

Coschap geriatrie in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, afdeling Geriatrie, B78

Op de eerste dag van het coschap kun je vanaf 8.00 uur terecht bij de servicedesk, routenummer A50; daar krijg je je persoonlijke badge voor dit co-schap.

Deze is nodig om in het patientendossier en in de back-office van onze afdeling te kunnen komen. Met deze badge kun je alvast een witte jas ophalen bij routenummer A66, bij de kledinguitgifte.

Met badge en witte jas ben je tussen 8.15 en 8.30 uur welkom op B78, bij ons secretariaat geriatrie (Reggie Bosch, Ingrid Rensen, Annelou Laguette of collega's); zij geven korte rondleiding en begeleiden je naar jouw werkplek; om 8.35 is de ochtendoverdracht en zul je horen met welke geriater je meeloopt op de eerste dag.

Op woensdag heb je is het introductiegesprek met de co-opleider.

Bij ziekte/ afwezigheid is het belangrijk dit te melden bij het secretariaat 024-3657319; en/of via mail geriatrie.secretariaat@cwz.nl en/of opleider c.hilkens@cwz.nl of bij haar afwezigheid (plaatsvervangend) opleider s.v.d.poll@cwz.nl

Opleiders :

Co-assistent opleider: Chris Hilkens, klinisch geriater (werkzaam woe, do, vrijdag)

Vervangend Co-opleider: Sascha van de Poll, klinisch geriater (werkzaam alle dagen)

Wij leiden op met de hele vakgroep; andere vakgroepleden/klinisch geriateren zijn

Rachel Bogers, Simone Haverkort, Lotte van den Ingh en Lesley Kuipers.

Je kunt ook veel leren van de verpleegkundig specialisten en verpleegkundig consulenten. Je krijgt een lijstje met telefoonnummers van de secretaresse.

Op onze afdeling worden naast 1 co-assistent meestal ook een Haio en senior co-assistent (die er beiden 3 maanden zijn) opgeleid. Jullie verdelen onderling de patiënten en taken, het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid om zoveel mogelijk en zo gevarieerd mogelijk aantal patiënten te zien.

Weekindeling/werkzaamheden :

Op alle dagen poli, dit is de core-business van de stage, daar is heel veel te leren en wordt je nauw gesuperviseerd. We hebben geen verpleegafdeling geriatrie, doen wel medebehandelingen en zijn in MDO's, en wisselend ook in visites/ overdrachten en moreel beraad bij andere specialismen in huis betrokken.

De eerste dag kijk je mee bij een polipatient hoe een Comprehensive Geriatric Assessment verloopt. In de dagen erna ga je steeds meer zelf doen.

Het accent ligt op denken vanuit, en je onderzoek toesnijden op het biopsychosociale model van ziekten. Het is van belang om zicht te krijgen op de geriatrische syndromen met meestal multifactoriële oorzaken die elkaar vaak ook onderling beïnvloeden.

Een goed overzicht van de voorgeschiedenis en medicatie en integratie van interne, neurologische en psychiatrische co-morbiditeit is altijd nodig; een goede polianalyse staat en valt bij voorbereiding.

We maken een probleemlijst op 5 assen (zie geriatrische sjablonen in HIX; op internet richtlijn CGA, clinical geriatric assesment).

Naast ervaring opdoen op de polikliniek bestaat de mogelijkheid om ook enkele dagen met de consulenten mee te kijken (beste in combinatie met dagdeel poli en zeker op dag dat er (te) weinig poli patiënten zijn) en zo de medebehandeling patiënten te zien en volgen. Het is

daarbij erg leerzaam om mensen met een delier op meerdere momenten te zien en daardoor het wisselende beeld van een delier te leren kennen. De verpleegconsulent op 2363 is degene die het overzicht heeft en jij kunt als daar ruimte is meedoen met hun bezoeken bij de aangevraagde medebehandelingen. Van belang, zoals ook bij de poli's is een grondige voorbereiding. Tav de verslaglegging kun je onder supervisie van de geriater een deel van de CGA- medebehandelingen uitwerken. Op latere momenten kun je deze patiënten opnieuw zien en beloop volgen, dit is nog het meest leerzaam en zinvol tav de giant "delier" die we minder op poli zien.

Meekijken met de pre-behandelpoli of post-delier van de VS is zeker ook zinvol als de spoeling evt wat dunner is op de poli en dat kan ook zo zijn bij een poli ikv vervolg van dementiemedicatie door de verpleegkundig specialist. Behandelbesluiten en advanced care planning zijn onderwerpen die daar standaard ook aan bod komen.

Op de vrijdagen ga je mee naar de Waalsprong om daar met de co-opleider 2 nieuwe patiënten te zien/analyse te doen.

Onderwijs/overlegrooster :

Het onderwijsrooster wordt maandelijks gemaakt, te vinden op de M Schijf : onder Geriatric\Algemeen\Onderwijs-opleiding\rooster onderwijs intern; hierin staan ook de MDO's vermeld. In de laatste week van je coschap (meestal op woensdag) geef je zelf een voordracht voor de vakgroep over een probleem dat je tegenkwam in het co schap en waarover je verdieping met ons deelt. Dit kan een smaller geriatrisch onderwerp zijn, of een onderwerp dat niet specifiek (alleen) geriatrisch is; het is van belang dat je het geriatrische aspect bij dit probleem (bv impact en interferentie met de rest van de 5 assen) wel heel nadrukkelijk uitlicht als het een niet specifiek geriatrisch onderwerp betreft.

Beoordeling

Het advies is om zeker 20-25 KPB's behalen. Het is van belang om je supervisors te vragen om feedback en die te verwerken in een KPB. De ervaring leert dat je in de eerste weken nog niet op 3b/3c niveau bent in de geriatrische anamnese; wij vullen de "score" in en zijn gericht op je vooruitgang.

Uiteraard is de differentiaal diagnose en het behandelplan alsook bespreking met patient en mantelzorger belangrijk en heb je daarin al veel ervaring opgedaan bij het huisarts coschap; hierin moet je bij onze patientgroep ook belangrijke stappen zetten en op een 3b niveau uitkomen. We zijn opbouwend kritisch op je vooruitgang en bespreken dat onderling. Gedurende de stage geeft de begeleider continu taken/opdrachten. Het niveau van volledig delegeren van taken zal meestal niet gehaald worden: er blijft evaluatie en feedback noodzakelijk.

Graag ontvangt de opleider de uitnodiging voor de tussen- en eindbeoordeling minimaal 1 dag voor deze beoordeling om je behaalde KPB's te kunnen inzien en zo nodig verder te bespreken. De tussenbeoordeling is een belangrijk ijkpunt in het co-schap.

We verwachten dat je evt. extra aandachtspunten, of struikelblokken of kleine of grotere problemen voor jou, van belang voor dit coschap, met ons communiceert. Dat is uiteraard handigste om door te nemen met de opleider en/of vervangend- mede opleider, maar kan zo nodig ook bij een ander lid van de vakgroep; het is maar een korte stage en evt bijsturen en specifieke leerpunten kunnen anders onvoldoende aan bod komen.

Mocht er sprake zijn van een minder goede werksfeer of (angst voor) grensoverschrijdend gedrag, is het van belang dat je dit kan en mag en zelfs moet delen. In onze patientpopulatie kan dat soms bestaan als onderdeel van een gedragsstoornis waarvoor patiënt komt. Je veiligheid is heel belangrijk. Meldt het altijd bij (voor-) tekenen. Mocht het in je stage op werkplekken voorkomen is onze vraag dat laagdrempelig te bespreken, met opleider of plaatsvervangend opleider. Weet dat dat ook kan met een van de 4 vertrouwenspersoon die in ons ziekenhuis daarvoor specifiek beschikbaar zijn (te vinden op “ons cwz” bij zoekterm vertrouwenspersoon).

Kennisbronnen om je verder in te verdiepen tijdens dit co-schap op momenten die niet met directe patiëntenzorg zijn gevuld :

- Boek probleem-georiënteerd denken in geriatrie alle giants
(vallen, mobiliteitsstoornissen, duizeligheid, cognitieve stoornissen, stemmingsstoornissen, verwardheid, incontinentie, ondervoeding)
- Boeken in onze colloquium kamer
(vele handboeken tav interne, neurologie, psychiatrie, psychiatrisch onderzoek)
- Presentaties op de M-schijf (graag vragen we om jouw presentatie daaraan toe te voegen)
- Intranet CWZ kwaliteitsportaal (oa collum care; VIT voorkomen fixatie-protocol)
- Site NVKG nederlandse vereniging klinisch geriatrie
- Richtlijnen : NVKG – richtlijnen database FMS - NHG – Pallialine -Verenso
- Farmacotherapie;
richtlijn polyfarmacie; start en stop criteria; formularium indicatiegericht/transmuraal
- Klinimetrie (ook te vinden op M schijf en films you tube)
MOCA, MMSE, IQcode, Rudas, GDS maar ook tav adl, iadl, mobiliteit, voedingstoestand, kwaliteit van leven
- Vormen dementie differentiële diagnostiek, aanvullende diagnostiek
- Gedragsproblemen en benadering; ROT/ validatie; relatie persoonlijkheid/levensloop/VG
- Frailty en resilience

- Nijmeegse methode van moreel beraad
- Wettelijke kaders; WZD; mentor-bewindvoering-curatorschap
- KNMG brochures stoppen eten/drinken – euthanasie
- Indicatiestellingen (ZZP 4,5,6,9,gb) tav verpleeghuiszorg
- Wilsbekwaamheid – wettelijke vertegenwoordiging
- Patiënt brochures geriatrie CWZ (internet en op polikamers)
- Keuzehulp patiënt; thuisarts

- Casuïstiek /oefenmateriaal op Brightspace