

Uitval door ongeschiktheid voor ouderengeneeskunde

Inhoudsopgave

Uitval door ongeschiktheid voor ouderengeneeskunde	2
De keerzijde van reanimeren	10
Hora-est: Patient-centeredness in geriatric rehabilitation	18
Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en verzorgenden bij probleemgedrag bij dementie	21
Weefseldonatie na overlijden in twee woonzorginstellingen	35
Ingezonden reactie op artikel: De behandeling van agitatie bij dementie	44
Boekbespreking: Kleine Kwalen en alledaagse klachten bij ouderen	46
Boekbespreking: Zelfzorg van de jonge dokter	48
Even voorstellen...Noralie Geessink	50
Van de redactie	52
Estafette...Floris Booij	54
Woord van het bestuur	57
SANO: Zorg vanuit de beleving van de cliënt!	60
Uit de ouderengeneeskundige praktijk	66

Uitval door ongeschiktheid voor ouderengeneeskunde

**Wat we van opleidingsgeschillen kunnen leren over de
essentiële competenties van het vak**



Judith Godschalx

Het opleidingsplan ouderengeneeskunde kent selectieve beoordeling van de mate waarin een aiös geschikt is voor het vak. In dit artikel worden de competenties beschreven, die bij aiössen die ongeschikt werden bevonden voor het continueren van hun opleiding, vaak onvoldoende zijn. Kennis hierover vergemakkelijkt selectie, detectie en begeleiding van aiössen.

Samenvatting

Achtergrond en doel

Een groot deel van de aiossen ouderengeneeskunde valt tijdens de opleiding uit, een deel na initiatief van het hoofd van de opleiding. Kennis over de achtergronden hiervan is beperkt.

Methoden

Van 2011 tot en met 2020 zijn geschillen tussen aios en opleider over beëindiging van de opleiding, onderzocht door het bestuderen van de uitspraken van de geschillencommissie van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Resultaten

De commissie hield het besluit over het einde van de opleiding in 9 van de 11 uitspraken in stand. Professionaliteit was in alle uitspraken onvoldoende.

Beschouwing

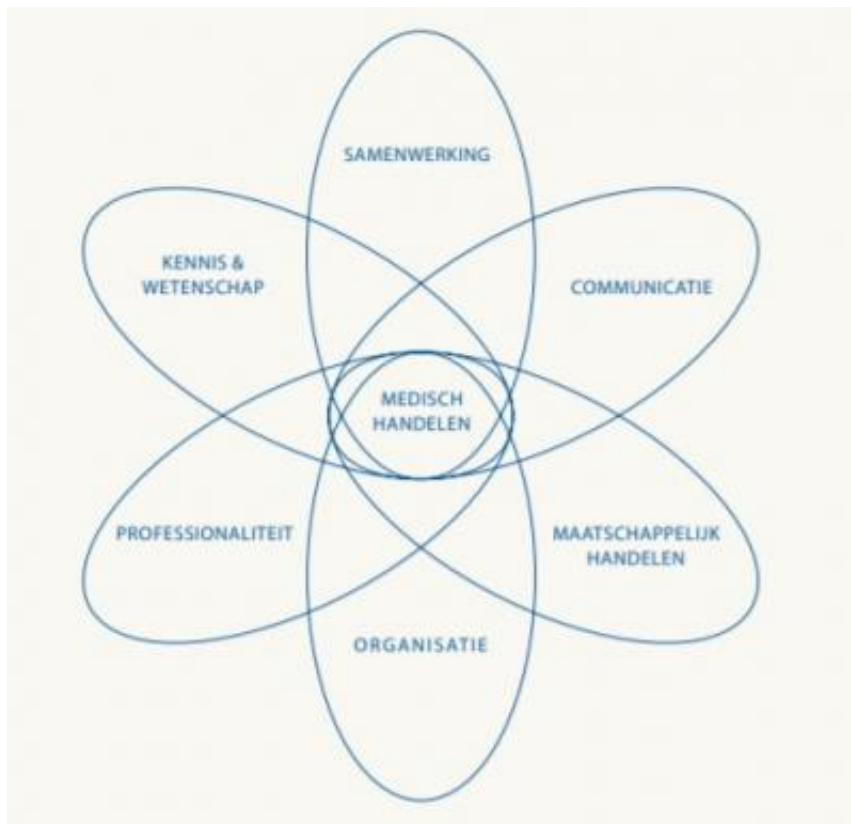
Tekortkomingen in medisch handelen worden minder vaak genoemd dan tekortkomingen in competenties als professionaliteit, communicatie en samenwerking bij aiossen ongeschikt voor ouderengeneeskunde.

Achtergrond en doel

Artsen in opleiding (aios) tot specialist ouderengeneeskunde vallen vaak uit. Een kwart staakt de opleiding zonder deze te behalen.¹ Dat is veel te veel, want er is behoefte aan goed opgeleide specialisten. Een deel van de aiossen stopt de opleiding vanwege hoge werkdruk.² Een ander deel stopt vanwege onvoldoende competenties.³ Ook het hoofd van de opleiding kan besluiten om de opleiding daarom te stoppen. Helaas is onbekend welk tekort aan competenties dan wordt gezien bij de aiossen. Inzicht in de motieven van zo'n besluit geeft aiossen duidelijkheid. Vanwege de privacy van de aios die het betreft, blijven de motieven bij andere aiossen vaak onhelder en dat geeft onrust en mogelijk zelfs twijfel aan de eigen competenties of vrees om moeilijkheden tijdens de opleiding met de opleider te bespreken.

Sinds de modernisering van de vervolgoopleidingen voor artsen (2010-2016) ligt de nadruk op competentiegericht opleiden. Er zijn zeven specifieke competenties (medisch handelen, kennis en wetenschap, communicatie, samenwerking, organisatie, maatschappelijk handelen en professionaliteit, zie onderstaande CanMeds roos), de bekende CanMeds, die ook gelden voor het competentieprofiel specialist ouderengeneeskunde 2019.⁴ Opleiders zijn na de invoering hiervan vroegtijdiger en voortvarender gaan ingrijpen bij incompetente aiossen.⁵ De opleider beoordeelt de geschiktheid van de aios vaker met een selectieve beoordeling.⁶ Bij twijfel volgt meestal extra begeleiding (EBT) waarbij het individueel opleidingsplan met doelen, voorwaarden en de wijze van beoordeling wordt aangevuld. Dit duurt minimaal drie maanden

met als afsluiting een selectieve beoordeling. Als de beoordeling na een EBT onvoldoende blijft, kan het hoofd van de opleiding de opleiding van de aios beëindigen.⁷



Als de afgewezen aios zichzelf wel geschikt vindt, dan vraagt deze het opleidingsinstituut om bemiddeling. Als bemiddeling niet bevredigt, dan kan de aios kan naar de geschillencommissie. Deze commissie doet een bindende uitspraak over het geschil. Het door de aios ongewilde einde van de opleiding is een ingrijpende gebeurtenis. Vasthoudende aiossen die de feedback van de opleider over disfunctioneren betwisten, de begeleiding onvoldoende vonden, of de kansen in een andere opleidingsinstelling willen beproeven, zullen de commissie verzoeken om een uitspraak. Analyse van de uitspraken maakt zichtbaar, welk competentietekort een aios, volgens de opleider, ongeschikt maakt voor de ouderengeneeskunde.

Methoden

Er werd in februari 2021 systematisch gezocht naar uitspraken van de geschillencommissie tussen 2011 en 2020 over het besluit van het hoofd van de opleiding ouderengeneeskunde om de opleiding te beëindigen. De uitspraken werden geselecteerd op het specialisme van de aios (ouderengeneeskunde), het geschilpunt (beëindiging van de opleiding), de procespartijen (opleider versus aios) en wie er van de commissie gelijk kreeg. Er werd gekeken naar het geslacht van de aios, het opleidingsjaar, de onvoldoende competenties, het soort begeleiding en de motieven van de commissie voor een herkansing.

Resultaten

De commissie deed van 2011 tot en met 2020 in totaal 12 uitspraken op verzoek van een aios ouderengeneeskunde. Het geschilpunt was in alle uitspraken beëindiging van de opleiding. Eén verzoek was niet ontvankelijk, omdat de arts nog niet in opleiding was. In 9 van de 11 commissiebeoordelingen, werd het besluit van het hoofd bekrachtigd. Dit is ongeveer vergelijkbaar met huisartsgeneeskunde. Zie hiervoor tabel 1. In 9 van de 11 uitspraken was de aios van het mannelijk geslacht. In 6 van de 11 uitspraken was de aios ziek of ziek geweest.

Tabel 1. Procedure bereidheid en bekrachtiging opleidersbesluit

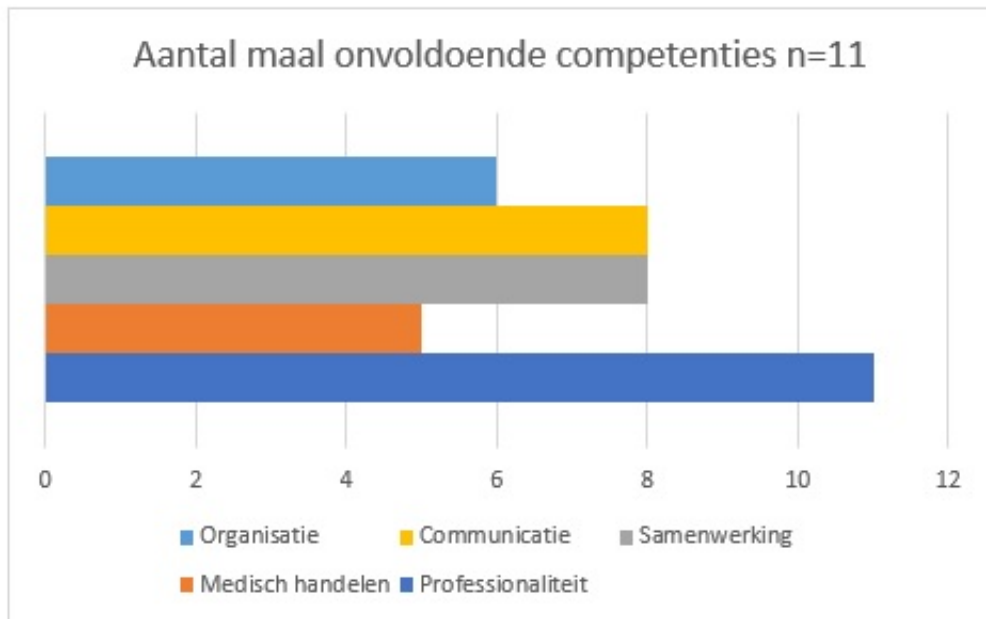
	Gemiddeld aantal aios in opleiding tussen 2010-2019	Aantal uitspraken (percentage tov gemiddeld aantal aios in opleiding)	% procederende aiossen met geslacht man	Aantal maal opleider in gelijk gesteld (percentage tov aantal inhoudelijk behandelde uitspraken)
Ouderengeneeskunde	306	12 (3,9% 95%-BI 2,3-6,7)	82%	9 (82%)
Huisartsgeneeskunde	2014	25 (1,2% 95%-BI 0,8-1,8)	50%	20 (83%)

Competenties

De onvoldoende beoordeelde competenties van de aiossen staan in tabel 2. Professionaliteit werd het meest genoemd, gevolgd door communicatie, samenwerking, organisatie en medisch handelen. Onvoldoende kennis en wetenschap of maatschappelijk handelen waren nooit de primaire reden om de opleiding te beëindigen. Redenen voor onvoldoende professionaliteit waren: tekort aan zelfreflectie, onvoldoende grenzen stellen in contact met patiënten, met regelmaat zonder afmelding afwezig zijn, vermoedens van incorrecte declaraties of aanwezigheidsregistratie.

De communicatie kon onvoldoende zijn door breedsprakigheid, of een gebrek aan taalvaardigheid, invoelbaarheid of zicht op non-verbale communicatie. Samenwerking kon onvoldoende zijn bij een tekort aan zorgoverdracht, teamaansturing of regiehouderschap. Organisatie kon onvoldoende zijn bij een gebrek aan timemanagement. In een aantal uitspraken was het medisch handelen op het niveau van een coassistent en daarom onvoldoende.

Tabel 2. Onvoldoende competenties bij aios volgens opleider ongeschikt voor ouderengeneeskunde



Samenhang van de competenties:



Begeleiding

In vrijwel alle uitspraken, waarin het opleidersbesluit werd bekrachtigd, is een EBT toegepast. Als begeleiding werden extra gesprekken met de aios gevoerd en soms ook oefening met communicatie door rollenspellen of video-opnames, coaching, herhaling van een stage of tijdelijke opleidingspauzes.

Tweede kans

De twee aiossen, die van de commissie een tweede kans kregen, zaten beiden in het derde opleidingsjaar. De aiossen die geen kans meer kregen, waren korter in opleiding (gemiddeld 1,7 jaar, range 0,5 tot 3 jaar). De tweede kans bestond uit een EBT in een andere instelling.

Beschouwing

De geschillencommissie heeft het laatste woord, als de aios strijdt tegen het vroegtijdig beëindigen van de opleiding. De commissie bekrachtigde het besluit van het hoofd van de opleiding ouderengeneeskunde in ruim tachtig procent. Dit is vergelijkbaar met huisartsgeneeskunde en wijst erop dat opleiders de dossiervoering bij disfunctionerende aiossen goed op orde hebben. Meer dan tachtig procent van de procederende aiossen was man, terwijl meer dan tachtig procent van de instromende aiossen vrouw was.⁸ Deze verhouding verschilt ten opzichte van huisartsgeneeskunde, waar procentueel evenveel mannen als vrouwen procedeerden tegen het besluit om de opleiding te beëindigen. De bereidheid om te procederen was bij ouderengeneeskunde hoger dan bij huisartsgeneeskunde.

Ziekte

In de helft van de uitspraken was de aios ziek of ziek geweest. Eén aios werd na het eerste opleidingsjaar een jaar arbeidsongeschikt en pas daarna ontstonden twijfels over haar functioneren. Zij was de enige aios die was ziek geweest, die van de commissie een tweede kans kreeg. Een andere aios meende dat nog niet gediagnosticeerde dyslexie een reden voor disfunctioneren was. De commissie volgde hem daarin niet. Een derde aios was vaak ziek en communiceerde onduidelijk over wanneer hij afwezig was. Zijn professionaliteit schoot in meer opzichten tekort. In drie uitspraken meldde de aios zich ziek ná confrontatie met twijfel over zijn/haar functioneren. Ziektemelding is in die gevallen waarschijnlijk een gevolg van de aandacht voor het disfunctioneren en minder waarschijnlijk de oorzaak ervan.

Communicatie & samenwerking zijn kerncompetenties in ouderengeneeskunde

Competenties

De aiossen die volgens de opleider ongeschikt waren, scoorden in alle gevallen onvoldoende op professionaliteit. Daarnaast waren de competenties communicatie, organisatie en samenwerking in meer dan de helft van de aiossen onvoldoende. Communicatie- en samenwerkingsproblemen zijn volgens verzorgenden de meest voorkomende vormen van disfunctioneren binnen de ouderengeneeskunde.⁹ Het vak stelt relatief hoge eisen aan de communicatie met patiënten en mantelzorgers en aan het vermogen tot samenwerken.¹⁰⁻¹² Opleiders vertrouwen aiossen eerder als zij goed luisteren en praten met patiënten, hun verantwoordelijkheden kennen en persoonlijke grenzen respecteren.¹³ Dit zijn enkele kenmerken van professionaliteit – een begrip wat lastig in een beoordeling is te vangen. Eenmalig oordelen over de professionaliteit van een aios is onbetrouwbaar, maar vele subjectieve oordelen van verschillende beoordelaars over observaties over de tijd vergroten de betrouwbaarheid.¹⁴ Dat een tekort aan kennis en wetenschap nooit genoemd werd als hoofdreden voor ongeschiktheid van de aios, komt wellicht omdat de evidentie van het vak ouderengeneeskunde zich nog verder mag ontwikkelen.¹⁵ Wetenschappelijk onderzoek biedt in de praktijk nog weinig handvatten voor de behandeling van patiënten op hoge leeftijd met co morbiditeit. Pragmatisch behandelen met respect voor de wensen van patiënt en familieleden staat daarom op de voorgrond.

Begeleiding

Naast de in de resultaten genoemde begeleiding zoals extra gesprekken, oefening met communicatie door rollenspellen of video-opnames, coaching, herhaling van een stage of tijdelijke opleidingspauzes, zijn ook andere vormen van begeleiding mogelijk zoals peer/mentor support, het verminderen van de caseload, het oormerken van tijd, de start van vaardigheidstraining aangepast op de individuele behoefte en wisseling van supervisor, stage of opleidingsinstelling.¹⁶ Dit laatste blijkt binnen de ouderengeneeskunde vaak lastig, omdat voor overplaatsing naar een andere stage/opleidingsinstelling een voldoende stage/geschiktheidsbeoordeling nodig is.¹⁷ Juist bij aiossen waarover twijfel bestaat, moeten externe factoren voor disfunctioneren worden uitgesloten zoals een negatieve interactie met de opleider of supervisor of omstandigheden van de stageplek. Aiossen ervaren een groot verschil tussen opleidingsplaatsen, zowel qua werkdruk als ondersteuning van de opleider en menen dat de stageplek van doorslaggevend belang is voor het wel of niet slagen van hun opleiding.¹⁸

Conclusie

In meer dan tachtig procent van de geschillen over beëindiging van de opleiding blijft het opleidersoordeel in stand. De voornaamste reden voor het onvrijwillige einde van de opleiding is onvoldoende professionaliteit, gevolgd door gebrekkige communicatie en samenwerking. Kennis over deze essentiële competenties voor het vak ouderengeneeskunde helpt aspirant aiossen bij het maken van een opleidingskeuze.

Auteurs

- Mr. drs. J.A. (Judith) Godschalx, jurist, ouderenpsychiater, opleider psychiatrie en stageopleider huisartsgeneeskunde in het Spaarne Gasthuis Haarlem

Literatuur

1. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2021-2024 Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht 2019.
2. Kromhout M, Eck-Memelink S van. Werkdruk te hoog. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2017;6.
3. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2013 Voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische, geestelijke gezondheid-, en aanverwante (vervolg)opleidingen. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2013.
4. CanMeds CanMEDS 2000 project. Skills for the new millennium: report of the societal needs working group Ottawa: September 1996. Bakker e.a. Competentieprofiel specialist ouderengeneeskunde. Voor optimale medische zorg aan kwetsbare ouderen en patiënten

- met een complexe zorgvraag. Verenso 2019.
5. Chel V. Nieuwe tijden bij de opleiding in Leiden. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2014;5:49-54.
 6. Reenen R van, Rooyen C den, Schelfhout-van Deventer V. Modernisering van de medische vervolgopleidingen. Medisch Contact 16 juli 2009.
 7. Geer E van der e.a. in opdracht van SOON Landelijk opleidingsplan voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Regels voor selectieve beoordeling. 2015.
 8. Capaciteitsorgaan zie noot 1.
 9. Veer A.J.E de, Maurits EEM, Francke AL. Disfunctioneren van zorgverleners in de intramurale ouderenzorg? Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2015;2:31-39.
 10. Bodegom D van, Heemskerk H. Basiscompetenties van artsen. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2014(5):16-22.
 11. Bakker e.a. 2019 zie noot 4.
 12. Bos J, Greijn CM, Gulden J van der. Uitval van aios ouderengeneeskunde. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. 2016;3:29-41.
 13. Wijnen-Meijer M, Schaaf M van der, Nillensen K, Harendza S, Cate O ten. Essential facets of competence that enable trust in medical graduates: a ranking study among physician educators in two countries. Perspect Med Educ 2013;2:290-297.
 14. Luijk SJ van, Santen-Hoeufft M van, Hillen HFP, Smeets JGE. Het beoordelen van professioneel gedrag bij studenten en artsen. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2000;19(5):163-171.
 15. Ruiter CM de, Leeuwis RAL, Kromhout MA. De specialist ouderengeneeskunde van de toekomst. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2016;5:44-49.
 16. Steinert Y. The "problem" junior: whose problem is it? BMJ 2008;336:150-153.
 17. Bos e.a. 2016 zie noot 11.
 18. Bos e.a. 2016 zie noot 11.

De keerzijde van reanimeren

Niet meer bij bewustzijn na hartstilstand

Kelvin Senders, Jan Lavrijsen, Willemijn van Erp

Samenvatting

Achtergrond en doel

Een deel van de mensen die een hartstilstand overleeft, houdt daarbij postanoxische hersenschade over. In het ernstigste geval is sprake van een niet-responsief waaksyndroom (NWS). Patiënten met dit beeld kunnen jaren overleven, veelal met intensieve zorg in verpleeghuizen. Er is echter weinig aandacht voor en nauwelijks onderzoek gedaan naar NWS als uitkomst van reanimatie. Dit onderzoek beschrijft onder andere zorgkenmerken, reanimatiekarakteristieken en het beloop bij deze patiënten, om zo bij te dragen aan een completer beeld van mogelijke reanimatie uitkomsten.

Methode

Uit data van een bestaand NWS-cohort van 31 patiënten werden gegevens geanalyseerd over patiënten in NWS na een reanimatie, zoals bewustzijnsniveau, overlijden, complicaties, behandeldoelen en de aanwezigheid van sondes en tracheostoma's. Reanimatiekarakteristieken (zoals plaats, tijdstip en duur) werden verkregen via vragenlijsten aan de behandelend arts.

Resultaten

Er werden tien patiënten geïnccludeerd, met een gemiddelde leeftijd van 49 jaar. Alle reanimaties vonden plaats buiten het ziekenhuis. De patiënten werden in het cohort gemiddeld één jaar en vier maanden gevolgd. Complicaties kwamen bij iedereen voor, met name pneumonieën, maar ook brandwonden. Bij inclusie hadden zeven patiënten een curatief behandelbeleid, waarbij in drie gevallen ook 'wel reanimeren' was afgesproken. Niemand kwam bij bewustzijn. Zeven patiënten overleden gedurende het onderzoek, waarvan één thuis. De overleving na reanimatie varieerde tussen vier maanden en 33 jaar.

Beschouwing

Patiënten die na een hartstilstand in NWS verkeren, kunnen in een verpleeghuis tot decennia overleven. De zorg die deze patiënten krijgen is intensief en het beloop toont veelvuldige en bijzondere complicaties. Door ontbrekende gegevens zijn nauwelijks uitspraken te doen over

reanimatiekarakteristieken. Bewustwording en meer kennis van deze uitkomst van reanimeren onder artsen en leken kan in de toekomst bijdragen aan een betere besluitvorming over wel of niet reanimeren. Daarvoor worden enkele aanbevelingen gedaan.

Inleiding

Een hartstilstand komt vaak voor, met een geschatte wereldwijde incidentie van bijna 1 per 1.000 mensen per jaar.¹ De laatste 15 jaar zijn, onder andere door de opkomst van AED's en effectievere reanimatie door omstanders, zowel de korte- als de langetermijnoverleving toegenomen: de 1-jaarsoverleving steeg bijvoorbeeld van 7.7 naar 11.8%.²

De keerzijde is dat een deel van die overleving gepaard gaat met blijvende postanoxische hersenschade. Van de mensen die in Nederland een reanimatie overleven, verlaat 10% het ziekenhuis in een 'slechte neurologische conditie' en is niet langer in staat zelfstandig in de eigen woonomgeving te functioneren.³ In het uiterste geval is sprake van een langdurige bewustzijnsstoornis (LBS), waarbij de patiënt geen, of slechts minimale tekenen van bewustzijn vertoont (zie kader).^{4,5} Het niet-responsief waaksyndroom (NWS), tot 2010 vegetatieve toestand genoemd, is de meest ernstige vorm.^{6,7} Patiënten in NWS kunnen, in tegenstelling tot patiënten in coma, de ogen spontaan openen en zelfstandig ademen. Gedragmatig zijn enkel reflexen aanwezig en geen tekenen van bewustzijn. Deze patiënten kunnen met intensieve behandeling inclusief kunstmatige vocht- en voedingstoediening (KVV) decennia in leven blijven, veelal in verpleeghuizen.⁸

De prevalentie van NWS in Nederland is, met zo'n 30 patiënten in totaal, wereldwijd de laagst gedocumenteerde, wat mogelijk te maken heeft met behandelbeslissingen in de acute fase.^{8,9} Het afgelopen decennium is postanoxische encefalopathie door een hartstilstand de belangrijkste oorzaak van NWS geworden: van 23% in 2003 naar 50% in 2012.^{8,10,11} Ook in Nederland komt het dus voor dat patiënten, na een cardiaal 'succesvolle' reanimatie, in NWS blijven.

Over deze zeer zorgintensieve groep NWS-patiënten na een reanimatie bestaat nauwelijks wetenschappelijke literatuur en in campagnes waarin reanimatiecursussen worden gepromoot blijft deze uitkomst onderbelicht. Onderzoek naar reanimatieresultaten dichotomiseert de uitkomst vrijwel altijd tot 'goed' en 'slecht'.^{1-3, 12-14} Als de neurologische toestand van de patiënten wél is beschreven, worden doorgaans alleen grove schalen zoals de Glasgow Outcome Scale Extended en de Cerebral performance Category gebruikt.¹⁵⁻¹⁸ Omgekeerd ontbreken in prospectieve studies naar de uitkomsten van langdurige bewustzijnsstoornissen vaak reanimatiekarakteristieken. Onderzoeken naar de overlevings- en herstelkansen van NWS-patiënten na hartstilstand zijn schaars, en geen enkele beschrijft dit in de verpleeghuiscontext.¹⁹⁻²¹ Op websites van de Hartstichting, het Rode Kruis en de Nederlandse Reanimatieraad is geen informatie te vinden over niet meer bij bewustzijn komen na

reanimatie.²²⁻²⁴ Leken schatten van zowel reanimatie als bewustzijnsstoornissen het overlevingspercentage én de functionele uitkomst te hoog in, maar geven wel aan “niet te willen eindigen als kasplantje”.²⁵⁻²⁷

Door reanimatiekarakteristieken, basale patiëntkenmerken, klinisch beloop op de lange termijn en de functionele uitkomst bij NWS-patiënten na een hartstilstand te beschrijven, kan een opstap worden gemaakt naar een realistischer en completer beeld van de mogelijke uitkomsten van reanimatie. Dat is zowel relevant voor klinici en wetenschappers, als voor mensen die geen zorgprofessionals zijn maar wel voor vragen over reanimatie en het beleid na reanimatie komen te staan.

Dit onderzoek heeft als doel de volgende vraag te beantwoorden: wat zijn de reanimatiekarakteristieken en (zorg-)kenmerken van verpleeghuispatiënten in NWS na een hartstilstand, en hoe is het klinische beloop bij hen op de lange tot zeer lange termijn?

Uitlegkader MCS

In tegenstelling tot het niet-responsief waaksyndroom (NWS), zijn bij patiënten in een minimaal bewuste toestand (Minimal Conscious State/MCS) wel enkele tekenen van bewustzijn aanwezig.⁵ Indien patiënten in NWS herstel van bewustzijn hebben, is dit vaak (eerst) naar MCS. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen MCS- (minus: uiten van emoties en/of een bewegend voorwerp volgen met de ogen) en MCS+ (plus: eenvoudige opdrachten uitvoeren, zonder dat er sprake is van wederzijdse communicatie of functioneel gebruik van voorwerpen).³³ Het is van belang onderscheid tussen NWS en MCS te maken, aangezien onder andere de prognose van MCS gunstiger is dan bij NWS.³⁴

Methode

In deze beschrijvende studie analyseerden we niet eerder verwerkte data uit een recent gepubliceerd Nederlands NWS-cohort, waarin de overleving en het herstel van patiënten in NWS in Nederland tussen 2012 en 2018 in kaart werd gebracht.²⁸ Alle patiënten uit het cohort die in NWS verkeerden na een reanimatie met cardiale oorzaak werden geïnccludeerd.

In de dataset bevonden zich scores van bewustzijnsniveau, demografische gegevens, basale reanimatiekarakteristieken, klinische karakteristieken, kenmerken van het zorgtraject (zoals instellingen waar patiënten verbleven en de aan- of afwezigheid van revalidatie) en gegevens over een eventueel overlijden. Verder keken we naar algemene behandeldoelen en behandelbeperkingen en het overstijgende behandeldoel van NWS, inclusief afspraken over reanimeren, IC- en ziekenhuisopname en invasieve beademing.

Reanimatiekarakteristieken werden door de behandelde artsen aangeleverd via een aanvullende, beveiligde en geanonimiseerde vragenlijst. We vroegen o.a. naar plaats, tijdstip en duur van de reanimatie, wie de reanimatie uitvoerde en de tijd van collaps tot aankomst van de hulpdiensten en terugkeer van de spontane circulatie. Vanuit de basale dataset was ook een aantal reanimatiekarakteristieken aanwezig.

Het cohortonderzoek werd door de regionale Commissie Mensgebonden Onderzoek niet WMO-plichtig bevonden. De vertegenwoordigers van alle patiënten gaven schriftelijk informed consent. Middels SPSS 25.0 voerden wij een descriptieve statistische analyse uit, met onder andere een berekening van de gemiddelde leeftijd, de range van leeftijden en de duur sinds hartstilstand.

Resultaten

Patiëntkarakteristieken

Van de 31 patiënten in het cohort waren 12 in NWS na reanimatie, waarvan tien met cardiale oorzaak in deze deelanalyse werden geïnccludeerd (tabel 1). De gemiddelde leeftijd ten tijde van de hartstilstand was 49 jaar, met een standaarddeviatie van 12,8 jaar. De mediane duur in NWS bij inclusie was zes maanden en varieerde tussen de twee maanden en 32 jaar. De patiënten in deze subpopulatie werden gemiddeld één jaar en vier maanden gevolgd, met een range van één maand tot drie jaar en negen maanden.

Tabel 1. Basis- en zorgkenmerken, diagnoses en traject

Basis				Diagnose		Zorgtraject		Zorgkenmerken			Bewustzijns- diagnose laatste meetmoment
Pat	Lft (jr)	M/V	Tijd na OHCA	Diagnose vorige instelling	Diagnose verpleeghuis	Verwezen van	ReV	KVV	TRC	CAD	
1	52	M	7 mnd	'Out of hospital cardiac arrest op basis van infarct, hierna geen neurologisch herstel'	'Vegetatieve status na reanimatie, E2M1V1'	VPH	-	+	+	-	NWS
2	64	V	3 jaar	Onbekend	Onbekend	ZKH	-	+	-	-	NWS
3	49	M	3 mnd	'Ernstig post-anoxische encephalopathie met peristerend coma vigil'	'Niet bij bewustzijn, E4M?V1'	VPH	-	+	+	+	MCS-
4	45	M	2 mnd	'Comateuze toestand, (maximale E1M4Vt score)'	'Geen reactie op prikkels, comateus, geringe tonus'	ZKH	-	+	+	+	NWS
5	39	V	11 mnd	'Ernstige postanoxemische encephalopathie'	'Niet-responsief waaksyndroom'	REV	+	+	+	-	NWS
6	61	M	5 mnd	'Out of hospital cardiac arrest met slecht neurologisch herstel'	'Vegetatieve toestand'	ZKH	-	+	+	+	MCS-
7	58	V	32 jr en 10 mnd	'Diep coma'	'Typische beeld van coma vigil'	ZKH	-	+	-	-	NWS
8	65	M	9 mnd	'Vegetatief stadium na reanimatie met postanoxische encephalopathie'	'E4M1V1'	ZKH	-	+	+	+	NWS
9	35	V	3 mnd	'Niet-responsief waaksyndroom'	'Niet-responsief waaksyndroom'	ZKH	-	+	-	+	NWS
10	57	M	2 mnd	'Postanoxische encephalopathie met nog geen neurologisch herstel (vegetatieve toestand)'	'Vegetatieve toestand/niet-responsief waaksyndroom'	ZKH	-	+	-	+	NWS

REV: gespecialiseerd revalidatiecentrum

Auteurs

- Kelvin Senders, anios ouderengeneeskunde en onderzoekstagiar afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc
- Jan Lavrijsen, specialist ouderengeneeskunde, senior onderzoeker, programmaleider neurologische aandoeningen afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc
- Willemijn van Erp, specialist ouderengeneeskunde Accolade Zorg en Libra Revalidatie & Audiologie; post-doctoraal onderzoeker afdeling Eerstelijns geneeskunde Radboudumc

Literatuur

1. Berdowski J, Berg RA, Tijssen JG, Koster RW. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. Resuscitation. 2010;81(11):1479-87.
2. Wong MK, Morrison LJ, Qiu F, Austin PC, Cheskes S, Dorian P, et al. Trends in short- and long-term survival among out-of-hospital cardiac arrest patients alive at hospital arrival. Circulation. 2014;130(21):1883-90.
3. Beesems S, Zijlstra J, Stieglis R, Koster R. Reanimatie buiten het ziekenhuis in Noord-

- Holland en Twente: resultaten ARREST-onderzoek over 2006–2011. Koopman C, van Dis I, Visseren FLJ, Vaartjes I, Bots ML Hart-en vaatziekten in Nederland. 2012;142.
4. Monti MM, Laureys S, Owen AM. The vegetative state. *Bmj*. 2010;341:c3765.
 5. Giacino JT, Ashwal S, Childs N, Cranford R, Jennett B, Katz DI, et al. The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. *Neurology*. 2002;58(3):349-53.
 6. Lavrijsen J, Laureys S. Niemand leeft als een plant. *Medisch Contact*. 16 november 2010.
 7. Laureys S, Celesia GG, Cohadon F, Lavrijsen J, Leon-Carrion J, Sannita WG, et al. Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome. *BMC Med*. 2010;8:68.
 8. van Erp WS, Lavrijsen JC, Vos PE, Bor H, Laureys S, Koopmans RT. The vegetative state: prevalence, misdiagnosis, and treatment limitations. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16(1):85 e9- e14.
 9. van Erp WS, Lavrijsen JC, van de Laar FA, Vos PE, Laureys S, Koopmans RT. The vegetative state/unresponsive wakefulness syndrome: a systematic review of prevalence studies. *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2014;21(11):1361-8.
 10. Lavrijsen JC, van den Bosch JS, Koopmans RT, van Weel C. Prevalence and characteristics of patients in a vegetative state in Dutch nursing homes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005;76(10):1420-4.
 11. van Erp WS, Lavrijsen JC, Koopmans RT. Als het bewustzijn niet meer terugkeert: Nederlandse perspectieven.[The unresponsive wakefulness syndrome: Dutch perspectives]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2016;160:D108.
 12. Andrew E, Nehme Z, Wolfe R, Bernard S, Smith K. Long-term survival following out-of-hospital cardiac arrest. *Heart*. 2017;103(14):1104-10.
 13. Kvakkestad KM, Sandvik L, Andersen GO, Sunde K, Halvorsen S. Long-term survival in patients with acute myocardial infarction and out-of-hospital cardiac arrest: A prospective cohort study. *Resuscitation*. 2018;122:41-7.
 14. Zijlstra JAea. Overleving na een reanimatie buiten het ziekenhuis: vergelijking van de resultaten van 6 verschillende Nederlandse regio's. In: reanimatie in Nederland 2016. Den Haag: Hartstichting. 2016.
 15. Beesems SG, Blom MT, van der Pas MH, Hulleman M, van de Glind EM, van Munster BC, et al. Comorbidity and favorable neurologic outcome after out-of-hospital cardiac arrest in patients of 70 years and older. *Resuscitation*. 2015;94:33-9.
 16. Jennett B, Snoek J, Bond MR, Brooks N. Disability after severe head injury: observations on the use of the Glasgow Outcome Scale. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1981;44(4):285-93.
 17. Pachys G, Kaufman N, Bdolah-Abram T, Kark JD, Einav S. Predictors of long-term survival after out-of-hospital cardiac arrest: the impact of Activities of Daily Living and Cerebral Performance Category scores. *Resuscitation*. 2014;85(8):1052-8.
 18. Ajam K, Gold LS, Beck SS, Damon S, Phelps R, Rea TD. Reliability of the Cerebral Performance Category to classify neurological status among survivors of ventricular fibrillation arrest: a cohort study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011;19:38.
 19. Estraneo A, Moretta P, Loreto V, Santoro L, Trojano L. Clinical and neuropsychological long-

- term outcomes after late recovery of responsiveness: a case series. Arch Phys Med Rehabil. 2014;95(4):711-6. doi: 10.1016/j.apmr.2013.11.004. Epub Nov 23.
20. Howell K, Grill E, Klein AM, Straube A, Bender A. Rehabilitation outcome of anoxic-ischaemic encephalopathy survivors with prolonged disorders of consciousness. Resuscitation. 2013;84(10):1409-15.
 21. Petzinka VN, Endisch C, Streitberger KJ, Salih F, Ploner CJ, Storm C, et al. Unresponsive wakefulness or coma after cardiac arrest-A long-term follow-up study. Resuscitation. 2018;131:121-7.
 22. Website Nederlandse Hartstichting. <https://www.hartstichting.nl/reanimatie>. geraadpleegd op: 15-2-2019.
 23. Website Nederlandse Reanimatieraad. <https://www.reanimatieraad.nl/>. geraadpleegd op 7-8-2020.
 24. Website Rode Kruis. <https://www.rodekruis.nl/?s=reanimeren>. geraadpleegd op 7-8-2020.
 25. Marco CA, Larkin GL. Cardiopulmonary resuscitation: knowledge and opinions among the U.S. general public. State of the science-fiction. Resuscitation. 2008;79(3):490-8.
 26. Niet reanimeren: 'Ik wil niet eindigen als een kasplantje'. Algemeen Dagblad. 11-8-2014. <https://www.ad.nl/binnenland/niet-reanimeren-ik-wil-niet-eindigen-als-een-kasplantje~a9f51e78/>. geraadpleegd op 7-8-2020.
 27. Wijdicks EF, Wijdicks CA. The portrayal of coma in contemporary motion pictures. Neurology. 2006;66(9):1300-3.
 28. van Erp WS, Lavrijsen JCM, Vos PE, Laureys S, Koopmans R. Unresponsive wakefulness syndrome: Outcomes from a vicious circle. Annals of neurology. 2020;87(1):12-8.
 29. Estraneo A, Loreto V, Masotta O, Pascarella A, Trojano L. Do Medical Complications Impact Long-Term Outcomes in Prolonged Disorders of Consciousness? Arch Phys Med Rehabil. 2018;99(12):2523-31.e3.
 30. Lavrijsen J, van Rens G, van den Bosch H. Filamentary keratopathy as a chronic problem in the long-term care of patients in a vegetative state. Cornea. 2005;24(5):620-2.
 31. KNMG: Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen. Medisch handelen rond het levenseinde bij wilsonbekwame patiënten Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 1997. 77-104 p. Het rapport is met instemming en disclaimer van de KNMG digitaal toegankelijk via de website van EENnacom: <https://www.eennacoma.net/publicaties>
 32. Mols A, Verkuijlen M, Lavrijsen J. [Schriftelijke overdracht van wilsverklaringen en anticiperende medische beslissingen rond het levenseinde](#). Tijdschrift voor ouderengeneeskunde. 2018;1.
 33. Bruno MA, Majerus S, Boly M, Vanhaudenhuyse A, Schnakers C, Gosseries O, et al. Functional neuroanatomy underlying the clinical subcategorization of minimally conscious state patients. Journal of neurology. 2012;259(6):1087-98.
 34. Giacino JT, Katz DI, Schiff ND, Whyte J, Ashman EJ, Ashwal S, et al. Comprehensive systematic review update summary: Disorders of consciousness: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology; the American Congress of Rehabilitation Medicine; and the National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research. Neurology. 2018;91(10):461-70.

Hora-est: Patient-centeredness in geriatric rehabilitation

Introducing a novel patient reported outcome measurement in geriatric rehabilitation



Dennis Visser

Donderdag 4 februari was het zover, Ewout Smit kreeg het 'hora est' te horen van de pedel van de Vrije Universiteit. Hij was hiermee de vijfde aioto ouderengeneeskunde die promoveerde. Tijdens de verdediging van het proefschrift kwamen zijn passie voor patiëntgerichte geriatrische revalidatie (GR) en zijn interesse voor klinimetrie duidelijk naar voren. Ondanks het digitale karakter was het een mooie promotie om te volgen en ik vertel u graag iets over het resultaat van de inspanningen van promovendus Smit.

Met zijn proefschrift hoopt Smit bij te dragen aan de verbetering van de kwaliteit van geriatrische revalidatie door het bevorderen van patiëntgericht werken. Het proefschrift bestaat uit twee delen, 1) goal setting en 2) meetinstrumenten van fysiek functioneren in de geriatrische revalidatie.

Goal setting: de weg naar verdere verbetering van fysiek functioneren?

Smit definieert goal setting als “het proces van overeenstemming over revalidatiedoelen en het vaststellen hiervan.” Het effect van goal setting op fysiek functioneren, kwaliteit van leven en duur van de revalidatie is middels een systematische review en meta-analyse in kaart gebracht. Goal setting interventies werden in dit onderzoek vergeleken met reguliere zorg. Slechts veertien studies met in totaal 1915 patiënten voldeden aan de inclusiecriteria. De gemiddelde leeftijd varieerde van 55 tot 83 jaar. Het betrof GR-patiënten uit zowel klinische, poliklinische als gecombineerde settings. Tien van deze veertien studies waren RCT's. Zeven werden door Smit geschikt bevonden om mee te nemen in een meta-analyse. Bij beoordeling van de kwaliteit van de artikelen bleek er op meerdere domeinen sprake van een hoog risico op bias. Op basis van huidige bewijslast kon geconcludeerd worden dat goal setting ten aanzien van fysiek functioneren, kwaliteit van leven en behandelduur niet echt meer te bieden heeft dan reguliere revalidatie.

Omdat goal setting niet toereikend bleek voor de huidige manier van werken in de geriatrische revalidatie werd de Collaborative Functional Goal Setting methode (CFGS) ontwikkeld en getest in een haalbaarheidsstudie op twee GR-afdelingen. Na training van twee specialisten ouderengeneeskunde en één physician assistent in de CFGS-methodiek werden in totaal acht patiënten geïnccludeerd. Vijf patiënten werden na hun ontslag geïnterviewd. De behandelaren werden eveneens na afloop van het onderzoek geïnterviewd. Patiënten gaven aan dat de doelen nog te veel door de professionals werden gesteld en dat zij niet op de hoogte waren van hun eigen behandelplan. De behandelaren vonden dat CFGS kan bijdragen aan patiëntgerichte goal setting, maar liepen wel tegen implementatieproblemen aan. Door de onderzoekers werd de CFGS in haar huidige vorm niet als bijdragend ervaren en werd een aanpassing voorafgaand aan implementatie geadviseerd.

Metten van fysiek functioneren door behandelaar en patiënt

Er zijn verschillende soorten meetinstrumenten beschikbaar in de GR. In het proefschrift wordt eerst naar de Barthel Index (BI) gekeken, een veel gebruikt observationeel instrument waarvan enkele psychometrische eigenschappen in onze populatie nog niet waren onderzocht. Om deze in kaart te brengen scoorden verzorgenden de BI in een longitudinale studie met 207 patiënten bij zowel opname als ontslag. Daarnaast werd in een tweede studie voor een groep van 37 patiënten, op dezelfde dag, door twee verzorgenden onafhankelijk van elkaar de BI ingevuld. De resultaten van beide onderzoeken laten zien dat de Barthel Index ook bij ouderen binnen de geriatrische revalidatie voldoende structurele validiteit, betrouwbaarheid en interpreteerbaarheid heeft om het fysieke functioneren te kunnen meten en te evalueren.

Bestaande meetinstrumenten die fysiek functioneren vanuit het perspectief van de patiënt meten, zogenaamde patient-reported outcome measures (PROM's), bleken niet toereikend te zijn. Er werd besloten een nieuw instrument te ontwikkelen met behulp van het Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®). PROMIS is een database

met gevalideerde vragen op verschillende gebieden, waaronder het fysieke functioneren. Deze vragen werden met patiënten en experts beoordeeld op relevantie en dat resulteerde in de 24 items tellende PROMIS-PF-GR vragenlijst. De vragenlijst werd vervolgens getest bij 207 patiënten in 11 geriatrie revalidatieklinieken. De psychometrische eigenschappen van de PROMIS-PF-GR werden door Smit in twee afzonderlijke wetenschappelijke artikelen beschreven. Samenvattend kan worden gesteld dat de psychometrische eigenschappen op de responsiviteit na voldoende bleken te zijn. De gebruikte global rating scale, waarmee patiënten aan het eind van de revalidatie zelf moesten aangeven of hun fysiek functioneren was veranderd, leek de oorzaak voor het gebrek aan bewijslast. Patiënten gaven vaker dan verwacht aan dat ze geen verandering of zelfs een achteruitgang ervoeren. Desondanks adviseert Smit het gebruik van PROMIS-PF-GR, omdat dit volgens hem meer ruimte biedt voor het patiëntenperspectief.

Implicaties voor de wetenschap en de dagelijkse praktijk

Patiëntgericht werken is al jaren een onderdeel van geriatrie revalidatie. Goal setting wordt ondanks het ontbreken van een significant effect op de klinische uitkomstmaten, wel wenselijk gevonden door patiënten én (hun) behandelaren. De CFGS is een mooi startpunt om in nader onderzoek uit te diepen.

De Barthel Index en de PROMIS-PF-GR blijken beide bruikbare en aan te bevelen meetinstrumenten voor de dagelijkse praktijk. Er zijn meerdere zaken die in een populatie van ouderen nu nog niet gemeten kunnen worden. Dit proefschrift laat zien dat verder onderzoek naar en ontwikkeling van meetinstrumenten niet alleen nodig, maar ook mogelijk is.

Auteur

- Dennis Visser, aios ouderengeneeskunde

Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en verzorgenden bij probleemgedrag bij dementie

Een kwalitatief onderzoek

Iris Boss, Raymond Koopmans, Anke Persoon

Samenvatting

Achtergrond en doel

Probleemgedrag bij mensen met dementie komt veel voor binnen verpleeghuizen (Selbaek, Engedal, & Bergh, 2013; Zuidema, Derksen, Verhey, & Koopmans, 2007). Probleemgedrag heeft vaak veel impact op een zorgteam en kan de samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de verzorgenden onder druk zetten. In de Nederlandse verpleeghuiszorg is er nog weinig bekend over hoe de samenwerking door de specialist ouderengeneeskunde wordt ervaren met de verzorgenden rondom probleemgedrag. Het doel van dit onderzoek is zicht krijgen op thema's die spelen bij specialisten ouderengeneeskunde rondom samenwerking met verzorgenden bij probleemgedrag.

Methode

Het betreft een kwalitatief onderzoek waarin vier specialisten ouderengeneeskunde op semigestructureerde wijze zijn geïnterviewd door de eerste auteur van dit artikel. Interviews zijn opgenomen, uitgetypt, gecodeerd en codes zijn samengevoegd tot thema's.

Resultaten

In de analysefase zijn uit de interviews zeven thema's gedestilleerd die vanuit het perspectief van de specialist ouderengeneeskunde een rol spelen bij samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en verzorgenden rondom probleemgedrag:

1. Zicht op probleemgedrag
2. Druk
3. Ambivalentie rondom psychofarmaca
4. Samenwerking met veel verschillende disciplines en personen
5. Tijd
6. Vertrouwen en respect

7. Methodes en werkwijzen

Beschouwing

Dit onderzoek geeft inzicht in de complexiteit en de omvang van samenwerking rondom probleemgedrag bij dementie. De samenwerking met verzorgenden plaatst de specialist ouderengeneeskunde in een breder perspectief van andere aspecten die samenhangen met behandelen van probleemgedrag. De zeven thema's kunnen handvatten bieden voor de specialist ouderengeneeskunde en zorginstellingen om in de praktijk de samenwerking te verbeteren. Een multidisciplinaire systematische aanpak wordt door specialisten ouderengeneeskunde als prettig ervaren en eerder onderzoek heeft uitgewezen dat een dergelijke aanpak effectief kan zijn in het reduceren van probleemgedrag (Pieper et al., 2016; Zwijsen et al., 2014).

Achtergrond

Probleemgedrag bij mensen met dementie komt veel voor binnen verpleeghuizen (Selbaek et al., 2013; Zuidema et al., 2007). In 2018 is de nieuwe richtlijn "Probleemgedrag bij mensen met dementie" door Verenso gepubliceerd, deze adviseert goede analyse en veelal non-farmacologische interventies en laat zien dat de effectiviteit van psychofarmaca bij probleemgedrag bij mensen met dementie beperkt is (Zuidema et al., 2018). Er worden echter barrières ervaren voor de inzet van non-farmacologische interventies zoals gebrek aan goed opgeleid personeel en een te lage personele bezetting (Cornege-Blokland, Kleijer, Hertogh, & van Marum, 2012; Sawan, Jeon, & Chen, 2018). In uitdagende omstandigheden kan de samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de verzorgenden onder druk komen te staan. Uit kwalitatief onderzoek door Smeets et al. bleek dat communicatie en samenwerking een rol spelen bij het voorschrijven en het stoppen van psychofarmaca in de Nederlandse verpleeghuiszorg. Er is echter nog maar weinig bekend over hoe de samenwerking rondom probleemgedrag wordt ervaren en wat hier belangrijke thema's in zijn (C. H. Smeets et al., 2014). Meer kennis over samenwerking in deze setting kan uiteindelijk leiden tot verbetering van interprofessionele samenwerking en daarvan is bekend dat dit zorgt voor betere patiëntgeoriënteerde uitkomsten in de verpleeghuissetting (Nazir et al., 2013).

Doel

Het doel van dit onderzoek is zicht krijgen, vanuit het perspectief van de specialist ouderengeneeskunde op de thema's die spelen bij de samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde met de verzorgenden rondom probleemgedrag bij dementie.

Methode

Onderzoeksdesign

Het betreft een kwalitatief onderzoek, gedaan in het kader van een drie maanden durende onderzoeksstage. Specialisten ouderengeneeskunde zijn op semigestructureerde wijze individueel geïnterviewd door de eerste auteur van dit artikel, arts in opleiding tot specialist (aios) ouderengeneeskunde. Zes hoofdvragen zijn vooraf opgesteld en hier werd verder op doorgevraagd. In de interviews werd gestreefd naar een natuurlijk verlopend gesprek. Met de volgorde van de vragen en de exacte formulering werd flexibel omgegaan.

Studiepopulatie

Specialisten ouderengeneeskunde zijn via aios ouderengeneeskunde benaderd. De potentiële deelnemers ontvingen per mail een informatiebrief met onder andere het doel van het onderzoek. Er is gezocht naar specialisten ouderengeneeskunde met ruime ervaring binnen het verpleeghuis op een psychogeriatric afdeling en met een goed zelfreflecterend vermogen, zoals ingeschat door de bemiddelende aios met als doel zowel persoonlijke als organisatorische factoren van samenwerking boven tafel te krijgen.

Dataverzameling

De interviews hebben alle plaatsgevonden op de werkplek van de specialist ouderengeneeskunde. Van de interviews is een geluidsopname gemaakt.

Analysemethode

Interviews zijn letterlijk uitgetypt. Door middel van inhoudsanalyse zijn de teksten geanalyseerd door systematisch onderliggende thema's te identificeren. Relevante tekstdelen zijn daarbij gecodeerd middels Atlas.ti versie 8.4.15 door de eerste auteur van dit artikel. Nadat de tekst gecodeerd was, werden codes samengevoegd tot thema's. Alle codes behorend bij de thema's werden daarna meermaals door de eerste en tweede auteur doorgenomen, en de inhoud van de thema's werd samengevat in de resultatensectie.

Juridische en ethische aspecten

Het onderzoeksprotocol is voorgelegd aan de Commissie Mensgebonden Onderzoek Arnhem-Nijmegen (CMO) onder het nummer 2019-5351. De commissie heeft bevestigd dat het een niet WMO-plichtig onderzoek betreft.

Resultaten

Er zijn vier specialisten ouderengeneeskunde geïnterviewd. Het betreft twee vrouwen en twee mannen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 42 jaar (32-59 jaar). Werkervaring was gemiddeld 14,8 jaar (8,5-29,5 jaar), waarbij ook werkervaring als anios/aios in de ouderengeneeskunde werd meegeteld. Respondenten waren werkzaam in de provincies

Limburg, Overijssel en Zeeland.

In de analysefase zijn uit de interviews initieel 15 thema's gedestilleerd, die in de loop van de analyse zijn samengevoegd tot zeven thema's.

Thema 1 - Zicht op het probleemgedrag

Verschillende specialisten ouderengeneeskunde vonden het in de samenwerking met de verzorgenden lastig om goed zicht te krijgen op het probleemgedrag. Hiervoor worden meerdere oorzaken genoemd.

Ten eerste wordt genoemd dat het moeilijk is om een volledig beeld te krijgen van het probleemgedrag doordat verschillende verzorgenden het probleemgedrag anders ervaren en anders bespreken in de artsensite; de mate van voorbereiding op de visite door de verzorgende speelt hierin ook een rol.

"... en wat ik ook altijd wel, in algemene visites lastig vind is dat ik, dat ik eigenlijk vind, hè, van mensen moeten namens het team praten, maar mensen praten toch vaak namens zichzelf. Ja en dat is heel lastig om, om dat goed helder te krijgen. Dus ja, het gevoel, hoe denkt het team daar over en hoe staat het team daar in, in het gebruik van psychofarmaca, of überhaupt de omgang van probleemgedrag, wat is een team bereid om niet-medicamenteus te doen, uhm, wat voor mogelijkheden heeft een team, dat vind ik eigenlijk als specialist ouderengeneeskunde heel lastig om in te schatten, ..." (specialist ouderengeneeskunde 2)

Verder wordt genoemd dat het vanuit de rapportages lastig kan zijn om overzicht te krijgen op het probleemgedrag. Dit kan óf veroorzaakt worden door het gebrek aan rapportage, óf doordat de kwaliteit van de rapportage onvoldoende is.

"Ook in überhaupt het feit van het rapporteren, van onbegrepen gedrag. Dat is, de gemiddelde verzorgende, hebben toch vaak wel moeite het goed op papier te zetten wat er gebeurd is. Kort en krachtig de belangrijke zaken te benoemen. Dat zijn vaak of, of er staat bijna niks en het is niet te volgen, of het zijn eindeloze verhalen, waarbij elk woordje wordt gerapporteerd." (specialist ouderengeneeskunde 4)

Het wordt door de specialist ouderengeneeskunde als positief ervaren als hij/zij het team goed kent, dit maakt dat de ernst van het probleemgedrag beter ingeschat kan worden, zoals het volgende citaat illustreert:

"Je leert op een gegeven moment je verzorgenden kennen en je weet van, als die zegt dat het niet gaat, dan gaat het écht niet. En, en, daar heb ik heel graag visite mee te doen, want dan weet ik ook gewoon, van: oké, ik moet nu echt iets doen. Terwijl als verzorgende A iets zegt denk je: Ja, oké, ik hoor je, alleen, de stappen die daar op volgen zijn dan soms gewoon anders." (specialist ouderengeneeskunde1)

Een idee dat wordt geopperd om meer zicht te krijgen op het probleemgedrag is de verzorgende stimuleren om gezamenlijk observaties op papier te zetten.

"Want als je het alleen maar bij jezelf houdt en wacht tot je vijf verschillende mensen uit het team gesproken hebt, ja dan. Dat vertraagt te veel. De kunst is om het team zo te stimuleren dat ze zich onderling zo organiseren dat ze ja, dat ze samen observaties op papier zetten. Met een gezamenlijk rapport komen wat ingebracht kan worden en wat ook besproken wordt." (specialist ouderengeneeskunde 4)

Thema 2 - Druk

Druk uitoefenen vanuit verzorgenden om psychofarmaca voor te schrijven, wordt door de specialist ouderengeneeskunde als negatief ervaren in de samenwerking. Evenals druk uitoefenen om een persoon over te plaatsen naar een andere afdeling. De specialist ouderengeneeskunde wil het probleemgedrag kunnen verkennen zonder deze druk te voelen.

Deze druk kan komen vanuit de verzorgenden, maar ook vanuit de teammanager van de verzorgenden. De ervaring is dat als de druk wordt opgevoerd, dat er dan ook geen ingang meer is voor een andere weg. Dit kan een gevoel van machteloosheid oproepen. Een uitkomst van de opgevoerde druk kan zijn dat ervoor wordt gekozen om toe te geven aan deze druk, om daarmee de rust in het team te herstellen waarmee de verwachting is dat dit ook de bewoner met het probleemgedrag ten goede komt.

"Als er geen enkele bereidheid is om er enige positieve energie in te steken, dat is dan voor die bewoner heel erg en voor de familie niet goed, dus dan denk je op een gegeven moment ja, misschien zat er nog mogelijkheid in, maar binnen dit team gaat het niet lukken. Dan kun je het beter iemand een nieuwe kans geven in een team dat er fris in staat." (specialist ouderengeneeskunde 4)

"... dat de druk zo wordt opgevoerd dat je denkt: ja, nu moet ik haast wel. Dat vind ik wel zo'n machteloos gevoel, over het feit dat je denkt van, ja, dat je het eigenlijk niet, het liefst niet zou willen, dat je het toch moet doen, ja, om het leefbaar te houden op een afdeling. En dat vind ik altijd wel een lastige, dat je eigenlijk. Je wilt natuurlijk eigenlijk sec naar die patiënt kijken, heeft die er last van, of heeft die het nodig, maar ja, je kunt gewoon niet op zo'n samenlevingsvorm, hè, dat is zo'n woonvorm toch, hè? Kun je niet zeggen, kun je natuurlijk niet de omgeving uitschakelen." (specialist ouderengeneeskunde 2)

Thema 3 - Ambivalentie rondom psychofarmaca

Een bevinding van de analyse was dat er vele dilemma's spelen rondom de inzet en het afbouwen van psychofarmaca bij dementie. Enerzijds wordt het inzetten van psychofarmaca gezien als een zwakgebod en wordt het zo min mogelijk voorgeschreven, anderzijds wordt het als een effectieve manier gezien om probleemgedrag tegen te gaan en rust te creëren in het

zorgteam. Twee citaten van specialist ouderengeneeskunde 1 illustreren deze ambivalente houding tegenover psychofarmaca:

“Dat is eigenlijk altijd een vraag: kun je niet medicijnen geven dan, eigenlijk, dat blijft toch een heel hardnekkig iets, ondanks dat ik, ik ben helemaal niet voor pillen in dat geval en ik probeer ook elke keer tegen de afdeling te zeggen, dat is niet stap één, stap één zijn geen pillen, maar je merkt toch dat, dat is toch een terugkerend iets.” (specialist ouderengeneeskunde 1)

“En soms denk ik ook van: we moeten ook gewoon iets starten, dit kan ook niet. We kunnen dit niet, de cliënt lijdt eronder, de omgeving lijdt eronder, iedereen lijdt eronder, oké, dan moet je ook iets. En soms zie je dan ook, hoewel alle richtlijnen zeggen: nou, pillen zijn niet heiligmakend en pillen doen niet zo veel en toch, vind ik, ja, soms doen pillen wel gewoon heel veel.” (specialist ouderengeneeskunde 1)

Het voorschrijven wordt genoemd als in standhoudende factor voor de vraag naar psychofarmaca vanuit de verzorgenden, zoals te lezen is in de twee onderstaande citaten van specialist ouderengeneeskunde 2. In het tweede citaat komt ook de ambivalentie in voorschrijven van psychofarmaca weer naar voren.

“Met name denk ik ook, dat we ook heel kritisch naar onze eigen rol moeten kijken, hè? We kunnen natuurlijk wel zeggen: ja, die verzorgenden die zeuren om medicatie en uhm, ook de familie, uh. Maar weet je, wij zijn natuurlijk wel degene die het voorschrijven, en uhm, ja, ik bedoel, we moeten misschien toch, daar ja, op een gegeven moment strikter in zijn” (specialist ouderengeneeskunde 2)

“En, ja goed, in die zin voeden we denk ik zelf ook wel als, als 'specialisten ouderengeneeskunde van als wij natuurlijk er allemaal heel erg daar strak in zouden zijn, dan zou het misschien uiteindelijk wel kunnen kantelen, maar het is gewoon lastig, want op een gegeven moment sta, als, als iemand uh, fysiek agressief op een afdeling rond loopt, uh, ja dan, soms moet je gewoon ook wel, hoewel het tegen al je gevoel wel in gaat, hè?” (specialist ouderengeneeskunde 2)

Thema 4 - Samenwerking met veel verschillende disciplines en personen

De samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en verzorgenden kan voor de specialist ouderengeneeskunde niet los gezien worden van andere samenwerkingsverbanden. Specialist ouderengeneeskunde zien voordelen van een brede samenwerking met veel verschillende disciplines en ook de samenwerking met de familie wordt als belangrijk genoemd. Er is een grote diversiteit aan disciplines die als nuttig ervaren wordt: verzorgenden, verpleegkundigen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, gedragsverpleegkundigen, psychologie, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, muziektherapie, bewegingsagogie en activiteitenbegeleiders.

De voordelen van brede samenwerking worden gezien in zowel de verkenningsfase van het probleemgedrag, als ook in de behandelfase. Bij de verkenning van het probleemgedrag is de ervaring dat als er vanuit verschillende invalshoeken naar het probleem wordt gekeken, er meer aanknopingspunten voor behandeling worden gevonden.

“Ik denk dat het sowieso als je met meerdere mensen werkt, en dan hoef je nog niet eens van verschillende disciplines te zijn maar als je over een bepaalde probleem, probleem nadenkt, praat, met meerdere mensen komen er altijd vanuit ieders invalshoek en observaties, zie je al meer dingen dan als je het alleen doet. En de discussie hè, ook je eigen gedachten te vormen, dat helpt, dat geeft meer mogelijkheden voor een oplossing. (specialist ouderengeneeskunde 4)

In de behandelfase wordt ervaren dat het breed multidisciplinair samenwerken bijdraagt aan het onderlinge vertrouwen bij de aanpak van het probleemgedrag:

“... signalering probleemgedrag en daarna het onderzoeken van het probleemgedrag volgens het protocol, dat we het daar samen gingen doen. Dat had, uh, als voordeel dat we allemaal dezelfde bril op kregen, wat vinden wij belangrijk, wat vinden zij belangrijk. Uhm, wantrouwen dat er wel een bestaat hè, zij die behandelaren, die ons niet willen begrijpen, die moeten zelf maar eens komen kijken hoe het is, uh, die van overdag in de dienst, die zien dat niet, maar wij in de nacht zitten met het probleem, ja dat soort dingen, dat dat allemaal meer door dezelfde bril, in de zelfde kaders kwam.” (specialist ouderengeneeskunde 3)

Naast de samenwerking met verschillende disciplines wordt ook de teammanager van het team van verzorgenden als een belangrijke partner gezien bij het omgaan met probleemgedrag. Het wordt echter als lastig ervaren als de teammanager ook aanstuurt op medicamenteuze behandeling van probleemgedrag.

“... als je een teammanager met enige regelmaat spreekt, heb je wel een idee hoe mensen daar in staan, dus dat scheelt dan wel, maar dan heb ik het, dan weet je of je iemand hebt die heel erg, is van het niet-medicamenteus en, uh, afbouwen of dat het iemand is die wat meer aan de kant van de verzorging staat, en dat vind ik trouwens ook wel een lastige: teammanagers die komen natuurlijk ook heel erg op voor hun team, dus als iemand agressief op de afdeling is, of iemand bepaald gedrag heeft wat heel belastend is voor het team, dan hè, dan heb je soms toch de situatie dat een teammanager zegt: ja, er moet wat aan gedaan worden, want weet je, mijn team valt om, of, hè.” (specialist ouderengeneeskunde 2)

Thema 5 - Tijd

Tijd speelt op verschillende manieren een rol in de samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de verzorgenden. De specialist ouderengeneeskunde wil op tijd horen dat er probleemgedrag speelt, wil de tijd hebben om in het team te investeren en wil ook dat het team de tijd neemt om verschillende interventies uit te proberen en te evalueren.

Als probleemgedrag pas laat wordt aangekaart ervaart de specialist ouderengeneeskunde geen ruimte meer om het gedrag te kunnen analyseren.

“... wat ik wel soms merk, dat vind ik iets, is dat mensen er volgens mij gewoon te laat mee komen, weet je, dat ze gewoon dan, dat het eigenlijk dan al te erg is en dat je dan eigenlijk die speelruimte niet mee hebt om eerst, uh, een analyse te doen of eerst iets niet-medicamenteus in te zetten want, soms dan zit je toch, van ja, ik moet misschien nu toch maar iets inzetten, om eerst maar weer rust te creëren, ... Dus ja dat is, dat zijn wel lastige dingen hoor.” (specialist ouderengeneeskunde 2)

Het wordt door de specialist ouderengeneeskunde als waardevol ervaren om tijd te kunnen nemen voor de samenwerking met de verzorgenden rondom probleemgedrag. Meerdere specialisten ouderengeneeskunde gaven aan het ook belangrijk te vinden om tijd te maken om het gehele team van verzorgenden te kunnen spreken, om meer op één lijn te komen. Deze tijd wordt niet altijd gevonden en het organiseren van een bijeenkomst met het gehele team wordt als lastig ervaren.

“Het is wel altijd uitdagend, soms voel je wel spanning met de tijd, omdat je natuurlijk in zo'n visite waar dat dan komt heb je niet héél veel tijd om uit te diepen, terwijl dit juist dit bij uitstek, vind ik, nou zo'n probleem is, uhm, ja, wat je, wat je moet uitdiepen omdat het vaak, bijna, er zit nooit één kant aan, het zijn altijd zo veel facetten, hè? Als je de richtlijn ook kijkt dan moet je eigenlijk heel uitgebreid doen en ik ervaar in de praktijk dat je niet altijd die tijd en ruimte hebt, dus ik vind het gewoon heel complex en uh, ja, samenwerken is daar ook echt een uitdaging, wel, ja.” (specialist ouderengeneeskunde 2)

Oplossingen voor tijdgebrek wordt door een specialist ouderengeneeskunde gezien in taakdelegatie, bijvoorbeeld naar verpleegkundig specialisten, en daarnaast in keuzes maken in eigen focus.

Thema 6 - Vertrouwen en respect

Vertrouwen en respect wordt gewaardeerd in de samenwerking. Het wordt door de specialist ouderengeneeskunde als belangrijk ervaren om vertrouwen en respect te krijgen binnen de samenwerking en het wordt van belang geacht om de verzorgenden ook te kunnen vertrouwen en respecteren. Het krijgen van vertrouwen wordt niet altijd als vanzelfsprekend ervaren.

“Uhm, wat voor mij een probleem was, was wantrouwen, uh, a priori er van uit gaan dat wij hun niet serieus gaan nemen. Tenzij we niet ook wat doen medisch en dat is dan helaas altijd medicijnen en vrijheidsbeperkende maatregelen. Maar ik had ook wel, ik bedoel, vanuit die positie is het moeilijk om vertrouwd te worden, maar het is ook moeilijk om hun te vertrouwen. Ja. Ik begreep het wel, maar hoe ga je dat nou oplossen?” (specialist ouderengeneeskunde 3)

“Maar dat is denk ik ook, dat vertrouwen moet je ook in elkaar krijgen, dat moet ik in het team

hebben natuurlijk, en dat moeten zij in mij krijgen als je ergens nieuw bent.” (specialist ouderengeneeskunde 1)

Een veronderstelde oorzaak voor gebrek aan vertrouwen van verzorgenden is dat niet iedereen in het team zich gehoord voelt, bijvoorbeeld doordat zijn/haar mening niet vertegenwoordigd wordt in de artsenvisite.

“Dus diegene die dat probleem ervaart, die voelt zich niet gehoord, want die denkt: Ja hallo, jullie bespreken van alles, maar, ik heb wél een probleem. Terwijl, ja, ik moet het ook doen met diegene waar ik dan visite mee doe, natuurlijk, plus de rapportage. ” (specialist ouderengeneeskunde 1)

Er wordt ervaren dat onderling vertrouwen kan worden vergroot door het gevoel van gezamenlijkheid te versterken, waarbij gezocht wordt naar gezamenlijke doelen en visies.

“We doen het ook allemaal samen, niet omdat ik dat zo graag wil, maar omdat we samen hebben bedacht dat dit iets is waar we wel wat aan hebben.” (specialist ouderengeneeskunde 3)

Eén specialist ouderengeneeskunde beschreef in het interview een veranderproces waarin het onderling vertrouwen en respect toenam tussen de specialist ouderengeneeskunde en het team. Kernbegrippen in dit proces waren voor deze specialist ouderengeneeskunde: Toe-eigenen van het probleem, proactief handelen, laagdrempelig opstellen en onvoorwaardelijke inzet. Daarmee gaf uiteindelijk voor deze specialist ouderengeneeskunde de samenwerking rondom probleemgedrag meer voldoening. Onderstaande citaten illustreren de visie van deze specialist ouderengeneeskunde.

“We kregen dan wel ook steeds meer in de gaten dat er niet alleen onbegrepen gedrag is met patiënten die we niet goed begrijpen, maar dat er ook een onbegrepen team is. En uhm, daar zitten individuen in, die ook hun dingen hebben. Dus daar gingen wij ook steeds meer op interveniëren. ” (specialist ouderengeneeskunde 3)

“De onvoorwaardelijkheid en dat het dus niet op houdt inderdaad. Dus je moet ook die kamer aanpassen, ook al kost dat die duizend euro, die je niet meer uit dat zorgzwaartepakketje krijgt, dan, uhm, ja, jammer, maar gaan we wel doen. Want anders dan hebben we een hele boel ellende.” (specialist ouderengeneeskunde 3)

“Je hoort veel dokters,...: ze rapporteren niet goed, ze voeren de plannen niet goed uit, ze hebben niet de knowhow, ze zijn niet goed genoeg opgeleid, ze hebben niet, dat soort gezeik, daar wordt ik altijd heel erg pissig van. Want wat is dan jouw verantwoordelijkheid daar in, hè, je kunt wel zeiken, maar je moet ook op een passende manier dan iets doen om ze dat wel te laten doen. Je kunt ze devalueren en afwijzen, maar daar gaan we dus nooit de patiënt mee helpen.” (specialist ouderengeneeskunde 3)

“... als wij een agressief persoon uit de thuissituatie gaan halen, waarvan je weet dat hij binnen no time heel boos wordt, gaan wij niet rustig wachten tot dat het hier tien keer is voorgekomen op het lijstje, en dan gaan we eens nadenken. Dan zeggen van: ja, nou eerst meteen even psychologisch en psychosociaal, ja, en dan iets voorschrijven. Nee, goed, op de dag van opname hebben wij daar thuis in de koffie, uh, iets in laten doen, zal ik maar zeggen.” (specialist ouderengeneeskunde 3)

Thema 7 - Methodes en werkwijzen

Vaak wordt door de specialist ouderengeneeskunde genoemd dat het belangrijk is dat verzorgenden niet het gevoel krijgen dat ze, als het om probleemgedrag gaat, met lege handen staan. Specialisten ouderengeneeskunde vinden het van belang dat de verzorgenden zich goed toegerust voelen om te kunnen omgaan met het probleemgedrag, zoals met specifieke methodieken voor probleemgedrag. De veronderstelling is dat als verzorgenden controle ervaren op de situatie, dat er dan ook meer ruimte is om psychofarmaca af te bouwen.

“... als je natuurlijk psychofarmaca gaat afbouwen, moet je mensen wel iets in handen geven, waar ze mee kunnen werken. Kijk, het is niet zo van pil er af en dan, en weet je, als er dan weer onrust komt, staan ze weer bij je op de stoep. Ja dat moet je natuurlijk niet hebben. Ik denk dat je ze wel zo moet, dingen in handen moet geven, ze zo moet toerusten dat ze met dat gedrag uit de voeten kunnen, of dat ze gericht, uh, niet medicamenteuze interventies kunnen inzetten bij een bepaald type gedrag.” (specialist ouderengeneeskunde 2)

Er zijn meerdere methodes en werkwijzen genoemd voor samenwerken rondom probleemgedrag die als bijdragend worden ervaren door de specialist ouderengeneeskunde. Genoemde voorbeelden zijn signaleringsplannen, de GRIP-methode, ABC-scholing, training 'omgaan met agressie', video-interventie, intervisie en het moreel beraad. Er wordt echter gesignaleerd dat niet alle ontwikkelde methoden hun weg naar de praktijk weten te vinden.

“We hebben toevallig, uhm, afgelopen donderdag nog een focusgroep gehad, ging ook over wetenschap en opleiding, en dat uh, ja dat het gewoon heel lastig is om bepaalde dingen vanuit een UKON geïmplementeerd te krijgen. Dus volgens mij liggen er ook best wel wat dingen, maar die, die vinden gewoon niet hun weg naar de praktijk.” (specialist ouderengeneeskunde 2)

Hoe de samenwerking vervolgens tussen alle zorgverleners rondom probleemgedrag wordt vormgegeven verschilt sterk. In de ene instelling is sinds kort de gedragsvisite ingevoerd, waar (twee)wekelijks gedrag van bewoners minimaal een verzorgende, de psycholoog en de arts wordt besproken. In een andere instelling loopt al langer een methodische multidisciplinaire samenwerking.

“Dus we hadden een mooie mix, gedragsverpleegkundige maakte multidisciplinaire verslagen, notulen, met alle interventies. Dus daar stond mijn medicatie-interventie in, maar daar stond ook in: de verpleegkundige interventie, dat stond allemaal door elkaar, zodat dat niet in het dossier

bij elkaar gezocht hoeft te worden. Je maakt wel ook je eigen aantekeningen als behandelaar. En heel periodiek wordt dat iedere keer besproken, afgesproken, hier komen we in één week op terug, hier komen we over vier weken op terug, zo, en dat doen we dan ook. Dit sluiten we af, hier boren we wat nieuws aan." (specialist ouderengeneeskunde 3)

Beschouwing

Het doel van dit onderzoek was zicht krijgen op thema's die vanuit het perspectief van specialisten ouderengeneeskunde spelen rondom samenwerking met verzorgenden bij probleemgedrag. Het blijkt dat de samenwerking met verzorgenden niet losgezien kan worden van het behandelen door de specialist ouderengeneeskunde van probleemgedrag in zijn geheel. Zeven thema's kwamen naar voren, te weten: (ontbrekend) zicht op probleemgedrag, druk, ambivalentie rondom psychofarmaca, samenwerking met veel verschillende disciplines en personen, tijd, wederzijds vertrouwen en respect, methodes en werkwijzen. De zeven thema's zijn apart beschreven, maar uit de analyse blijkt dat de thema's verband houden met elkaar en elkaar beïnvloeden. Een voorbeeld hiervan is dat als methodisch multidisciplinair wordt samengewerkt rondom probleemgedrag, dit het zicht op het probleemgedrag kan verbeteren, het onderlinge vertrouwen en respect kan beïnvloeden en daarmee de druk kan laten afnemen om psychofarmaca voor te schrijven.

Binnen de thema's zijn ook bevorderende en belemmerende factoren genoemd die de samenwerking beïnvloeden. De volgende twee factoren worden vanuit het perspectief van de specialist ouderengeneeskunde als belemmerend ervaren: druk vanuit verzorgenden om psychofarmaca voor te schrijven en het ontbreken van zicht op probleemgedrag door gebrekkige, wisselende of ontbrekende rapportage. Er zijn meerdere bevorderende factoren: een brede samenwerking met verschillende disciplines, het team van verzorgenden goed kennen, tijd kunnen nemen voor samenwerking, onderling en wederzijds respect en de inzet van beproefde methodes voor samenwerking rondom probleemgedrag.

Een belangrijk nieuw thema dat uit het huidige onderzoek naar voren is gekomen is ambivalentie rondom psychofarmaca bij de specialist ouderengeneeskunde. Enerzijds wil de specialist ouderengeneeskunde terughoudend zijn met psychofarmaca, anderzijds wordt het soms wel als een effectieve manier gezien om probleemgedrag tegen te gaan en rust in het zorgteam te creëren. Uit meerdere interviews met de specialisten ouderengeneeskunde bleek dat er een positiever effect van psychofarmaca ervaren wordt dan in de literatuur beschreven is. Het ervaren van een positief effect van psychofarmaca houdt het voorschrijven in stand en het is waarschijnlijk dat dit de vraag vanuit verzorgenden om psychofarmaca voor te schrijven in de hand werkt. De specialist ouderengeneeskunde lijkt in een lastige positie te zitten, waar hij/zij zich enerzijds aan richtlijnen wil houden, maar anderzijds oplossingen ziet die niet volgens deze richtlijn zijn. Het afwijken van richtlijnen wordt als ongewenst ervaren, echter, dit kan in individuele situaties juist ook goede zorg zijn mits weloverwogen, goed onderbouwd en vastgelegd in dossier (Crul & Legemaate, 2005). Specialisten ouderengeneeskunde zouden

zich meer bewust kunnen zijn dat afwijken van richtlijnen op deze wijze, óók verantwoorde zorg is.

Een ander belangrijke bevinding is dat het door specialisten ouderengeneeskunde als prettig wordt ervaren om multidisciplinair naar probleemgedrag te kijken. Dit is gunstig omdat uit andere studies blijkt dat methodische multidisciplinaire samenwerking effectief is in het reduceren van probleemgedrag, al blijkt het effect op de hoeveelheid voorgeschreven psychofarmaca wisselend (Pieper et al., 2016; C. H. Smeets, 2019b; Zwijsen et al., 2014). Een methode om multidisciplinair samen te werken is vastgelegd in het stappenplan antipsychotica (Smeets et al., 2019a). Dit stappenplan helpt verpleeghuisafdelingen bij het verbeteren van de samenwerking op dit vlak. Het is gebaseerd op 20 jaar onderzoek door het UKON en het UNO-UMCG en helpt om passend antipsychotica voor te schrijven. Het stappenplan begint bij het gesprek tussen specialisten ouderengeneeskunde en zorgteamleden, vóórdat er een crisissituatie ontstaat (Persoon et al., 2019).

Als de resultaten van dit onderzoek vergeleken worden met de resultaten van een onderzoek uitgevoerd in Duitsland naar samenwerking tussen arts en verzorgenden dan zijn er een aantal onderwerpen die in Duitsland wel spelen bij artsen die in de Nederlandse situatie al ondervangen zijn. Uit het Duitse onderzoek kwam bijvoorbeeld naar voren dat er behoefte was aan een gedeeld dossier voor de arts en de zorg en dat er behoefte was aan artsen gespecialiseerd in verpleeghuiszorg. Thema's die wel overeenkwamen zijn onder andere de behoefte van de arts aan wederzijds respect en ook laagdrempeligheid werd als belangrijke factor genoemd voor een goede samenwerking. (Muller et al., 2018)

Beperkingen van de studie

Bij kwalitatief onderzoek wordt gestreefd naar dataverzadiging, wat in dit onderzoek zou betekenen dat met interviewen wordt doorgegaan totdat er geen nieuwe thema's meer naar voren komen. Doordat dit een project was met een beperkte tijd is het aantal interviews beperkt geweest en kan er niet worden aangenomen dat dataverzadiging is bereikt. De resultaten laten dus een deel van de thema's zien die een rol spelen bij samenwerken rondom probleemgedrag, maar mogelijk zijn er nog meer thema's die nu niet gevonden zijn.

Implicaties voor de praktijk, onderzoek en onderwijs

Dit onderzoek geeft inzicht in de complexiteit en de omvang van samenwerking rondom probleemgedrag bij dementie. De zeven thema's kunnen handvatten bieden voor de specialist ouderengeneeskunde en zorginstellingen om in de praktijk de samenwerking te verbeteren. Het belangrijkste advies dat gegeven kan worden naar aanleiding van dit onderzoek is om probleemgedrag multidisciplinair en systematisch aan te pakken. Deze aanpak beïnvloedt op een positieve wijze de thema's als zicht krijgen op het probleemgedrag, de samenwerking, de verwachtingen van het effect van psychofarmaca, tijdigheid van handelen. Er zijn al bewezen effectieve methoden die ingezet kunnen worden om beter om te gaan met probleemgedrag.

Van deze methoden wordt wisselend gebruik gemaakt in de praktijk. Een stap die gezet kan worden om bestaande methoden onder de aandacht te brengen, is door ze een vast onderdeel te maken van het onderwijs voor de aios ouderengeneeskunde. Dit onderzoek belicht slechts de kant van de specialist ouderengeneeskunde. Het interviewen van meer betrokken disciplines en personen, zoals verzorgenden, psychologen, teammanagers en familie, zou tot nieuwe inzichten kunnen leiden.

Auteurs

- MSc I.H.R.(Iris) Boss, ten tijde van het onderzoek aios ouderengeneeskunde, Radboudumc Nijmegen. Huidig: specialist ouderengeneeskunde, Sevagram Heerlen
- Prof. dr. R.C.T.M. (Raymond) Koopmans, hoogleraar ouderengeneeskunde, Radboudumc, Nijmegen
- Dr. A. (Anke) Persoon, coördinator UKON en programmaleider V&V, Radboudumc Nijmegen

Literatuur

- Cornege-Blokland, E., Kleijer, B. C., Hertogh, C. M., & van Marum, R. J. (2012). Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: a survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses, and family caregivers. *J Am Med Dir Assoc*, 13(1), 80 e81-86. doi:10.1016/j.jamda.2010.10.004.
- Crul, B. V. M., & Legemaate, J. (2005). MC 19 - Juridisering van richtlijnen en protocollen. *Medisch Contact*, 60(19), 812-814. Retrieved from <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/mc-19-juridisering-van-richtlijnen-en-protocollen.htm>
- Muller, C. A., Fleischmann, N., Cavazzini, C., Heim, S., Seide, S., Geister, C., . . . Hummers, E. (2018). Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicentre study. *BMC Fam Pract*, 19(1), 14. doi:10.1186/s12875-017-0678-1.
- Nazir, A., Unroe, K., Tegeler, M., Khan, B., Azar, J., & Boustani, M. (2013). Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*, 14(7), 471-478. doi:10.1016/j.jamda.2013.02.005.
- Persoon, A., Smeets, C., Zuidema, S. U., Koopmans, R. T. C. M., & Gerritsen, D. L. (2019). [Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg \(SANO\) - Werken aan passend gebruik antipsychotica. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 5.](#)
- Pieper, M. J., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J., Twisk, J. W., Kovach, C. R., & Achterberg, W. P. (2016). Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*, 64(2), 261-269. doi:10.1111/jgs.13868.
- Sawan, M., Jeon, Y. H., & Chen, T. F. (2018). Relationship between Organizational Culture

- and the Use of Psychotropic Medicines in Nursing Homes: A Systematic Integrative Review. *Drugs Aging*, 35(3), 189-211. doi:10.1007/s40266-018-0527-5.
- Selbaek, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2013). The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc*, 14(3), 161-169. doi:10.1016/j.jamda.2012.09.027.
 - Smeets, C., D, G., Van Kordelaar, M., Zuidema, S. U., & Koopmans, R. (2019a). Multidisciplinair samen werken aan passend gebruik van antipsychotica. Retrieved from <https://ukonnetwerk.nl/antipsychotica>
 - Smeets, C. H. (2019b). Psychopharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms. Proper prescription in perspective (Doctoral dissertation of Master's thesis). Retrieved from <https://hdl.handle.net/2066/209722>
 - Smeets, C. H., Smalbrugge, M., Zuidema, S. U., Derksen, E., de Vries, E., van der Spek, K., . . . Gerritsen, D. L. (2014). Factors related to psychotropic drug prescription for neuropsychiatric symptoms in nursing home residents with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(11), 835-840. doi:10.1016/j.jamda.2014.08.016.
 - Zuidema, S. U., Derksen, E., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2007). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(7), 632-638. doi:10.1002/gps.1722.
 - Zuidema, S. U., Smalbrugge, M., Bil, W. M. E., Geelen, R., Kok, R. M., van der Stelt, I., Vreeken, H. L. (2018). Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij dementie. Utrecht: Verenso, NIP.
 - Zwijsen, S. A., Smalbrugge, M., Eefsting, J. A., Twisk, J. W. R., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., & Hertogh, C. (2014). Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. *J Am Med Dir Assoc*, 15(7), 531 e531-531 e510. doi:10.1016/j.jamda.2014.04.007.

Weefseldonatie na overlijden in twee woonzorginstellingen

Wie kan er geven?

[Lusanne den Hartigh](#), Nick Bentvelzen, Karolien Biesheuvel-Leliefeld, Eefje Sizoo

Samenvatting

Inleiding

De nieuwe donorwet is per 1 juli 2020 in werking getreden. Het is onbekend hoeveel patiënten, woonachtig in een verpleeghuis of woonzorgcentrum, na overlijden in aanmerking komen voor weefseldonatie en hoeveel patiënten daadwerkelijk hebben gedoneerd.

Methode

Een kwantitatieve retrospectieve dossierstudie bij patiënten overleden in twee woonzorginstellingen tussen juni 2018 en juni 2019.

Resultaten

We includeerden 398 patiënten, waarvan 28 (7,0%) in aanmerking zouden komen voor donatie van oogweefsel, elf (2,8%) voor huidweefsel, drie (1,0%) voor hartkleppen en drie (1,0%) voor bot, kraakbeen en peesweefsel. Geen van de patiënten had daadwerkelijk gedoneerd.

Beschouwing

Het aantal patiënten in het verpleeghuis dat zou kunnen doneren, is relatief hoog. Het advies is daarom om binnen de verpleeghuissetting tot werkafspraken voor wat betreft weefseldonatie te komen en hier volgens protocol aandacht aan te besteden.

Inleiding

Wanneer iemand overlijdt, kan hij/zij in aanmerking komen voor weefseldonatie. Er zijn duidelijke in- en exclusiecriteria voor donatie beschreven in de donorwet. Sinds 1 juli 2020 geldt de nieuwe donorwet in Nederland.¹ Vóór deze datum was expliciet toestemming nodig voor weefseldonatie van de donor.²

Volgens de nieuwe donorwet worden mensen automatisch geregistreerd met 'geen bezwaar tegen orgaan- of weefseldonatie' indien zij geen keuze hebben aangeven in het Donorregister.

De overheid stuurt twee herinneringsbrieven om mensen te wijzen op de mogelijkheid zelf een actieve keuze te maken. Bij overlijden van een donor op basis van 'geen bezwaar', zal de arts in gesprek gaan met de nabestaanden. Enkel indien de nabestaanden zeer zeker weten dat de donor geen donor had willen zijn, kan het donorschap niet doorgaan.¹

Van de 150.214 mensen die in 2017 zijn overleden, woonde 26,9% in het verpleeghuis en 7,6% in een woonzorgcentrum.³ In totaal hebben 1.510 mensen in 2017 (1,0%) weefsel gedoneerd.⁴ Het is onbekend hoeveel mensen hiervan in een verpleeghuis of met behandeling in een woonzorgcentrum woonden, vanaf nu genaamd woonzorginstellingen.

Het laatste onderzoek naar het percentage verpleeghuisbewoners dat in aanmerking komt voor weefseldonatie, dateert uit 1999. In het onderzoek van Schols et al.⁵ werd gekeken naar zowel de patiënten die op een somatiek afdeling woonachtig waren als op een psychogeriatrische afdeling. Van de patiënten van de somatiek afdeling kwam 25% in aanmerking voor oog en/of huiddonatie op basis van de criteria en contra indicaties voor weefseldonatie op dat moment. Van de patiënten op een psychogeriatric afdeling kwam niemand in aanmerking voor weefseldonatie vanwege de aanwezigheid van neurodegeneratieve ziekten.

De in- en exclusiecriteria voor weefseldonatie zijn na 1999 meermaals herzien door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het percentage van de patiënten woonachtig in woonzorginstellingen dat voor weefseldonatie in aanmerking komt, is daarmee in de loop van de tijd waarschijnlijk veranderd.

De in-, en exclusie criteria voor weefseldonatie beschrijven de leeftijdscriteria en contra-indicaties.⁶ De ontorechte indruk bestaat dat de verpleeghuispopulatie, gezien haar hoge leeftijd en uitgebreide comorbiditeit, slechts in geringe mate in aanmerking komt voor weefseldonatie. De leeftijdsgrens voor het doneren van huidweefsel ligt echter bij 80 jaar en voor oogweefsel zelfs bij 85 jaar.⁶ Daarnaast blijkt het oogweefsel, ook van oudere donoren, na transplantatie, nog jaren in goede conditie te verkeren.⁷ Dat er gemiddeld 500 tot 700 mensen wachten op een cornea, geeft de noodzaak van doneren aan.⁸

In deze studie wordt gekeken hoeveel patiënten, woonachtig in woonzorginstellingen, in aanmerking komen voor weefseldonatie.

Methode

Design

Het onderzoek betreft een kwantitatieve retrospectieve dossierstudie.

Populatie

Het betreft patiënten die tussen juni 2018 en juni 2019 zijn overleden en woonachtig waren in een verpleeghuis, revalidatie-afdeling in het verpleeghuis of in een woonzorgcentrum en waarvan de specialist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar was. Patiënten die in het ziekenhuis overleden, het lichaam aan de wetenschap doneerden of waarbij er sprake was van een mogelijk niet-natuurlijk overlijden werden geëxcludeerd voor dit onderzoek. Op basis van de algemene contra-indicaties voor weefseldonatie en de weefselspecifieke contra-indicaties kwamen overige patiënten niet in aanmerking voor weefseldonatie (tabel 1 en 2).

Het onderzoek is verricht bij twee verschillende woonzorginstellingen in de provincies Gelderland en Utrecht.

Tabel 1. Algemene contra-indicaties weefseldonatie⁶

- Een specifieke actieve systemische virale, parasitaire of fungale infectie op het moment van overlijden. (Hepatitis, HIV, poliomyelitis, pandemisch influenza, sepsis veroorzaakt door schimmels of virussen)
- Risicofactoren of klinische aanwijzingen voor bloed- en/of seksueel overdraagbare infecties
- Hematologische maligniteit of premaligne hematologische aandoening bij overlijden of in het verleden, of melanoom met bewezen metastasen.
- Degeneratieve ziekten van het zenuwstelsel van onbekende oorsprong (zoals alle vormen van dementie, MS, ALS).
- Klinische aanwijzingen of risicofactoren voor een prionziekte, bijvoorbeeld ziekte van Creutzfeldt-Jakob
- Beenmergdepressie in de drie maanden voor overlijden - gebruik van cytostatica - overleg met een stafarts van de NTS.
- Orgaan-, dura mater-, allogene stamcel- of oogweefseltransplantatie in de voorgeschiedenis.

Tabel 2. Weefselspecifieke contra indicaties en leeftijdscriteria⁶

Type weefsel	Leeftijd	Contra-indicaties (geen donatie mogelijk bij/als)
Oog	2 t/m 85 jaar	- Actieve ooginfectie - Beide ogen een cataractoperatie hebben gehad -
Huid	20 t/m 80 jaar	- Magere donoren (lengte (cm) – gewicht (kilo) $\geq$ 105). - BMI > 40 - Maligniteiten in heden of verleden (m.u.v. basaalceldcarcinoom > 6 maanden geleden en primaire laaggradige tumoren van het centraal zenuwstelsel gr. I of II) - Sepsis
Hartkleppen	Vrouw: t/m 70 jaar Man: t/m 65 jaar	- Maligniteiten in heden of verleden (m.u.v. basaalceldcarcinoom en primaire laaggradige tumoren van het centraal zenuwstelsel gr. I of II) - >100 kilogram in combinatie met een BMI van 35 en hoger - Sepsis
Bot, kraakbeen en peesweefsel	17 t/m 65 jaar	- Maligniteiten in heden of verleden (m.u.v. basaalceldcarcinoom en primaire laaggradige tumoren van het centraal zenuwstelsel gr. I of II). - Sepsis - BMI < 16 of BMI > 40
Thoracale vaten	20 t/m 45 jaar	- Wordt alleen gedaan in combinatie met hartklepdonatie.
Femorale artieren	17 t/m 50 jaar	- Wordt alleen gedaan in combinatie met bot-, kraakbeen- of peesweefseldonatie

Dataverzameling

De onderzoeksgegevens werden verzameld met dossieronderzoek in het elektronisch

patiëntendossier (EPD). Gegevens zoals leeftijd, geslacht, soort afdeling, voorgeschiedenis en overlijdensdiagnose werden uit het dossier gehaald door twee onderzoekers. Vervolgens werden de gegevens door beide onderzoekers gecontroleerd en ingevoerd in SPSS.

Analyse

De statistische analyse werd uitgevoerd met SPSS 25.

Ethische-overweging

Het onderzoeksvoorstel werd voorgelegd aan de eerste geneeskundige, de bedrijfsjurist en de raad van bestuur, die toestemming gaven het onderzoek uit te voeren met als doel de kwaliteit van zorg rond potentiële donatie te evalueren. Daar geïnccludeerde patiënten allen overleden zijn, was het niet mogelijk toestemming te vragen. De gegevens zijn conform de WGBO verzameld en geanonimiseerd. De WGBO geeft namelijk aan dat het gebruik van (indirect) herleidbare gegevens voor wetenschappelijk onderzoek zonder toestemming is toegestaan als het vragen om toestemming in redelijkheid niet mogelijk is, bijvoorbeeld na overlijden.

Resultaten

In de periode tussen juni 2018 en juni 2019 overleden op de onderzochte locatie 445 patiënten. Hiervan werden, op basis van de exclusiecriteria, 47 patiënten geëxcludeerd. Tabel 3 geeft de karakteristieken van de 398 geïnccludeerde patiënten weer. Deze populatie bestond voor de meerderheid uit vrouwen, was voor de meerderheid ouder dan 86 jaar en woonachtig op de psychogeriatric afdeling. Voornaamste doodsoorzaak bij de geïnccludeerde patiënten betrof cachexie en/of dehydratie (30,9%). Van slechts één patiënt was er voorafgaand aan het overlijden informatie betreffende aanwezigheid van een donorcodicil of bekendheid van een donatiewens aanwezig. Van de geïnccludeerde patiënten werd gekeken wie in aanmerking zou komen voor weefseldonatie.

Tabel 3. Baseline	
Karakteristieken	Patiënten (n=398)
Geslacht, n (%)	
Man	147 (36,9)
Vrouw	251 (63,1)
Leeftijd in jaren, n (%)	
52-65	10 (2,5)
66-85	146 (36,7)
86-104	242 (60,8)
Afdeling, n (%)	
Psychogeriatrie	286 (71,8)
Somatiek	68 (17,1)
Geriatrische revalidatiezorg	7 (1,8)
Woonzorgcentrum met behandeling	37 (9,3)
Overlijdensdiagnose, n (%)	
Cachexie en/of dehydratie	123 (30,9)
Mors subita	26 (6,5)
Lage luchtweginfectie	78 (19,6)
Decompensatio cordis	30 (7,5)
Acuut Coronair Syndroom	8 (2,0)
Maligniteit	10 (2,5)
Tractus digestivus bloeding	6 (1,5)
CVA	14 (3,5)
Urineweginfectie/Urosepsis	13 (3,3)
Overige infecties	27 (6,8)
Overige oorzaken	36 (9,1)
Algehele achteruitgang	27 (6,8)
Donorcodicil, n (%)	
Ja	1 (1,0)
Nee	21 (5,3)
Geen informatie	376 (94,5)
Donatiewens, n (%)	
Wel genoteerd	1 (1,0)
Niet genoteerd	34 (8,5)
Geen informatie	363 (91,2)

Tevens werd de frequentie per type weefseldonatie vastgesteld (tabel 4). Achtentwintig patiënten (7,0%) kwamen in aanmerking voor donatie van oogweefsel. Verder kwamen er patiënten in aanmerking voor donatie van huid (2,8%), hartkleppen (1,0%) en bot, kraakbeen en peesweefsel (1,0%). In de subgroep van patiënten jonger dan 86 jaar was dit percentage voor oogweefsel 18,6%, huid 7,1% en voor zowel hartkleppen als bot, kraakbeen en peesweefsel 1,9%.

Tabel 4. Resultaten per type donatieweefsel			
Type donatieweefsel	In aanmerking voor donatie (n)	Alle patiënten (% van n=398)	Subgroep leeftijd < 86 jaar, (% van n=156)
Totaal	29	7,3	18,6
Oog ODS OD OS	28 25 1 2	7,0	17,9
Huid	11	2,8	7,1
Hartkleppen Vrouw < 71 jaar Man < 66 jaar	3 1 2	1,0	1,9
Bot, kraakbeen en peesweefsel	3	1,0	1,9

De bijdrage van de afdeling psychogeriatric was minimaal, vanwege de aanwezigheid van neurodegeneratieve aandoeningen (tabel 5). De potentiële donoren op de afdeling psychogeriatric hadden een psychiatrische diagnose. Geen enkele maal is overgegaan tot weefseldonatie bij de patiënten die daarvoor in aanmerking kwamen.

Tabel 5. Resultaten per woonsetting			
Woonsetting	Psychogeriatric n=286	Somatiek n=68	Woonzorgcentrum met behandeling n=37
Totaal, n (%)	2 (0,7)	21 (30,9)	6 (16,2)
Donatie oog, n (%)	2 (0,7)	20 (29,4)	6 (16,2)
Donatie huid, n (%)	-	8 (11,8)	3 (8,1)
Donatie hartklep, n (%)	-	3 (4,4)	-
Donatie bot, kraakbeen, peesweefsel, n (%)	-	3 (4,4)	-

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om te kijken naar het aantal patiënten binnen woonzorginstellingen die in retrospect in aanmerking kwamen voor weefseldonatie. Hieruit kwam naar voren dat 7,0% van de geïncludeerde patiënten in aanmerking kwam voor het doneren van één of beide ogen en 2,8% van alle patiënten kwam in aanmerking voor donatie van huidweefsel. Daar er striktere contra-indicaties zijn voor het doneren van hartkleppen en botweefsel, voornamelijk op basis van de leeftijd, was op voorhand de verwachting dat er minder patiënten in aanmerking zouden komen voor het doneren van deze type weefsels. Desalniettemin werden er in onze onderzoekspopulatie voor beiden groepen potentiële donoren gevonden (1,0%).

Gezien er tot de leeftijd van 86 jaar oud weefseldonatie mogelijk is, is er in het onderzoek ook gekeken naar het percentage potentiële donoren in deze subgroep. Daar het percentage 18,6%

betreft, maakt dat er extra aandacht moet zijn bij overlijden in deze patiëntengroep.

Zoals eerder bij het onderzoek van Schols et al.⁵ het geval was, woonde het grootste deel van de populatie die in aanmerking kwam voor weefseldonatie op de somatische afdeling, namelijk 30,9%. Het in dit onderzoek gevonden percentage van 0,4% op de psychogeriatric onderstreept dat weefseldonatie aldaar vrijwel niet aan de orde is. Sterke punten van deze studie zijn de hoeveelheid van bijna 400 geïnccludeerde patiënten die tevens woonachtig waren in twee verschillende woonvormen. Tevens is het voordeel van het dossieronderzoek dat alle overleden patiënten op deze wijze in het onderzoek werden opgenomen.

Een ander sterk punt is de uitgebreide hoeveelheid informatie die vanuit de elektronische patiëntendossiers voor dit onderzoek is verzameld, waardoor de verkregen resultaten nagenoeg volledig zijn.

Naast bovengenoemde sterke punten zijn er ook een aantal beperkingen te noemen. Cruciale informatie miste soms. Zo werd het type sepsis of de oorzaak van een infectie vaak niet nader omschreven terwijl dit moet worden meegewogen bij de afweging of dit mogelijk een contra-indicatie is (tabel 1).

Een andere beperking van deze studie is het ontbreken van informatie betreffende gewicht en lengte in de patiëntendossiers ten tijde van het overlijden. Voor zowel weefseldonatie van huid, hartkleppen en bot gelden contra-indicaties op basis van gewicht en lengte of patiënten wel of niet in aanmerking komen voor weefseldonatie.

Ook waren voor weefseldonatie belangrijke gegevens als aanwijzingen voor prionziekte en een basaalcelcarcinoom <6 maanden voor overlijden vaak niet gerapporteerd in het medische dossier, met mogelijk invloed op de gevonden resultaten.

Ondanks de beperkingen wat betreft verkregen informatie laten de resultaten zien dat er een belangrijk deel van de verpleeghuisbewoners, tot een ruime 7%, in aanmerking komt voor een vorm van weefseldonatie. Dit onderzoek impliceert dat er, ten tijde van het onderzoek, te weinig actie werd ondernomen ten aanzien van weefseldonatie.

In het ziekenhuis is het reeds verplicht om bij ieder overlijden een donatieformulier in te vullen en zit dit als vast onderdeel in het pakket formulieren dat na elk overlijden dient te worden ingevuld.⁹

Een recent gepubliceerd artikel van Titulaer et al.¹⁰ laat zien dat er binnen de verpleeghuizen praktisch niet wordt gecommuniceerd door specialisten ouderengeneeskunde over weefseldonatie binnen de verpleeghuizen. Kennistekort en de verwachte tijdsinvestering werden als argumenten genoemd. Buiten dit onderzoek laat het gebrek aan ander wetenschappelijk onderzoek sinds 1999 zien dat nieuwe onderzoeken naar dit onderwerp wenselijk zijn.

Ons onderzoek laat zien dat ook in woonzorginstellingen donatie in een aantal gevallen mogelijk is. Binnen de onderzochte instellingen werd de mogelijkheid niet benut. Meer kennis en bewustwording is wenselijk. Een mogelijkheid hiertoe is dat behandelend artsen bij hun eigen patiënten vastleggen of er op voorhand exclusiecriteria zijn voor donatie, wat in dit onderzoek achteraf is gedaan. Een tweede mogelijkheid is een donatieformulier toevoegen aan het pakket overlijdensformulieren, waarmee de arts op moment van overlijden kan toetsen of donatie tot de mogelijkheden behoort. Met de resultaten van ons onderzoek, onderstrepen we het advies van Titulaer et al.¹⁰ om werkafspraken betreffende communicatie over de donatiewens op te stellen.

Auteurs

- Lusanne G. den Hartigh, aios ouderengeneeskunde, AmsterdamUMC
- Nick C.T. Bentvelzen, aios ouderengeneeskunde, AmsterdamUMC
- Karolien E.M Biesheuvel-Leliefeld, specialist ouderengeneeskunde
- Eefje M. Sizoo, specialist ouderengeneeskunde, AmsterdamUMC

Literatuur

1. Rijksoverheid. De donorwet (actieve donorregistratie). Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/orgaandonatie-en-weefseldonatie/actieve-donorregistratie>. Geraadpleegd op 22-09-2020.
2. Overheid, Wettenbank. Wet op de orgaandonatie. Beschikbaar via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0008066/2019-04-02> Geraadpleegd op 10-10-2019.
3. Het Centraal bureau voor de Statistiek. Plaats van overlijden en provincie van inschrijving voor totaal sterfte, niet acute sterfte en acute sterfte, 2012-2017.
4. Nederlandse Transplantatie Stichting. Weefseljaarcijfers. Beschikbaar via: <https://www.transplantatiestichting.nl/publicaties-en-naslag/cijfers-over-donatie-en-transplantatie/weefsels-jaarcijfers>. Geraadpleegd op 20-08-2020.
5. Schols JM, Berendschot-de Lange DC. [Tissue donation in nursing homes; a survey of the number of potential donors and the knowledge and attitude of nursing home doctors and directors]. NedTijdschrGeneesk. 1999;143(22):1153-7.
6. Nederlandse Transplantatie Stichting. Modelprotocol postmortale orgaan- en weefseldonatie Nederlandse Transplantatie Stichting.2020-07:73-74.
7. Oogartsen. Hoornvlietransplantaties. Beschikbaar via: https://www.oogartsen.nl/oogartsen/hoornvlies_slijmvlies/cornea_transplantatie_PKP_PLK/. Geraadpleegd op 29-07-2020.
8. Nederlandse Transplantatie Stichting. WachtlIJst en transplantatie van oogweefsel. Beschikbaar via: <https://www.transplantatiestichting.nl/donatie-transplantatie/wachtlIJst-en-transplantatie-van-oogweefsel>. Geraadpleegd op 20-08-2020.

9. Nederlandse Transplantatie Stichting. Modelprotocol postmortale orgaan- en weefseldonatie Nederlandse Transplantatie Stichting. 2020-07:14.10.
10. Titulaer P, Bierstekers M, Smalbrugge M. [Weefseldonatie: bespreekbaar in het verpleeghuis?](#) Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. 2020-03;33-40.

Ingezonden reactie op artikel: De behandeling van agitatie bij dementie

Martin Smalbrugge, Sytse Zuidema

Geachte redactie,

Graag reageren wij als vice-voorzitter en voorzitter van de werkgroep die de richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie opstelde in 2018¹ op de bijdrage in TvO getiteld 'De behandeling van agitatie bij dementie. Wat te doen bij extrapiramidale stoornissen?'.² Van Atteveld en Ter Brugge wijzen er op, met anderen voor hen,³ dat het aantal medicamenten dat goed onderzocht is voor de behandeling van geagiteerd gedrag bij mensen met dementie beperkt is en dat dit de behandelend arts soms 'dwingt' tot prescriptie van minder goed onderzochte middelen.

Wij waarderen hun initiatief om met een voorbeeldcasus uit de dagelijkse praktijk, via zorgvuldig beschreven literatuuronderzoek, te kijken of er sinds de publicatie van de richtlijn nieuwe onderzoeken verschenen zijn over quetiapine en clozapine over hun effect op geagiteerd gedrag bij mensen met dementie. Het regelmatig beschouwen van nieuwe literatuur na het verschijnen van de richtlijn probleemgedrag is zinvol om te kijken of (delen van) de richtlijn herzien moeten worden.

We denken dat de conclusies die zij trekken op basis van hun onderzoek enerzijds scherper (over quetiapine) en anderzijds genuanceerder (over clozapine) geformuleerd zouden moeten worden:

1. Voor quetiapine concluderen de auteurs dat er geen wetenschappelijk bewijs is gevonden voor de effectiviteit. De bevindingen uit de review van Farlow en Shamliyan,⁴ en wat reeds bekend was over quetiapine, kunnen ons inziens wel tot de conclusie leiden dat er inmiddels enig bewijs is voor het niet effectief zijn van dit middel bij geagiteerd gedrag bij mensen met dementie. Wij betwijfelen sterk of nog meer onderzoek naar dit middel gerechtvaardigd is voor de indicatie geagiteerd gedrag bij mensen met dementie.
2. Voor clozapine concluderen de auteurs dat er aanwijzingen zijn dat clozapine effectief kan zijn in het behandelen van geagiteerd probleemgedrag bij dementie. De bevindingen van Teodorescu et al⁵ hebben als beperking dat als uitkomstmaten 'onvrijwillige zorg' en 'psychotrope comedicaatie' werden gemeten: surrogaat parameters voor geagiteerd gedrag. Ons inziens is de conclusie dat clozapine werkzaam is voor geagiteerd gedrag bij mensen

met dementie slechts gebaseerd op een afgeleide uitkomstmaat en is nader onderzoek nodig om tot meer bewijs te komen.

De suggestie van de auteurs dat meer onderzoek dringend noodzakelijk is om de aanwijzingen dat clozapine mogelijk effectief is nader te onderzoeken steunen we van harte. N = 1 studies kunnen, naast of in plaats van RCTs, ook voor evaluatie van andere psychofarmaca daarbij een belangrijke rol vervullen in de kennisontwikkeling op dit uitdagende deel van ons vakgebied. De in november 2020 aan Eefje Sizoo toegekende [Verenso-Beurs](#) maakt een mooi begin daarmee!⁶

Note: Wij hebben de auteurs de gelegenheid gegeven om op deze reactie te reageren. Zij hebben aangegeven dat de ingezonden brief hen duidelijk is en zij hier niet nog iets specifiek aan kunnen toevoegen.

Auteurs

- Dr. Martin Smalbrugge, specialist ouderengeneeskunde, afdeling ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC, Amsterdam
- Prof. dr. Sytse U. Zuidema, specialist ouderengeneeskunde en hoogleraar ouderengeneeskunde, afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, UMCG, Groningen

Literatuur

1. [Verenso-richtlijn 'Probleemgedrag bij dementie'](#)
2. Vera van Atteveld V, Bas ter Brugge. De behandeling van agitatie bij dementie. Wat te doen bij extrapiramidale stoornissen?. <https://www.verenso.nl/magazine-februari-2021/no-1-februari-2021/praktijk/de-behandeling-van-agitatie-bij-dementie>
3. Ronny Komen, Jacobien Erbrink, Tamara Spermon, Ada Vijfvinkel, Anke Duiker, Dayenne Saleminck - [Netwerkgroep Kaderartsen. Core-business voor kaderartsen. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde: 2018; 2.](#)
4. Farlow, MR, Shamliyan TA. Benefits and harms of atypical antipsychotics for agitation in adults with dementia. European Neuropsychopharmacology. 2017 maart; 27(3):217-231.
5. Teodorescu A, Dima L, Ifteni P, Rogozea LM. Clozapine for Treatment-Refractory Behavioral Disturbance in Dementia. Am J Ther. 2018 May 1;25(3):e320–5.
6. <https://unoamsterdam.nl/onderzoeken/3144/>

Boekbespreking: Kleine Kwalen en alledaagse klachten bij ouderen



Uitgever: Bohn Stafleu Van Loghum

Auteurs: Just Eekhof, Sjoerd Bruggink, Marissa Scherptong-Engbers, Annemarije Kruis, Tobias Bonten

Prijs: € 54,95

Aantal pag.: 362

ISBN: 9789036825481

Voor velen van ons is het inmiddels een onmisbaar boek in de collectie: **Kleine kwalen en alledaagse klachten bij ouderen**. Een lekker praktisch naslagwerk voor een hele waslijst aan al die 'kleine en veelvoorkomende kwalen' bij ouderen waar richtlijnen veelal van ontbreken. In 2015 kwam de eerste editie van dit boek uit. Dit jaar werd een nieuwe druk uitgebracht met een update van eerdere onderwerpen en toevoeging van nieuwe onderwerpen.

Net als in de vorige editie bestaat de opbouw van het boek uit verschillende tracti/lichaamsdelen met ieder een eigen kleur op de paginarand. Dit vergemakkelijkt het zoeken. De volgende thema's zijn toegevoegd in deze druk: vergeetachtigheid, apathie, polyneuropathie, loopneus, verslikken, Charles Bonnet, hyperkyfose, fecale incontinentie, prolaps en urineweginfecties. Het totaal komt daarmee op 60 kwalen. De overige onderwerpen hebben een update ondergaan waarin de laatste stand van zaken uit richtlijnen of literatuur verwerkt zijn.

Per hoofdstuk wordt aandacht besteed aan definities, etiologie/pathogenese,

differentiaaldiagnoses, epidemiologie, klacht waarmee de patiënt binnenkomt, anamnese, onderzoek en beleid. Vervolgens worden er diverse overwegingen geschetst bij comorbiditeit, wat een grote toevoeging is bij dit boek omdat het beleid bij ouderen juist vaak anders is door al dan niet aanwezige comorbiditeit. In de hoofdstukken is ook een kopje met aandachtspunten bij de verzorging toegevoegd. Hierin staan tips om mee te geven aan patiënt, mantelzorgers en/of verzorging/verpleging.

Wat ik erg sterk vind aan dit boek is dat het geen opsomming is van gegevens maar er ook uitleg wordt gegeven. Het is waar mogelijk evidence based, maar vooral ook een praktische beschrijving die ons helpt in het alledaags handelen. Veel aandoeningen worden ondersteund met illustraties of foto's, wat vooral bij de diverse huidaandoeningen van grote waarde is.

Dit boek vind ik onmisbaar voor alle eerstelijns medische behandelaren die regelmatig met ouderen in aanraking komen, specifiek aios ouderengeneeskunde, specialisten ouderengeneeskunde of VS/PA ouderengeneeskunde en (aios) huisartsen. Ik raad hen aan om eens een hoofdstukje te lezen wanneer er zich een praktisch probleem voordoet. Je zult verbaasd zijn welke 'eye openers' je kunt hebben bij bijvoorbeeld, het lezen over een alledaagse 'klacht' als een cerumenprop.

Auteur

- Ingeborg van Dooren, specialist ouderengeneeskunde, Novicare

Boekbespreking: Zelfzorg van de jonge dokter

over veerkracht, geneesplezier en persoonlijk leiderschap



Auteur: Froukje Verdam
Uitgever: Lannoo Campus
Prijs: € 27,99
Aantal pag: 160
ISBN: 9789401473453

[Esther Zwaan](#)

Het uitgangspunt van het boek 'Zelfzorg voor de jonge dokter' is dat goed voor jezelf zorgen je draagkracht en weerbaarheid vergroot, waardoor je meer plezier hebt in je werk en de kans op een burn-out kleiner wordt. Dat is nodig, want uit een onderzoek dat in 2019 is uitgevoerd in opdracht van de VVAA, blijkt dat ruim twintig procent van de Nederlandse zorgverleners onder de 35 jaar burn-outverschijnselen heeft.

De schrijfster, die zelf KNO-arts en coach is, laat in elk hoofdstuk een andere invalshoek aan bod komen. Het is een werkboek met praktische oefeningen, waarin bij elke opdracht ook ruimte is vrijgehouden om de eigen gedachten op te schrijven. Onderwerpen die aan bod komen zijn onder andere: hoe je je eigen waarden en talenten kunt inzetten, wat de risicofactoren voor een burn-out zijn en wat de factoren zijn waar je wél invloed op hebt. Het laatste hoofdstuk bevat een stappenplan met tien stappen dat je kunt zetten om beter voor

jezelf te zorgen. In het boek worden regelmatig voorbeelden gebruikt die helpen om te bedenken hoe je de tips praktisch kunt toepassen.

Je kunt het boek van kaft tot kaft doorlezen, of alleen de hoofdstukken die je aanspreken eruit pakken. Het boek is met name geschikt als je je niet eerder in zelfhulp verdiept hebt. Ik wil dit boek vooral aanraden aan studenten die in de laatste fase van hun studie zijn of aan een net beginnende dokter. Door de verschillende invalshoeken kan eigenlijk iedereen er wel wat uithalen.

Auteur

- Esther Zwaan, aios ouderengeneeskunde, SBOH Utrecht

Even voorstellen... nieuw redactielid Noralie Geessink



Noralie Geessink

Ik ben Noralie Geessink en sinds het begin van dit jaar ben ik toegetreden tot de redactie van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde.

Na de opleiding Geneeskunde heb ik een promotieonderzoek op de afdeling Klinische Geriatrie, in samenwerking met de afdeling Heelkunde, van het Radboudumc gedaan. Het betrof een onderzoek naar gedeelde besluitvorming bij ouderen met kanker, waarbij chirurgen werden getraind in gesprekstechnieken bij de kwetsbare, oudere patiënt. Na de afronding ben ik aan de slag gegaan als arts op de afdeling Klinische Geriatrie.

Aangezien de ouderengeneeskunde bleef trekken, ben ik uiteindelijk in het verpleeghuis beland en sinds september 2020 ben ik in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. De breedheid van het vak met de uitdagingen van groot tot klein, maken de ouderengeneeskunde voor mij ontzettend interessant.

Nu de nieuwigheid van het werken als dokter en ook de kop van de opleiding er inmiddels wel af is, ging ik op zoek naar een leuke, nieuwe uitdaging. Ik zag de vacature voor redactieleden voor het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde en was direct enthousiast. Leuk om weer meer bezig te zijn met de wetenschap en om ontwikkelingen binnen de ouderengeneeskunde op diverse terreinen mee te pikken. Een perfecte aanvulling op de dagelijkse praktijk en het onderwijs van de opleiding. Hopelijk kan ik mede-aos enthousiast maken nieuwsgierig te zijn en (onderzoeks-)ervaringen te delen via het tijdschrift!

Van de redactie

Redactie

Als redactie hebben we het gevoel dat de spreekwoordelijke inkt van editie 1 nog niet droog is, of editie 2 valt al in uw digitale brievenbus. Zo snel gaat de tijd.

Naast de vaste artikelen zoals Estafette, Boekbesprekingen, Uit de ouderengeneeskundige praktijk en SANO, hebben wij ook voor deze editie weer lezenswaardige bijdragen mogen ontvangen.

In het artikel ['Uitval door ongeschiktheid voor ouderengeneeskunde'](#) worden de competenties beschreven die, bij aios die ongeschikt werden bevonden voor het continueren van hun opleiding, vaak onvoldoende zijn. In ['De keerzijde van reanimeren'](#) worden onder andere de zorgkenmerken, reanimatiekarakteristieken en het beloop bij patiënten met niet-responsief waaksyndroom na reanimatie beschreven, om zo bij te dragen aan een completer beeld van mogelijke reanimatie uitkomsten.

Dennis Visser heeft de promotie van Ewout Smit digitaal bijgewoond en schrijft daarover in de ['Hora-est: Patient-centeredness in geriatric rehabilitation. Introducing a novel patient reported outcome measurement in geriatric rehabilitation'](#). Met zijn proefschrift hoopt Smit bij te dragen aan de verbetering van de kwaliteit van geriatrische revalidatie door het bevorderen van patiëntgericht werken.

In de Nederlandse verpleeghuiszorg is er nog weinig bekend over hoe de [samenwerking door de specialist ouderengeneeskunde wordt ervaren met de verzorgenden rondom probleemgedrag](#). Iris Boss et al beschrijven in hun artikel hun onderzoek waarin men tracht zicht te krijgen op thema's die spelen bij specialisten ouderengeneeskunde rondom samenwerking met verzorgenden bij probleemgedrag.

In het artikel ['Weefseldonatie na overlijden in twee woonzorginstellingen'](#) wordt de studie beschreven waarin wordt gekeken hoeveel patiënten, woonachtig in woonzorginstellingen, in aanmerking komen voor weefseldonatie.

De redactie wenst u veel leesplezier, maar doet een oproep aan alle lezers om hun ervaringen, die van belang kunnen zijn voor onze doelgroep, te delen middels het inzenden van een artikel. Indien u problemen ervaart bij het schrijven, dan zijn de redactieleden bereid u daarbij te

ondersteunen.

Heeft u daarnaast ideeën of suggesties voor het tijdschrift? We nodigen u van harte uit om daarover [contact met ons](#) op te nemen.

Kom je onze redactie versterken? We zijn op zoek naar enthousiaste collega's. Klik hier voor de vacaturetekst.

Estafette ... Floris Booij



Nienke Fleuren

In de Estafette interviewen we enthousiaste specialisten ouderengeneeskunde en aios. Dit is de elfde editie, dit keer met Floris Booij. Hij kreeg het estafettestokje overgedragen van Mariëlle Winters.

Floris Booij is specialist ouderengeneeskunde sinds 2019 en werkt bij Amstelring op de transferafdeling van Amsterdam UMC locatie VUmc en in verpleeghuis Vreugdehof in Amsterdam.

1. Hoe kwam je voor het eerst in aanraking met de ouderengeneeskunde?

Als keuzecoschap koos ik voor palliatieve zorg, omdat ik dacht dat dat een goede voorbereiding zou zijn op de huisartsopleiding. Maar met die paar patiënten op de palliatieve unit van het Leo Polak kreeg ik mijn week niet gevuld. Daarom deed ik ook een deel CVA-revalidatie erbij. Dat was zo leuk dat ik heb afgezien van sollicitatie voor de huisartsopleiding. De ouderengeneeskunde is breed, zowel medisch als niet-medisch en daar wilde ik meer over weten. Daarom ben ik als anios gaan werken in een verpleeghuis. Toen dacht ik: dit past goed!

2. Wat vind je zo mooi aan ons vak?

Het is de combinatie van revalidatie en huisartsenzorg, een mooie samensmelting. Ik vind het mooi om een begin, een middenstuk en een slot te hebben met een patiënt, een herstelgericht intensief contact dat je ook weer afsluit. Iets anders moois is dat ons vak zich razendsnel ontwikkelt, er vindt een snelle herijking plaats. We leveren steeds meer ziekenhuisverplaatste zorg en specialiseren ons meer, hoewel we nog steeds heel breed kijken. En ouderengeneeskunde is echt teamsport, met de patiënt, naasten, verzorging en verpleging en paramedici. Als specialist ouderengeneeskunde ben je echt een spil in het web en je houdt de regie. Op zoveel niveaus met iemand bezig zijn om hem verder te helpen, dat is heel mooi.

3. Welke patiënt zal je altijd bijblijven?

Dat is de allereerste patiënt die ik als anios meemaakte van opname tot ontslag. Die man had voor de hele revalidatieafdeling Rituals-pakketten gekocht omdat hij zo blij was met wat we voor hem hadden gedaan en omdat hij weer naar huis kon. Maar binnen 48 uur was hij weer terug. Daar was ik zo van onder de indruk... Dat je inschat: het gaat wel weer, maar dat het dan thuis toch echt niet blijkt te gaan. Dat pakket heeft toen twee maanden op mijn bureau gestaan tot er uiteindelijk een plekje voor hem was geregeld in een kleinschalige woonvorm.

4. Hoe zie je de toekomst van de ouderengeneeskunde?

Ik verwacht dat specialisten ouderengeneeskunde op de huisartsenpost en spoedeisende hulp komen te zitten. Een triageverpleegkundige beoordeelt alle aanvragen – onafhankelijk van waar iemand verblijft – en beoordeelt of de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde er naartoe gaat. De specialist ouderengeneeskunde is nodig als het gaat om multimorbiditeit en moet ook de ruimte hebben om op het moment zelf een gesprek te voeren over de wenselijkheid van behandelingen, want je kunt niet alles met advance care planning voorzien. Intramurale zorg moet gericht zijn op kortdurend verblijf en complexe zorg, terwijl de meeste ouderen thuis wonen in een gemêleerde buurt waar jongeren ondersteuning bieden.

5. Hoe kijk je zelf aan tegen het ouder worden?

Daar heb ik wel moeite mee. Ik vind het nu al vervelend als ik pijn aan mijn voeten heb na een uur hardlopen. Ik ben begin dertig en zou zo willen blijven, maar ouder worden zal wel moeten, anders worden mijn kinderen ook niet ouder. Als het dan toch moet, dan wil ik zo vitaal mogelijk ouder worden. Veel mensen leveren uiteindelijk aan vitaliteit in, maar zien desondanks dat het mooie van wat het leven te bieden heeft, de boventoon voert. Ik hoop zo ook te zijn als ik ouder ben, maar voor nu heb ik niks te klagen en dat hou ik graag nog even vol.

Ik geef het stokje door aan ...

Rianne Godfried, omdat zij een specialist ouderengeneeskunde is die enthousiasme uitstraalt en dat overdraagt op de jonge generatie. Zij heeft mij het vak in getrokken.

Auteur

- Nienke Fleuren, aioto ouderengeneeskunde, AmsterdamUMC

Woord van het bestuur

Time flies...



Jacqueline de Groot

“When you’re having fun”, zeg ik er altijd achter aan. Alweer een half jaar onderweg als voorzitter! Voorlopig nog mijn enige ‘reis’ met alle maatregelen die nog van kracht zijn en ik maak deze reis met veel plezier. Ik reis nergens letterlijk heen, want het meeste gebeurt nog steeds van achter de computer. Veel gesprekspartners heb ik nog steeds niet in het echt ontmoet, zelfs collega-bestuurder Mathieu Prevoo niet. Bij de enkeling die ik wel ontmoet heb, merk ik meteen dat ik even snel van top tot teen bekeken wordt. Waarschijnlijk om te checken hoe groot je nou eigenlijk in het echt bent.

De lente is voorzichtig begonnen, de tuin kleurt langzaam weer groen. Nu ook de COVID-19-vaccinatieronde achter de rug is, lijkt de rust in de langdurige zorg wat wedergekeerd. De versoepelingen in de zorginstellingen komen op gang, maar er zijn genoeg andere actuele thema's in de ouderenzorg die de agenda van het bureau en bestuur vullen. Het behartigen van de belangen van onze leden in de aanloop naar de verkiezingen en

verschillende internetconsultaties vanuit de ministeries, zijn daar voorbeelden van. Via de nieuwsbrieven houden we onze leden zo goed mogelijk op de hoogte van de ontwikkelingen en onze reacties.

Iedere dinsdag bellen Mathieu en ik met elkaar om bij te praten en te sparren. Onze maandelijkse bestuursoverleggen zijn natuurlijk nog digitaal en maar eenmaal per maand. De ouderenzorg is volop in beweging. Dat vraagt om frequente afstemming. Niet alleen met bestuur, directeur en bureau, maar ook met andere organisaties. Hierbij merk ik dat je aan landelijke overlegtafels toch iedere keer scherp moet zijn of de positie van de specialist ouderengeneeskunde goed wordt meegenomen. Dat we beter in beeld zijn gekomen tijdens de COVID-19-pandemie betekent niet automatisch dat de specialist ouderengeneeskunde op een juiste manier wordt gewaardeerd. Het belang van het vak aan de landelijke tafels blijvend op de kaart zetten, daar ben ik veel mee bezig. De jarenlange praktijkervaring helpt om een onderwerp ook telkens vanuit de inhoud te benaderen. Bijvoorbeeld ten aanzien van de problemen rondom de inzet van een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn bij een Wlz-indicatie.

Net zo belangrijk is hoe je het vak binnen je eigen organisatie met elkaar oppakt en uitdraagt. Vorige week had ik een collega aan de telefoon, die aangaf nog steeds tegen een muur te lopen als ze aanklopte bij het management. De vakgroep was groot en verdeeld en een eenduidig signaal afgeven bleek moeizaam. Van een ander hoor ik hoe het management juist vraagt om advies aan de vakgroep. In de organisatie waar ik lange tijd gewerkt heb, hebben we na een bestuurswisseling en een bijna geheel nieuw artsenteam de visitatie gedaan. Naar aanleiding daarvan hebben we veel zaken anders aangepakt. Zo zijn we onder andere vanuit de vakgroep gaan werken met een professioneel statuut. Ook COVID-19 is in veel organisaties een soort katalysator geweest om als specialist ouderengeneeskunde je rol te pakken, zoals bijvoorbeeld bij de infectiepreventie en -bestrijding. In de kleine organisatie waar ik werk hadden we op een gegeven moment dagelijks korte afstemmingen. Na de vaccinaties hebben we dat naar eenmaal per week teruggebracht. Toch blijft het dan nog een uitdaging om het belang van ons vak voor het voetlicht te brengen.

Met alles wat er op ons vak en de ouderenzorg als geheel afkomt, wil ik graag een oproep doen:

“Zorg dat je binnen je eigen organisatie in gesprek bent met je bestuur. Geef gevraagd en ongevraagd advies. Positioneer het vak binnen je organisatie. En hou ons op de hoogte van de knelpunten en natuurlijk ook van de positieve punten. Wij als Verenso bestuur zullen ons best doen om dat ook landelijk te doen”.

Auteur

- Jacqueline de Groot, voorzitter Verenso, specialist ouderengeneeskunde

Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO)

Zorg vanuit de beleving van de cliënt! De ontwikkeling van een online tool: Het Wegingskader Cliëntperspectief.



[Marius de Boer](#), Ineke Gerridzen, Lobke Bulk

Persoonsgerichte zorg is key in de ouderenzorg, en onvrijwillige zorg mag volgens de Wet zorg en dwang (Wzd) alleen nog worden toegepast als het echt niet anders kan. Maar hoe betrek je de wensen en behoeften van cliënten? En wat is precies hun beleving van de zorg? Zeker bij mensen met dementie en andere hersenaandoeningen kan het een uitdaging zijn om dit in kaart te brengen. Het Universitair Netwerk Ouderenzorg van Amsterdam UMC (UNO Amsterdam) ontwikkelde een online tool die specialisten ouderengeneeskunde in multidisciplinaire teams en met name verzorgenden en verpleegkundigen op de werkvloer, ondersteunt in het expliciet meewegen van het perspectief van cliënten zelf bij de inzet van (onvrijwillige) zorg.

Waarom een Wegingskader Cliëntperspectief?

Cliënt-, mens- ofwel persoonsgerichtheid staat centraal in de zorgverlening.¹ Dit betekent dat in afwegingen over in te zetten zorg het perspectief van de cliënt die de zorg ondergaat van groot

belang is. Dit geldt des te meer wanneer het gaat om het inzetten van vrijheidsbeperkingen of onvrijwillige zorg.² De Wet zorg en dwang (Wzd)³ stelt dat onvrijwillige zorg alleen mag worden toegepast als het echt niet anders kan. Middels de bijbehorende besluitvormingsprocedure (het stappenplan Wzd) wordt beoordeeld of onvrijwillige zorg noodzakelijk is en of er geen alternatieven zijn. Omdat primair vanuit het zorgverlenersperspectief invulling wordt gegeven aan de vraag wat de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg is, bestaat het risico op (te) beperkte aandacht voor wat de cliënt zelf vindt en wil: welke zorg sluit aan bij zijn wensen en behoeften, en welke alternatieven zijn dan het meest passend?

Dit lijkt vanzelfsprekend, maar het is niet altijd makkelijk om te bepalen welke zorg je moet geven om het de cliënt zo comfortabel en prettig mogelijk te maken. Zeker bij iemand met beperkte communicatie- mogelijkheden als gevolg van bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer, ben je als zorgverlener vaak afhankelijk van een interpretatie van het gedrag. Ook bij mensen met een beperkt ziekte-inzicht, zoals bij het syndroom van Korsakov en de ziekte van Huntington, kan het lastig zijn om een goede afweging te maken. Wat te doen als de cliënt bijvoorbeeld meent nergens last van te hebben en noodzakelijke zorg afwijst? Hoe neem je dat mee in de afweging over de te bieden zorg? Begrijp je de beleving van de cliënt? En hoe weeg je de voor- en nadelen van zorg tegen elkaar af?

In het 'Belevingsonderzoek Dwang in de Zorg'⁴ - in opdracht van het ministerie van VWS en uitgevoerd door UNO Amsterdam in samenwerking met de Academische Werkplaats Leven met een verstandelijke beperking (AWVB, Tranzo, Tilburg University) - is onderzocht hoe het cliëntperspectief zo maximaal mogelijk betrokken kan worden bij het nadenken over (alternatieven voor) onvrijwillige zorg en de besluitvorming over de inzet daarvan. Behalve een onderzoeksrapport heeft dit geleid tot de bouwstenen van een praktische tool voor gebruik in de praktijk: 'Het Wegingskader Cliëntperspectief'.

Verbinding tussen wetenschap en praktijk

"Het Wegingskader is een prachtig tool waarmee de verbinding tussen onderzoek en praktijk versterkt wordt en kennis helpt om de praktijk van (onvrijwillige) zorg te verbeteren."

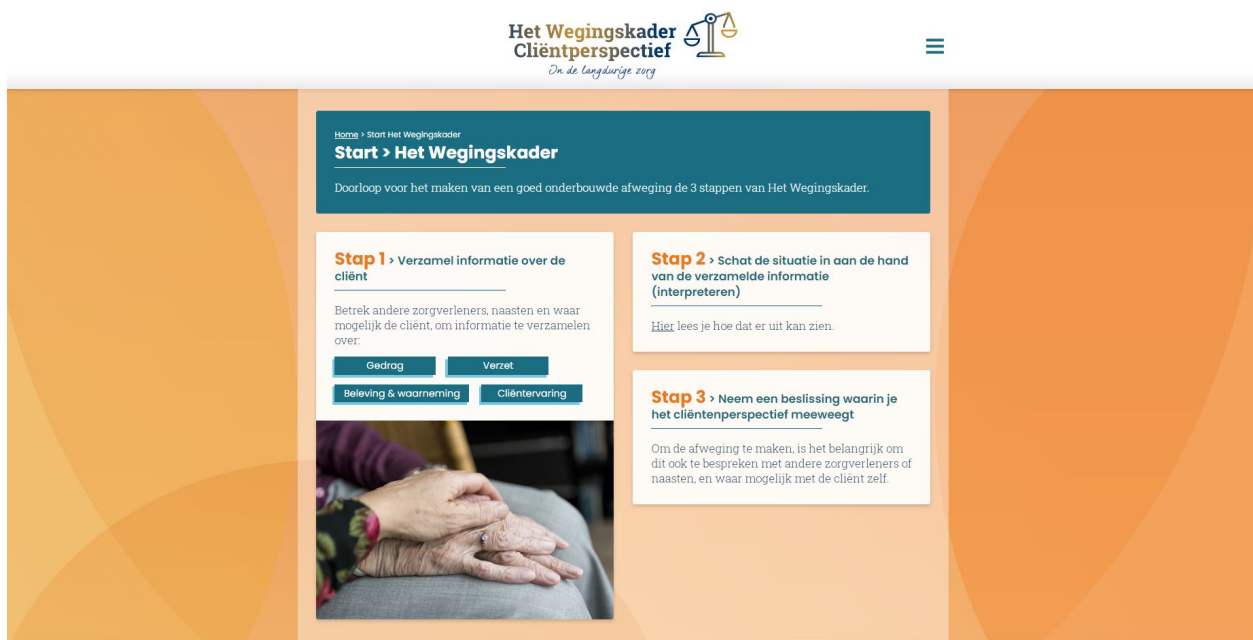
Margje Mahler, Directeur Zorg bij Zorggroep Apeldoorn

Het concept van Het Wegingskader voor zorgverleners werkzaam in de zorg voor mensen met dementie en andere hersenaandoeningen, is getest in een pilot. De resultaten hiervan zijn, in nauwe samenwerking met zorgverleners uit de praktijk, die zitting hebben in de themagroep Hersenaandoeningen van UNO Amsterdam, besproken en verwerkt. Naar voren kwam dat er behoefte is aan het toevoegen van (achtergrond) informatie vanuit de praktijk en aansluiting bij het taalgebruik van de gebruikers. De betrokken zorgverleners leverden vooral herkenbare praktijkvoorbeelden aan waarmee toepassing van Het Wegingskader aan de hand van concrete casuïstiek kon worden uitgewerkt en verhelderd. Dit illustreert waar UNO Amsterdam voor staat: "Zorgprofessionals en wetenschappers dragen samen bij aan de kwaliteit van leven en zorg

voor ouderen met complexe zorgproblemen door wetenschappelijk onderzoek, deskundigheidsbevordering en de ontwikkeling en implementatie van innovatieve zorgproducten.”

De werkwijze

Het Wegingskader helpt zorgverleners om zich te verplaatsen in de beleving (het cliëntperspectief) bij het aanbieden van zorg. Zo kan beter ingeschat worden of de geboden zorg door de cliënt als onvrijwillig wordt ervaren. Ook kan het zorgverleners helpen bij het zoeken naar alternatieven of om een afweging te maken in wat de minst ernstige vorm van onvrijwillige zorg is. Om een onderbouwde afweging te kunnen maken over de inzet van zorg wordt binnen Het Wegingskader een drietal stappen doorlopen.



1. Verzamel informatie over de cliënt

Betrek andere zorgverleners, naasten en waar mogelijk de cliënt, om informatie te verzamelen over gedrag, verzet, beleving & waarneming en de ervaring van de cliënt. Bij elk van deze aspecten wordt toegelicht waar je hierbij op kunt of moet letten.

2. Schat de situatie

Interpreteer de in stap 1 verzamelde informatie. Geef antwoord op vragen als: Sluit de zorg aan bij de beleving van de cliënt? Ervaart de cliënt onvrijwillige zorg? Zo ja, hoe vervelend denk jij als zorgverlener dat de cliënt deze zorg vindt? En zijn er ook alternatieven?

3. Neem een beslissing over de betreffende zorg

Weeg in de besluitvorming het cliëntenperspectief mee. Betrek in de afweging ook andere zorgverleners of naasten, en waar mogelijk de cliënt zelf.

Toepassing van Het Wegingskader

Door gebruikmaking van Het Wegingskader wordt het cliëntenperspectief transparant en expliciet meegewogen in de besluitvorming over de zorg. Hiermee draag je als zorgverlener bij aan cliëntgerichte zorg met oog voor kwaliteit van leven, waarbij onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt vermeden. Dit is in het belang van cliënt en zorgverleners omdat je dan buiten de werking van de Wzd blijft en de besluitvormingsprocedure van de Wzd dan niet meer hoeft te worden toegepast.

In de zorgpraktijk kan Het Wegingskader op verschillende manieren en momenten worden ingezet. Bijvoorbeeld tijdens een gedragsvisite, of een Onvrijwillige Zorg overleg. Door EVV'ers kan de tool gebruikt worden als hulpmiddel bij de voorbereiding van deze en andere, multidisciplinaire overleggen. Ook kan de tool gebruikt worden bij scholingen in het kader van de Wzd. UNO Amsterdam gaat, met inzet van haar implementatieadviseur, organisaties die Het Wegingskader gaan inzetten binnen de implementatie van de Wzd, hierbij ondersteunen.

Vanuit de wetenschap bekeken

Zorgverleners kunnen de tool gebruiken om een goede afweging te maken. De tool is expliciet geen checklist; aan de hand van vragen wordt de zorgverlener gestimuleerd zich te verplaatsen in het perspectief van de cliënt bij de afweging over de te verlenen zorg en ondersteuning.

De meeste zorgverleners die Het Wegingskader mochten uitproberen waren zeer enthousiast over de tool, juist omdat zij hierdoor zo expliciet bezig zijn met het perspectief van de cliënt.

Vanuit de praktijk bekeken

Het is niet de bedoeling dat we zorgprofessionals met meer werk opzadelen. Het is vooral bedoeld als hulpmiddel (voor het creëren van de gevraagde mindset). Natuurlijk vergt dat in het begin wat tijd, maar op een gegeven moment heb je dat denken vanuit het cliëntenperspectief zo vaak getraind dat het een automatisme wordt. Wat dat betreft is het ook een mooie tool om in scholingen mee te nemen.

Door toepassing van Het Wegingskader komt er meer bewustwording van wat onvrijwillige zorg eigenlijk allemaal inhoudt.

Het leveren van zorg die optimaal aansluit bij de beleving van cliënten is waar zorgverleners

voor staan en waar ze voldoening uit halen.

Meer weten?

In de volgende editie van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde zult u meer kunnen lezen over de resultaten van het achterliggende 'Belevingsonderzoek Dwang in de Zorg', dat ten grondslag lag aan de ontwikkeling van Het Wegingskader.

Zelf aan de slag met Het Wegingskader Cliëntperspectief?

Op de website www.hetwegingskader.nl vindt u de online tool. Naast de werkmethode, zijn daar ook een praktisch filmpje, informatie over onvrijwillige zorg en verschillende praktijkvoorbeelden te vinden. De tool is voor iedereen vrij te gebruiken en makkelijk toe te passen.

Dit is namens de Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO) een bijdrage van het UNO Amsterdam, een samenwerkingsverband van het Amsterdam UMC (locatie VUmc) en 23 zorgorganisaties. De academische netwerken ouderenzorg vormen een belangrijke brug tussen wetenschappelijk onderzoek en de zorgpraktijk: onderzoekers werken samen met professionals uit de ouderenzorg aan (zorg)innovaties en nieuwe kennis. Andere academische netwerken ouderenzorg zijn die van Groningen (UNO-UMCG), Nijmegen (UKON), Maastricht (AWO-ZL) en Tilburg (Tranzo), Leiden (UNC-ZH).

Auteurs

- M.E. (Marike) de Boer, senior onderzoeker, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, UNO Amsterdam, afdeling ouderengeneeskunde, Aging & Later Life, Amsterdam
- I.J. (Ineke) Gerridzen, specialist ouderengeneeskunde, Atlant, verpleeghuis Markenhof Beekbergen, onderzoeker (UNO Amsterdam)
- L. (Lobke) Bulk, psycholoog, Quarijn - Kennis en Behandelcentrum, Doorn

Literatuur

1. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, Samen leren en verbeteren. Zorginstituut Nederland, 2017.
2. Ministerie van VWS. (2012). Wegen naar vrijheid: communiceren en methodisch (samen) werken in de zorg voor cliënten die ernstig in hun vrijheid worden beperkt. Tussenrapportage van de Denktank complexe zorg/taskforce.
3. Voor meer informatie over de Wet zorg en dwang: <https://www.dwangindezorg.nl/wzd>
4. Boer M de, Habraken J, Frederiks B, Depla M, Zwijsen S, Trompenaars M, Negenman A, Embregts P, Hertogh C. Belevingsonderzoek dwang in de zorg: Twee samenhangende deelstudies. (Rapportage) [Tranzo, Tilburg University & VUmc, Amsterdam] Ministerie van VWS, dec. 2015.

Uit de ouderengeneeskundige praktijk

Alternatieve geneeskunst in de ouderenzorg of toch wetenschappelijk bewezen?



[Bianca de Jong](#)

Ouderengeneeskunde en wetenschap... Gaat dat samen? Nog niet zo goed eigenlijk. Maar langzaam komen we in een tijdperk waarbij onderzoek bij de dementerende ouderen mogelijk wordt gemaakt. Want hoe kan je toestemming vragen voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek als iemand niet kan begrijpen waar hij of zij toestemming voor geeft? En hoe ging dat vroeger eigenlijk? Toen er nog geen Medisch Ethische Toetsings Commissie was? Konden we toen zomaar van alles uitproberen bij onze populatie? Waarop was eigenlijk onze behandeling van de dementerende ouderen op gebaseerd? Eigenlijk vooral op het wetenschappelijk onderzoek bij de 'gezonde en jonge populatie'. We hadden toen nog niet de kennis van nu, de kennis van het 'kapotte' brein en de inzichten van onbegrepen gedrag, palliatieve zorg of pijn.

De vijf opleidingsinstituten die de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde faciliteren hebben allemaal de mogelijkheid tot het combineren van de opleiding en wetenschappelijk onderzoek. Een traject van zes jaar, waarin je zowel in opleiding bent tot specialist ouderengeneeskunde, als promovendus. Zo proberen we de wetenschap binnen de ouderengeneeskunde met elkaar tot een hoger niveau te brengen. Hieruit zijn ook al een aantal interessante vraagstukken ontstaan waar naar het wetenschappelijk antwoord wordt gezocht of recent is beantwoord. Daarnaast is er een overkoepelende organisatie, het Samenwerkingsverband Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO) wat zorgt voor een nauwe samenwerking tussen wetenschappers en professionals voor een effectieve

kennisontwikkeling, kennisverspreiding en samenwerkingsimplementatie. Deze intensieve samenwerking tussen de totaal zes lokale netwerken leidt tot een grotere beschikbaarheid van kennis voor professionals in het hele land.

Ook is er in de reguliere opleiding tot specialist ouderengeneeskunde steeds meer aandacht voor een wetenschappelijke vraagstuk, bijvoorbeeld in de vorm van een CAT; een wetenschappelijk antwoord op een vraag uit de praktijk, welke je kan beantwoorden aan de hand van een goede speurtocht op PubMed. Uitdagend is het zeker voor de aios, maar de antwoorden zijn vaak van toegevoegde waarde. Soms is er tegen verwachting in toch veel te vinden over een vraagstuk bij de dementerende ouderen en soms is er nog helemaal niks bekend. Dan blijft het toch een beetje je eigen inzicht en gevoel waarop je een behandeling inzet. En is dit dan een vorm van alternatieve geneeskunde? Dat antwoord blijft onduidelijk. Soms is de ervaring bij het starten van een medicijn bij een bewoner met onbegrepen gedrag n=1, wat maakt dat je het daardoor als laatste strohalm bij die andere patiënt toch nog wilt uitproberen. Altijd in goed overleg met de familie uiteraard.

Gelukkig zijn we goed aan de weg aan het timmeren en komt er langzaam maar zeker steeds meer onderzoek naar onze bijzonder interessante populatie. Mocht je nu zelf ook interesse hebben, of wil je er meer van weten, schroom dan zeker niet om contact op te nemen! Je weet soms niet welke kant je carrière met je op wilt gaan, dus laat je vooral verrassen!

In deze rubriek leest u ervaringen uit de ouderengeneeskundige praktijk. Ze zijn bedoeld om u te inspireren. Deze ervaringen worden ook via de campagnewebsite www.ouderengeneeskunde.nu gedeeld met basisartsen en geneeskundestudenten. Heeft u ook mooie of bijzondere ervaring over uw vak die u wil delen met specialisten ouderengeneeskunde (in opleiding)? Neem dan contact op met de coördinator van deze rubriek, specialist ouderengeneeskunde Marianne van Asch (m.vanasch@soon.nl).

Auteur

- Bianca de Jong – aiotouderengeneeskunde LUMC