en daarin taken op zich nemen waardoor een specialist ouderengeneeskunde zich meer op de eigen specialisatie-deskundigheid kan richten. Men vult elkaar aan.

Quote VS: 'Als ik ... mag spreken denk ik ... dat wij als verpleegkundig specialisten meer care leveren dan alleen cure, ...dat het samenwerken met de zorgteams met niveau 2 en niveau 3 collega's, aandacht besteden aan scholing, aan coaching on the job, dat dat ons sterke punt is, dus op dat punt maak je ook een kwaliteitsslag. Een brugfunctie.'

Ontbreken van protocollen/formats

Veel deelnemers gaven aan dat bij de introductie van de verpleegkundig specialist/physician assistant in de organisatie een handreiking, format of protocol gemist werd, met een beschrijving van taken, bekwaamheid/bevoegdheid en verantwoordelijkheden van de verpleegkundig specialist/physician assistant in relatie tot specialist ouderengeneeskunde. Vastleggen daarvan werd bij de start gezien als belangrijk voor samenwerking en een basis voor vertrouwen. In de praktijk werd meestal gestart zonder dat dit helder schriftelijk vastgelegd was en, als het wel goed vastgelegd werd, bleken deze documenten niet vaak geraadpleegd te worden.

Quote VS: 'Ik denk ook dat het werkdocument met taakherschikking of werkverdeling dat veel mensen niet weten van het bestaan en laat staan wat erin staat. Het is wel een keer, vijf jaar terug herzien, maar ik denk daarna echt niet meer actief uit de kast gepakt. En volgens mij zijn we uiteindelijk tot een soort consensus gekomen over eigen verantwoordelijkheid, kennis en kunde. Plus bestaande richtlijnen, zoals ik net zei bij palliatieve sedatie of Parkinson of bij het starten van psychofarmaca, het voorschrijven vanuit de formularium.'

Er is wel behoefte aan onderlinge samenwerkingsafspraken, gebaseerd op de bekwaamheid van de verpleegkundig specialist

en physician assistant, die net als die van die specialist ouderengeneeskunde niet statisch is, maar zich ontwikkelt in de tijd. Dat vraagt om cyclisch aanpassingen van samenwerkingsafspraken.

Quote SO: 'We zijn eigenlijk vooral een eigen visiestuk gaan maken aan de hand van de handreiking samenwerking en taakherschikking in de klinische geriatrie en de interne ouderengeneeskunde. Waarin ook in staat ... de VS en PA hebben allemaal een eigen [BIG] registratie,... waar zit nou het spectrum van de physician assistant, waar zit een verpleegkundig specialist.'

Quote SO: 'We hebben een lijst gemaakt van verwijzingsclassificaties welke kun je wel en welke kun je niet aan.'

Beperkingen qua regelgeving en richtlijnen

Door juridische en financiële wet- en regelgeving, mogen verpleegkundig specialisten en physician assistants bepaalde taken niet uitvoeren. Voorbeelden zijn het niet mogen schouwen en het niet zelfstandig kunnen declareren in de eerste lijn door verpleegkundig specialisten en physician assistants. Ook wordt genoemd dat een aantal richtlijnen van medici onvoldoende ruimte biedt aan zelfstandig handelen van de verpleegkundig specialisten en physician assistants. Regelgeving en richtlijnen worden in deze situaties als belemmerend ervaren voor een goede samenwerking.

Quote PA: 'Als we moeten schouwen dan hebben we soms een hele interessante situatie de praktijk dat dan niet goed loopt, je bent verantwoordelijk voor een afdeling en je ziet die patiënt al weken en opeens moet je een dagarts bellen [die] de patiënt niet kent, dat het alleen om de handtekening gaat. Ja, dat is echt niet bij deze tijd.'

Quote SO: 'Dat er een SO bij betrokken is [bij de consultatie], is dus eigenlijk door wet- en regelgeving noodzaak en wij zijn aan het uitvogelen hoe we samen daar een vorm in kunnen vinden.'

Quote VS: 'Als ik kijk naar wat er gebeurd is onder onze beroepsgroep VS'en naar aanleiding van nieuwe richtlijnen in palliatieve sedatie. Ja dat heeft nogal wat teweeg gebracht en heeft geen positief effect en dat is jammer want het laatste wat je wilt is dat je tegenover elkaar komt te staan. We willen juist naast elkaar staan en vandaar ook elkaars kennen en kunde gebruiken en ervaringen. Als er dan wordt gezegd ja een VS is niet voldoende in staat om het zelf te initiëren voor een palliatieve sedatie, dat roept nog al wat op, dat doet het al jaren.'

Discussie

In dit artikel worden de ervaringen rond interprofessioneel samenwerken van specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants uit een aantal langdurige zorgorganisaties beschreven om inzicht te krijgen in de succesfactoren en de uitdagingen van de interprofessionele samenwerking van deze beroepsgroepen. Over het algemeen is de ervaring positief en wordt de noodzaak voor, en meerwaarde van, de samenwerking gezien en gevoeld. De eerste aanleiding voor de interprofessionele samenwerking was vaak langdurig openstaande vacatures voor de functie van specialist ouderengeneeskunde binnen de organisatie, maar ook de behoefte aan meer continuïteit in de patiëntenzorg. Dit leidde tot een herschikking van taken. Om van deze taakherschikking tot optimale interprofessionele samenwerking te komen, spelen vertrouwen en het ervaren van meerwaarde in de dagelijkse praktijk een belangrijke rol. Het leren kennen van elkaars competenties en durven vertrouwen op elkaars kunde wordt als essentiële voorwaarde ervaren. Samenwerking op basis van vertrouwen werd eerder ook door Lovink et al. benoemd als succesfactor voor samenwerking.¹⁴ Daarnaast wordt in een recente systematische review het belang van team performance beschreven, waarbij goede onderlinge relaties van belang worden geacht, maar ook een gelijke status en het kennen van elkaars rol.¹⁵

Deze resultaten zijn herkenbaar gezien vanuit een theoretisch model dat de ontwikkeling van interprofessionele samenwerking beschrijft.^{8 16 17} Reinders et al. onderscheiden daarin verschillende fasen (0 tot en met 5) in de ontwikkeling van interprofessionele samenwerking.^{16 17} De eerste stap is elkaar leren kennen, als mens (fase 0) en als professional (fase 1): wie is die professional? De fases 2 en 3 van het model hebben betrekking op het 'wat' (wat kan iedere specifieke professional doen) en het 'hoe' (hoe organiseren we de samenwerking tussen de professionals): het operationele deel van interprofessionele samenwerking.

De thema's die uit de focusgroep-interviews naar voren komen, tonen dat de ontwikkeling van de interprofessionele

samenwerking in de langdurige zorg tussen specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist en physician assistant zich veelal in de fases 1-3 bevindt.

De verpleegkundig specialist en physician assistant zijn relatief nieuwe beroepsgroepen, waarbij de professionele identiteit ook nog in ontwikkeling is. Dit komt in de focusgroep-interviews ook naar voren, onder meer uit de onbekendheid (voor specialisten ouderengeneeskunde) met de vakinhoud van deze beroepsgroepen. Uit de interviews komt ook naar voren dat er tussen individuele verpleegkundig specialisten en physician assistants ruime variatie bestaat in competenties en daarmee bekwaamheid, samenhangend met ervaring en de initiële opleiding. Zowel de specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants benadrukken dat grenzen van bekwaamheid aangeven belangrijk is, en stimulerend, bij de samenwerking.

Een basisdocument maken waarin de specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist/physician assistant samen als duo aan de start van een samenwerkingstraject de competenties/bekwaamheid van de verpleegkundig specialist/physician assistant vastleggen en praktische concrete afspraken maken over taakverdeling/samenwerking wordt genoemd als goede mogelijkheid hierbij. Ook de plaats en rol van de drie beroepsgroepen in de medische behandelvakgroep kan daarin beschreven worden. In de focusgroep-interviews is dit niet uitgediept, maar bleek dit verschillend te zijn vorm gegeven. De betrokken beroepsverenigingen hebben recent – fase 4 in de ontwikkeling van de interprofessionele samenwerking, waarbij de maatschappelijke omgeving hierbij betrokken wordt – een handreiking over interprofessionele samenwerking van de drie beroepsgroepen gepubliceerd.¹¹ De beroepsverenigingen waarderen de interprofessionele samenwerking positief en doen een 'handreiking' voor verdere interprofessionele samenwerking. De handreiking biedt geen concrete formats om competenties van de verpleegkundig specialist en physician assistant en afspraken over uitvoering van taken onder ieders eigen professionele verantwoordelijkheid te beschrijven. Daar bleek duidelijk wel behoefte aan onder de deelnemers aan de focusgroep-interviews. De handreiking van de NVKG, NIV en V&VN biedt hiervoor wel enkele formats, die in de langdurige zorg ook bruikbaar kunnen zijn.⁹

Bij fase 4 past ook dat de beroepsgroepen zich samen inspannen om ervaren belemmeringen in de samenwerking op te lossen. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld het niet mogen schouwen door de verpleegkundig specialist en physician assistant en het niet zelfstandig kunnen declareren van 1e lijns consultaties vanuit de ouderengeneeskunde aan de huisarts, op te lossen. Dat vergt voortgaande strategische samenwerking van de beroepsorganisaties van specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist en physician assistant.

In de laatste fase (fase 5), het ontwikkelen van een interprofessionele identiteit (fase 5), (h)erkennen de betrokken beroepsgroepen dat het essentieel is om samen te werken en elkaar aan te vullen, omdat niet één zorgprofessional alle benodigde competenties heeft en 'alles' kan. De drie beroepsgroepen hebben elkaar nodig om op een toekomstbestendige wijze kwetsbare ouderen kwalitatief goede medische zorg te verlenen: er is wederzijdse afhankelijkheid. In de focusgroepen werd dit in een enkele zorgorganisatie op momenten al zo ervaren.

Kijkend naar eerdere gepubliceerde literatuur met betrekking tot interprofessionele samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist en physician assistant worden er veel overeenkomsten gezien. Met name in de thema's die passen bij fase 1 t/m 3, zoals de eigen identiteit leren kennen en elkaar leren kennen. De ontwikkelingen in fase 4, waaronder het samen inspannen en fase 5, wederzijdse afhankelijkheid worden in deze focusgroepen nu deels herkend. Een volledige integratie van fase 4 en 5 in langdurige ouderenzorg zou een focus moeten zijn voor komende jaren.

Beperkingen van de studie

De uitgevoerde focusgroep-interviews bieden inzicht in succesfactoren en uitdagingen in de interprofessionele samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Hierbij is het aantal focusgroepen en deelnemers beperkt, wat maakt dat dit artikel mogelijk niet alle succesfactoren en uitdagingen beschrijft. Hoewel de bevindingen in beide focusgroepen grote overeenstemming lieten zien, is datasaturatie niet met zekerheid vast te stellen. Daarnaast is het mogelijk dat professionals met meer positieve ervaringen sneller bereid waren deel te nemen de focusgroep-interviews en kan de heterogene samenstelling van de groep invloed hebben gehad op de mate van het gevoel vrij meningen te kunnen delen. Hierdoor zijn minder goede ervaringen mogelijk minder belicht.

Conclusie

Om goede interprofessionele samenwerking, ook met nieuwe collegae- specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants, te realiseren is het van belang te blijven investeren in elkaar leren kennen, elkaars competenties te kennen en waarderen en duidelijke formats te hebben voor beschrijving van competenties/bekwaamheid en van taakverdeling/samenwerking. Dat sluit aan bij de bevindingen uit het proefschrift van Lovink,² en kan gezien worden als signaal dat er nog veel mogelijkheden zijn voor verbetering van de interprofessionele samenwerking.

Het theoretisch model van Reinders over ontwikkeling van interprofessionele samenwerking^{16 17} kan een goed hulpmiddel zijn om bewust te worden van de verschillende fases van interprofessioneel samenwerken en voor de verdere ontwikkeling ervan. Daar komt uit naar voren dat er zeker ook ontwikkeling zit in de interprofessionele samenwerking: van erkenning van elkaars professie tot erkenning zonder elkaar geen goede zorg te kunnen leveren.

Interprofessionele samenwerking kan verder versterkt worden door in de beroepsopleidingen van de professionals daar specifiek aandacht aan te schenken en onderwijs deels interprofessioneel aan te bieden. Zo kan interprofessionele samenwerking een bijdrage leveren aan het toekomstig bestendig houden van de medische zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit.

Quote VS: 'Ik denk dat de grootste uitdaging sowieso wordt om die ouderenzorg behapbaar te houden met de boom die er aankomt. Alle hens aan dek en hoe kunnen we dan toch zorgen dat de kwaliteit niet door de ondergrens zakt. Ik zie dat als de grootste uitdaging hoor om te zorgen dat die ouderenzorg goed vormgegeven wordt zowel intra- als extramuraal want alles blijft ook meer buiten om die huisarts daarin te steunen en het met elkaar te doen op een goeie manier dat het ook nog leuk werken blijft voor iedereen.'

Auteurs

Marjon van Rijn

Amsterdam UMC, location Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Medicine for Older People, Amsterdam Public Health Research Institute, Aging & Later Life, Urban Vitality - Centre of Expertise, Faculty of Health, Amsterdam University of Applied Sciences

Amsterdam UMC, location Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Medicine for Older People

Amsterdam Public Health Research Institute, Aging & Later Life

Urban Vitality – Centre of Expertise, Faculty of Health, Amsterdam University of Applied Sciences

corresponderend auteur

e-mail: m.vanrijn@amsterdamumc.nl

Iris van Doorne

Amsterdam UMC, location Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Medicine for Older People, Amsterdam Public Health Research Institute, Aging & Later Life, Amsterdam UMC, location University of Amsterdam, Department of Internal Medicine

Amsterdam UMC, location Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Medicine for Older People

Amsterdam Public Health Research Institute, Aging & Later Life

Amsterdam UMC, location University of Amsterdam, Department of Internal Medicine

Maike C.C. Bierstekers

Amsterdam UMC, location Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Medicine for Older People

Amsterdam UMC, location Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Medicine for Older People

Martin Smalbrugge

Amsterdam UMC, location Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Medicine for Older People, Amsterdam Public Health Research Institute, Aging & Later Life

Amsterdam UMC, location Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Medicine for Older People

Amsterdam Public Health Research Institute, Aging & Later Life

Literatuurlijst

1. Sociaal-Economische Raad. Zorg voor de toekomst, Over de toekomstbestendigheid van de zorg. Den Haag; 2020. Beschikbaar op: <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2020/zorg-voor-de-toekomst.pdf>
2. Lovink MH. The impact and organization of skill mix change in healthcare for older people. Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses [Internet]. [Nijmegen]: Radboud University; 2019. Beschikbaar op: <https://www.ukonnetwerk.nl/media/1282/digitaal-proefschrift-marleen-lovink.pdf>
3. Verenso. Standpunt Taakherschikking Verenso [Internet]. 2021. Beschikbaar op: <https://www.verenso.nl/over-verenso/standpunten-verenso/taakherschikking>
4. V&VN. Nieuw beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist. [Internet]. 2019. Beschikbaar op: <https://www.venvn.nl/afdelingen/jeugdverpleegkundigen/nieuws/nieuw-beroepsprofiel-verpleegkundig-specialist/>
5. Nederlandse Associatie Physician Assistants. Beroepsprofiel Physician Assistant 2017. [Internet]. 2017. Beschikbaar op: <https://www.napa.nl/app/uploads/2022/07/Beroepsprofiel-Physician-Assistant-2017.pdf>
6. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. [Internet]. 2002. Beschikbaar op: <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2003/01/13/taakherschikking-in-de-gezondheidszorg>
7. van Vliet K, Grotendorst A, Roodbol P. Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in de zorg en welzijn in het digitale tijdperk. 2016. [Internet]. 2016. Beschikbaar op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/11/17/anders-kijken-anders-leren-anders-doen-grensoverstijgend-leren-en-opleiden-in-zorg-en-welzijn-in-het-digitale-tijdperk>
8. Gilbert JH, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health*. 2010;39 Suppl 1:196-7.
9. V&VN-VS, NAPA, NVKG. Handreiking Samenwerking en Taakherschikking in de Klinische Geriatrie/Interne Ouderengeneeskunde [Internet]. 2021. Beschikbaar op: <https://www.internisten.nl/sites/internisten.nl/files/Handreiking%20Samenwerking%20en%20Taakherschikking%20in%20de%20Klinische%20Geriatrie%20en%20Interne%20Ouderengeneeskunde.pdf>
10. Platform Zorgmasters [Internet] Beschikbaar op: <https://zorgmasters.nl/>
11. Verenso, V&VN-VS, NAPA. Handreiking Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg Specialist ouderengeneeskunde Verpleegkundig specialist Physician assistant [Internet]. 2022. Beschikbaar op: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/220331_Handreiking-Taakherschikking-Ouderenzorg_DEF_bij-nieuwsbericht.pdf
12. UNO zorgorganisaties [Internet] Beschikbaar op: <https://unoamsterdam.nl/uno-zorgorganisaties/>
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
14. Lovink MH, Laurant MG, van Vught AJ, Maassen I, Schoonhoven L, Persoon A, et al. Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: a realist evaluation case study. *BMJ Open*. 2019;9(5):e028169.
15. Doornebosch AJ, Smaling HJA, Achterberg WP. Interprofessional Collaboration in Long-Term Care and Rehabilitation: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2022;23(5):764-77 e2.
16. Reinders JJ. Task shifting, interprofessional collaboration and education in oral health care. Groningen: University of Groningen; 2018.
17. Reinders JJ, Lycklama À Nijeholt M, Van Der Schans CP, Krijnen WP. The development and psychometric evaluation of an interprofessional identity measure: Extended Professional Identity Scale (EPIS). *J Interprof Care*. 2020:1-13.