

Complexe neurologische aandoeningen in de langdurige zorg

Inhoudsopgave

Complexe neurologische aandoeningen in de langdurige zorg	2
CAT: Effect van rivastigmine op hallucinaties bij Parkinsondementie	14
CAT: Melatonine als delierprofylaxe bij een heupoperatie	19
Griepvaccinatiegraad onder aios ouderengeneeskunde	25
Hora est: Improving integrated care for older people	33
COVID-19 in het verpleeghuis	37
Sensorische Informatieverwerking en frontotemporale dementie	45
Over hoe de Cubaanse ouderenzorg georganiseerd is	54
Hoe behoud je je veerkracht als specialist ouderengeneeskunde	61
Physician Assistant in de ouderenzorg	65
Een gouden duo? SO en VS in gesprek over taakherschikking	75
Ik heb gezegd: oratie Debby Gerritsen	79
Even voorstellen...nieuw redactielid Anne Belonje	81
Van de redactie	82
Estafette...Nettie Lensink	84
Woord van het bestuur	87
SANO: Data in de langdurige ouderenzorg	92
Uit de ouderengeneeskunde praktijk	97
Kerstpuzzel 2020	99

Complexe neurologische aandoeningen in de langdurige zorg

Een verkenning van aantallen, patiëntkenmerken en indicaties

[Danny Hommel](#), Annette Plouvier, Jesse Krijthe, Jan Lavrijsen, Raymond Koopmans, Willemijn van Erp

Samenvatting

Achtergrond en doel

Veel patiënten met een complexe neurologische aandoening, zoals de ziekte van Parkinson, multiple sclerose of restverschijnselen van niet-aangeboren hersenletsel, doen vroeg of laat in hun ziekteproces een beroep op de langdurige zorg. Dat deze mensen een andere zorgbehoefte hebben dan de algemene verpleeghuispopulatie is bekend, maar van hun aantallen bestaan slechts schattingen. Dit onderzoek, mogelijk gemaakt door de Verenso Beurs voor wetenschappelijk onderzoek, heeft als doel te achterhalen hoeveel mensen in Nederland een indicatie voor langdurige zorg hebben én een diagnose die wijst op een ernstige aandoening van het zenuwstelsel, anders dan dementie.

Methodologie

We combineerden grote datasets van het Centraal Bureau voor Statistiek om zo de prevalentie van een aantal complexe neurologische aandoeningen onder mensen met een indicatie voor langdurige zorg in een verpleeghuis te bepalen.

Resultaten

Op 31-12-2015 hadden 121.749 mensen in Nederland een indicatie die toegang geeft tot langdurige zorg in een verpleeghuis. Van hen hebben 9.398 mensen een complexe neurologische aandoening. De ziekte van Parkinson en aanverwante aandoeningen komen bij 4% van de totale langdurige-zorgpopulatie voor. Patiënten met een zeldzamere aandoening zijn 10 tot 20 jaar jonger dan de gemiddelde verpleeghuispatiënt.

Beschouwing

Er zijn in de langdurige zorg meer mensen met een complexe neurologische aandoening, anders dan dementie, dan tot nu toe werd aangenomen. Door verdere academisering van de langdurige zorg en de ontwikkeling van doelgroepexpertisecentra moet het mogelijk zijn ook

deze patiënten en hun naasten passende zorg te bieden.

Achtergrond en doel

Neurologische aandoeningen kunnen tot langdurige zorgafhankelijkheid leiden. Multiple sclerose (MS), de ziekte van Parkinson (ZvP), ernstige gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en andere complexe aandoeningen van het centrale zenuwstelsel anders dan dementie behoren dan ook tot de dagelijkse praktijk van de specialist ouderengeneeskunde. Vaak worden patiënten met dit soort diagnoses bij opname in het verpleeghuis ontslagen uit de poliklinische ziekenhuiscontrole. Ook wetenschappers hebben hen niet in het vizier; onderzoekers die het beloop van progressieve neurologische ziekten of de uitkomsten van acuut hersenletsel in kaart brengen, komen zelden in het verpleeghuis. De langdurige zorg geldt daardoor internationaal als een academische black box.¹ Dit maakt dat de zorg voor mensen met complexe neurologische aandoeningen in het verpleeghuis, waar zich de grootste ziektelast openbaart, veelal practice based in plaats van evidence based is.

De onderzoeken die wél gedaan zijn, laten zien dat het hier gaat om patiënten met een andere zorgbehoefte dan de doorgaans oude mensen met of zonder dementie waar het verpleeghuis klassiek op is ingericht. Patiënten met complexe neurologische aandoeningen zijn gemiddeld jonger, hebben andere en vaak uitgebreide neuropsychiatrische en somatische problemen en reageren soms atypisch op medicijnen, met name op psychofarmaca. Bovendien vragen ze, samen met hun naasten, een andere vorm van psychosociale begeleiding en advance care planning.²⁻¹²

Het actuele aantal mensen met een complexe neurologische aandoening dat langdurige zorg nodig heeft is echter onbekend. Het rapport 'Eilanden van Zorg' van het Nationaal Ziekenhuisinstituut meldde in 1994 dat er in totaal 1.379 patiënten met ZvP en 710 mensen met MS in Nederlandse verpleeghuizen verbleven.¹³ In 2007 schatte het RIVM dat er 2.050 mensen met ZvP en 470 met MS in verpleeghuizen woonden, maar gaf niet aan op basis van welke bronnen.¹⁴ Recent stelde KPMG, goeddeels op grond van schattingen, dat er in de langdurige zorg (Wlz) 300 mensen met Huntington, 3.000 mensen met ZvP of parkinsonisme en 1.000 mensen met MS zouden zijn.¹⁵

Internationale cijfers zijn niet zonder meer naar de Nederlandse context te extrapoleren. In een Belgische studie uit 2010 had 15.4% van de verpleeghuispatiënten een neurologische opname-indicatie. Hierbij werden echter ook zintuiglijke beperkingen zoals blindheid meegerekend.¹⁶ Onder 100.000 verpleeghuispatiënten in Canada werd bij 16.5% een neurologische aandoening anders dan dementie geteld.¹⁷ De Canadese verpleeghuispopulatie is echter anders van samenstelling dan de Nederlandse, met relatief weinig patiënten met dementie.¹⁸ De manier waarop de langdurige zorg in ons land is georganiseerd is bovendien uniek in de wereld, alleen al vanwege het bestaan van een academisch medisch specialisme ouderengeneeskunde.¹⁹

Ook wordt internationaal de term ‘verpleeghuis’ niet eenduidig voor dezelfde zorgvoorzieningen gebruikt.²⁰

Om mensen met complexe neurologische aandoeningen ook in het verpleeghuis de juiste zorg te kunnen bieden, moet de omvang van de patiëntenpopulatie duidelijk zijn. Het doel van deze studie is te achterhalen hoeveel mensen in Nederland een indicatie voor langdurige zorg hebben én een diagnose die wijst op een ernstige aandoening van het zenuwstelsel, anders dan dementie.

Methodologie

Datasets

Het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) beschikt over een zeer grote hoeveelheid persoonsgerelateerde data. Deze zijn tegen betaling en onder strikte voorwaarden toegankelijk voor wetenschappers. In dit onderzoek hebben we gegevens uit vijf datasets gecombineerd: de gemeentelijke basisadministratie; overlijdensdata; indicaties voor langdurige zorg vanuit de Wet Langdurige Zorg (Wlz); in het ziekenhuis gestelde diagnoses vanuit de diagnose-behandelcombinatie-registratie (DBC); en in het ziekenhuis gestelde diagnoses vanuit de landelijke basisregistratie ziekenhuiszorg (LBZ).

De informatie uit deze datasets is pas enkele jaren na registratie toegankelijk voor onderzoek. Bij de analyses van de gegevens die we eind december 2019 uitvoerden, waren de meest recente beschikbare jaargangen die van 2013, 2014 en 2015. [Appendix 1](#) geeft de methodologie uitgebreid weer.

Diagnoses

In samenspraak met collega's uit de tweede lijn stelden we een lijst op van diagnoses met betrekking tot het centrale of perifere zenuwstelsel, de motorische eindplaat of spieren, die tot functionele beperking kunnen leiden. Als het aannemelijk leek dat een aandoening bij iemand met een verpleeghuisindicatie tenminste bij zou dragen aan de noodzaak tot intensieve langdurige zorg, keken we of er een passende DBC of ICD-10-code voorhanden was. We selecteerden zodoende onder meer MS, ZvP, Amyotrofische Lateraal Sclerose (ALS), spinocerebellaire aandoeningen, myasthenia gravis, status na subarachnoïdale bloeding, ernstig traumatisch hersenletsel, ziekte van Huntington, spinale spieratrofie, postanoxische encefalopathie en hersenletsel waarvoor een craniotomie werd verricht (zie Box 1). Sommige aandoeningen waren in beide registraties terug te vinden, andere in één van beide ([Appendix 1](#)).

[Box 1. Diagnoses die in de registraties konden worden geselecteerd](#)

<i>Multiple Sclerose</i>
<i>Ziekte van Parkinson</i>
<i>Aan Parkinson verwante extrapiramidale aandoeningen (in het bijzonder Multiple Systeem Atrofie)</i>
<i>Hydrocefalie, waaronder normal pressure hydrocefalie</i>
<i>Amyotrofische Lateraal Sclerose en andere voorhoornaandoeningen</i>
<i>Spinocerebellaire aandoeningen</i>
<i>Myasthenia Gravis en andere neuromusculaire aandoeningen</i>
<i>Subarachnoïdale bloeding</i>
<i>Ernstig traumatisch hersenletsel</i>
<i>Ziekte van Huntington</i>
<i>Spinale spieratrofie en aanverwante syndromen</i>
<i>Systeematrofieën die primair het centraal zenuwstelsel aantasten</i>
<i>Primaire spieraandoeningen</i>
<i>Overige myopathiën</i>
<i>Aandoeningen van de neuromusculaire overgang en spieren</i>
<i>Postanoxische encephalopathie</i>
<i>Craniotomie</i>

Indicaties voor langdurige zorg

Wat betreft de indicaties voor langdurige zorg zijn we uitgegaan van de zwaarste zorgzwaartepakketten (ZZPs) binnen de domeinen 'verpleging en verzorging' en 'lichamelijk gehandicapt', namelijk ZZPs 5 tot en met 8 ([zie Appendix 1](#)). Tijdelijke opnames in het verpleeghuis, bijvoorbeeld vanwege revalidatie of palliatief-terminale zorg, zijn niet meegenomen. Wanneer iemand in de jaren 2013, 2014 en 2015 meer dan één ZZP werd toegekend is uitgegaan van het hoogste ZZP.

Databewerking en statistiek

We analyseerden de data met SPSS versie 25.0.0.1. Alle variabelen werden met elkaar gekoppeld, opgeschoond, ontdebeld en gecontroleerd ([zie Appendix 1](#)). We verwijderden gegevens die te maken hadden met personen die overleden waren vóór de puntprevalentiedatum, 31-12-2015. De cijfers die we in dit artikel presenteren, hebben dus betrekking op alle op 31-12-2015 levende mensen, die in 2013, 2014 of 2015 een VV5-, VV6-, VV7-, VV8-, LG5-, LG6- of LG7-indicatie hadden en die in 2013, 2014 en/of 2015 minimaal één diagnose hadden zoals beschreven. Om de overlap tussen de gebruikte diagnoseregistraties inzichtelijk te maken, hebben we voor de ZvP een kruistabel gemaakt waarin de DBC-diagnose en de ICD-10-diagnose tegen elkaar zijn uitgezet.

Voor alle frequenties werd een 95%-betrouwbaarheidsinterval uitgerekend. Vergelijking van leeftijd en geslacht voor de groep met en de groep zonder een bepaalde diagnose, verrichtten we met de student T-test en chi-kwadraattest. Met een voor geslacht gestratificeerde analyse corrigeerden we bovendien voor de invloed van geslacht op de leeftijdsverdeling van de groep met en zonder een bepaalde diagnose.

Resultaten

Op 31-12-2015 hadden 121.749 mensen in Nederland een indicatie die toegang geeft tot langdurige zorg in een verpleeghuis (tabel 1). De gemiddelde leeftijd van deze groep is 82.15 jaar (SD 11.98). Één op de 8 patiënten is nog geen 70 jaar. Twee derde is vrouw. Het meest voorkomende toegekende ZZP, bij 52.2% van de patiënten, is VV5. Dit is het ZZP dat bedoeld is voor 'intensieve dementiezorg'.

Tabel 1 – Kenmerken van patiënten met een indicatie voor langdurige zorg in een verpleeghuis op 31-12-2015

Variabele	Totale populatie met langdurige-zorgindicatie		Mensen met langdurige-zorgindicatie <u>en</u> een complexe neurologische aandoening, anders dan dementie	
n	121.749		9.398	
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	82.15 (11.98)		74.65 jaar (14.76)	
Geslacht, % vrouw	68,8%		52,4%	
Top 3 toegekende ZZPs, n (%)	1. ZZPVV5 - <i>Intensieve dementiezorg</i>	63.536 (52.2%)	1. ZZPVV6 - <i>intensieve verzorging en verpleging, doorgaans op grond van fysieke beperkingen</i>	3.895 (41.4%)
	2. ZZPVV6 - <i>intensieve verzorging en verpleging, doorgaans op grond van fysieke beperkingen</i>	36.682 (30.1%)	2. ZZPVV5 - <i>intensieve dementiezorg</i>	2.791 (29.7%)
	3. ZZPVV7 - <i>zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoening, doorgaans psychiatrische symptomen</i>	11.383 (9.3%)	3. LG6 - <i>wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging</i>	1.178 (12.5%)

In totaal hadden op 31-12-2015 9.398 mensen een verpleeghuisindicatie en een complexe neurologische aandoening anders dan dementie. Deze patiënten zijn gemiddeld vaker man en jonger dan de totale populatie met een indicatie voor langdurige zorg in een instelling. VV6 is in deze groep de meest voorkomende indicatie, maar 30% van deze groep heeft een reguliere dementie-indicatie, namelijk VV5.

Ruim 4% van alle mensen met een verpleeghuisindicatie had op 31-12-2015 de diagnose ZvP. Aan de ZvP verwante aandoeningen, status na ernstig traumatisch hersenletsel en MS kwamen elk bij circa één op de honderd mensen met een verpleeghuisindicatie voor (tabel 2). Met afzonderlijke absolute aantallen van tussen de 150 en 450 per 100.000 patiënten, maken ook patiënten met primaire spieraandoeningen, ALS en aanverwante aandoeningen, spinocerebellaire ziekten, status na subarachnoidale bloeding en hydrocefalie een aanzienlijk deel uit van de langdurige-zorgpopulatie.

Tabel 2 – Aantal mensen met en zonder specifieke complex neurologische diagnose – verschil in gemiddelde leeftijd

Patiënten met ZvP en verwante aandoeningen en patiënten met ernstig NAH zijn ongeveer even oud als de algemene verpleeghuispopulatie. Bij andere aandoeningen echter valt een groot leeftijdsverschil op. Mensen met MS zijn bijvoorbeeld gemiddeld 60 jaar, met hydrocefalie (n=521) gemiddeld 68 jaar, status na een subarachnoïdale bloeding (n=309) gemiddeld 69 jaar, en postanoxische encefalopathie (n=108) en ALS (n=215) gemiddeld 59 jaar. Patiënten met primaire spieratrofieën en een verpleeghuisindicatie (n=186) zijn gemiddeld 40 jaar oud (tabel 2).

Nagenoeg alle complexe neurologische aandoeningen komen vaker voor bij mannen met een verpleeghuisindicatie dan bij vrouwen (tabel 3). Zo komt myasthenia gravis bij 0.15% van de mannen voor, terwijl dit bij vrouwen 0.02% is. De ZvP, aan ZvP verwante aandoeningen, hydrocefalie, ALS, spinocerebellaire aandoeningen, ernstig traumatisch hersenletsel, ziekte van Huntington, postanoxische encephalopathie en craniotomie komen twee keer zo vaak of meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Alleen bij status na een subarachnoïdale bloeding en spinale spieratrofie zijn de verschillen marginaal.

Tabel 3 – Aantal en gemiddelde leeftijd bij specifieke complex neurologische diagnose – vergelijking tussen vrouwen en mannen

Diagnose	Aantal mensen met langdurige-zorgindicatie met deze diagnose n (% van de groep)		Vrouwen met langdurige-zorgindicatie (n = 83.819) Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)		Mannen met langdurige-zorgindicatie (n = 37.930) Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	
	Vrouw	Man	Met diagnose	Zonder diagnose	Met diagnose	Zonder diagnose
Multipele sclerose	738 (0.88%)	463 (1.22%)	61.27 (12.80)	84.30 (10.39)	59.01 (11.94)	78.08 (13.41)
Ziekte van Parkinson (ZvP)	2.537 (3.03%)	2.546 (6.71%)	81.15 (7.48)	84.19 (10.71)	78.86 (7.90)	77.78 (13.87)
Aan ZvP verwante aandoeningen	784 (0.94%)	888 (2.34%)	77.19 (12.39)	84.16 (10.60)	76.89 (10.43)	77.87 (13.62)
Hydrocefalie	272 (0.32%)	249 (0.66%)	67.60 (15.24)	84.15 (10.57)	68.97 (16.64)	77.91 (13.51)
ALS e.a. aandoeningen	88 (0.10%)	127 (0.33%)	64.15 (20.58)	84.12 (10.60)	57.05 (18.98)	77.92 (13.48)
Spinocerebellaire aandoeningen	113 (0.13%)	104 (0.27%)	64.01 (20.06)	84.12 (10.59)	64.21 (18.47)	77.89 (13.52)
Myasthenia Gravis e.a. aandoeningen	19 (0.02%)	58 (0.15%)	72.51 (19.65)	84.10 (10.63)	72.84 (21.18)	77.85 (13.55)
Subarachnoïdale bloeding	206 (0.25%)	103 (0.27%)	69.98 (13.94)	84.13 (10.60)	69.18 (14.18)	77.78 (13.54)
Ernstig traumatisch hersenletsel	737 (0.88%)	612 (1.61%)	82.53 (12.66)	84.11 (10.61)	75.35 (15.79)	77.89 (13.51)
Ziekte van Huntington	34 (0.04%)	32 (0.08%)	59.71 (16.81)	84.11 (10.62)	62.57 (13.70)	77.86 (13.54)
Spinale spieratrofie e.a. aandoeningen	25 (0.03%)	10 (0.03%)	*			*
Primaire spieraandoeningen	56 (0.07%)	130 (0.34%)	54.70 (17.98)	84.12 (10.60)	33.94 (17.36)	78.00 (13.29)
Postanoxische encephalopathie	38 (0.05%)	70 (0.18%)	58.42 (23.31)	84.11 (10.61)	60.18 (17.80)	77.88 (13.52)
Craniotomie	31 (0.04%)	35 (0.09%)	58.91 (14.86)	84.11 (10.62)	60.24 (11.47)	77.87 (13.54)

* Te kleine aantallen. Dit geldt ook voor systeematrofieën, overige myopathieën en aandoeningen van neuromusculaire overgang en spieren, deze zijn daarom uit de tabel gelaten.

Grote verschillen zijn te zien in de gemiddelde leeftijd van vrouwen en mannen met een complexe neurologische aandoening (tabel 3). Mannen met primaire spieraandoeningen zijn met een gemiddelde leeftijd van 34 jaar opvallend jong vergeleken met vrouwen met dezelfde diagnose (55 jaar). Een andere in het oog springende bevinding is de gemiddelde leeftijd van mannen met ZvP: met bijna 79 jaar is deze hoger dan die van de gemiddelde leeftijd van mannen met een langdurige-zorgindicatie zonder ZvP.

Tabel 4 laat zien dat de diagnose ZvP voor sommige patiënten alleen uit de DBC-registratie naar voren kwam, bij anderen alleen uit de LBZ, en bij een derde groep uit beide datasets. In de totale groep van 5.083 mensen met de diagnose ZvP is bij 22.7% in de drie jaar voorafgaand aan de peildatum geen DBC voor de ZvP geregistreerd.

Tabel 4 – Diagnose 'Ziekte van Parkinson' volgens de DBC- en LBZ-registratie

		Diagnose 'Ziekte van Parkinson' volgens LBZ-registratie		Totaal
		Niet	Wel	
Diagnose 'Ziekte van Parkinson' volgens DBC-registratie	Niet	116666	1140	117806
	Wel	1819	2124	3943
Totaal		118485	3264	121749

Beschouwing

Nederland telde op 31-12-2015 zo'n 10.000 patiënten met een complexe neurologische aandoening en een langdurige-zorgindicatie. De meesten van hen, 6.755 patiënten in totaal, hebben de ziekte van Parkinson of een aan ZvP verwante aandoening. De ruim 2.600 patiënten met MS en zeldzamere diagnoses zoals ALS, hydrocefalus en status na subarachnoïdale bloeding of postanoxische encefalopathie zijn gemiddeld één tot twee decennia jonger dan de algemene verpleeghuispopulatie.

Deze patiënten leven vermoedelijk lang na opname in de langdurige zorg. Mensen met de ziekte van Huntington leven bijvoorbeeld gemiddeld 72 maanden in het verpleeghuis, tegenover een overleving van 16-32 maanden bij mensen met dementie.²¹ Dat betekent voor deze doelgroepen een jarenlange noodzaak tot specifieke zorg en expertise. De zorgzwaartepakketten die aan patiënten met een complexe neurologische aandoening worden toegekend zijn echter relatief laag. Tegenover indicatie VV6 bijvoorbeeld stond in 2015 een dagtarief van nog geen 200 euro. Daaruit moeten niet alleen de behandelend arts, verpleging en verzorging worden betaald, maar ook paramedische behandeling en begeleiding van de naasten. In de praktijk komt dat neer op 1,5 uur behandeling per week. Het is de vraag of dat voldoende is om bijvoorbeeld een 52-jarige man met een spinocerebellaire aandoening en diens gezin passende zorg te bieden, in een ziekteproces dat gepaard gaat met ernstige neuropsychiatrische en motorische achteruitgang en dat jaren kan duren. Voor de ziekte van Huntington bestaat al langer een speciale toeslag. Voor langdurige bewustzijnsstoornissen en patiënten met ernstige neuropsychiatrische symptomen door NAH werkt de overheid momenteel aan een soortgelijke financieringsvorm, op basis van het eerder geciteerde KPMG-rapport en input vanuit het veld.¹⁵ Mogelijk kan beter aan de zorgbehoeften van de circa 10.000 patiënten met een complexe neurologische aandoening in de langdurige zorg worden voldaan met een versterkte infrastructuur, een betere uitwisseling tussen praktijk en wetenschap en het aanvullende scholen van specialisten ouderengeneeskunde (naar voorbeeld van de bijzonder bekwaamheid Huntingtonzorg),²² paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden.'

Opvallend is overigens ook dat er zich onder patiënten met een complexe neurologische aandoening en een langdurige-zorgindicatie relatief veel mannen bevinden in vergelijking tot de

algemene verpleeghuispopulatie. Hier zijn twee voor de hand liggende verklaringen voor. Allereerst: de meeste neurologische ziekten komen vaker voor bij mannen.^{23,24} Ten tweede: Alzheimerdementie komt vaker voor bij vrouwen.²⁴ Hoewel de verschillen niet erg groot zijn, kan de combinatie van deze twee epidemiologische feiten ervoor zorgen dat proportioneel gezien de groep vrouwen met een complexe neurologische aandoening laag is ten opzichte van mannen. Er zijn echter ook aanwijzingen dat er meer speelt. Zo is er gesuggereerd dat het beloop van neurologische aandoeningen zich bij mannen en vrouwen verschillend openbaart.²⁵⁻²⁷ Ook krijgen mannen en vrouwen niet altijd dezelfde behandeling.²⁵ Het is nog onduidelijk wat deze genderspecifieke ziekte- en behandelingseigenschappen voor invloed hebben op het risico op verpleeghuisopname.

Kanttekeningen

Het aantal mensen met ZvP en aanverwante aandoeningen in de langdurige zorg zoals naar voren komt in onze resultaten, ligt twee tot drie keer hoger dan tot nu toe, ook in beleidsstukken van de overheid, werd aangenomen.^{14,15} Ook de populatie MS-patiënten is groter dan tot nu toe is gesteld. We vermoeden echter dat de werkelijke aantallen nog hoger liggen. Met onze methode hebben we immers alleen mensen kunnen includeren die relatief recent een ziekenhuisbezoek hebben afgelegd. In de praktijk van alledag van het verpleeghuis is juist dat niet vanzelfsprekend. Ook hebben we ons moeten beperken tot die aandoeningen die goed te verbinden waren aan een DBC of een ICD-10-code. Daardoor hebben we bijvoorbeeld mensen met Huntington, spierziekten en systeematrofieën alleen via de ICD-10-systematiek kunnen opsporen en mensen met status na neurochirurgische ingrepen uitsluitend via de DBC-systematiek. In ieder geval is duidelijk dat de aantallen fors gestegen zijn sinds de in praktijk geregistreerde cijfers van begin jaren '90. De ontwikkeling van 'Registratie aan de bron', waarmee Verenso diagnoses wil gaan laten registreren in verpleeghuizen, zoals in een aantal huisartsenpraktijken al jaren gebeurt, kan in de toekomst meer duidelijkheid brengen.

Het gebruik van datasets kent meer beperkingen. De vergelijking tussen het aantal mensen met ZvP volgens de DBC- en de ICD-10-registratie laat zien dat er grote verschillen zijn tussen de sets. Hiervoor kunnen allerlei verklaringen zijn, waaronder de zorgvuldigheid waarmee de beide registraties bijgehouden worden en de reden van ziekenhuisbezoek. Door de registratiemethodes te combineren hebben wij geprobeerd deze kwetsbaarheid waar mogelijk te ondervangen. De gebruikte gegevens dateren van vier jaar terug. Tot slot hebben we in dit onderzoek geen informatie mee kunnen nemen over de daadwerkelijke motorische en cognitieve beperkingen van de geïncludeerde patiënten. In onze ervaring komt het echter zelden voor dat bij een verpleeghuispatiënt met een complexe neurologische aandoening uit onze lijst, die aandoening niet bijdraagt aan de functionele beperkingen en zorgvraag.

Concluderend kunnen we stellen dat de groep mensen met een langdurige-zorg indicatie en een complexe neurologische aandoening groter is dan tot nu toe werd aangenomen en een opvallend lage zorgindicatie heeft. Het overgrote deel heeft de ziekte van Parkinson of een aanverwante aandoening. De ruim 2.600 mensen met een zeldzamere neurologische diagnose

zijn tot twee decennia jonger dan de algemene verpleeghuispopulatie.

Momenteel werkt de Commissie Expertisecentra Langdurige Zorg van het ministerie van VWS aan de inrichting van de (kennis)infrastructuur voor patiënten met complexe neurologische aandoeningen, door criteria vast te stellen waarmee kenniscentra en doelgroepexpertisecentra worden aangewezen.¹⁵ Met het vaststellen van deze kartrekkers voor onderzoek en zorg moet het mogelijk zijn deze patiënten met complexe neurologische aandoeningen en hun naasten passende zorg te bieden.

Dankwoord

Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door de Verenso Beurs voor wetenschappelijk onderzoek.

Dr. Nico J. Weerkamp, neuroloog, Haaglanden Medisch Centrum leverde commentaar op een eerdere versie van het artikel.

Auteurs

- Drs. A.L.A.J. (Danny) Hommel, specialist ouderengeneeskunde en onderzoeker, Radboud universitair medisch centrum, Donders instituut voor brein, cognitie en gedrag, afdeling Neurologie, Nijmegen, Stichting Groenhuysen, Roosendaal
- Dr. A.O.A. (Annette) Plouvier, specialist ouderengeneeskunde niet praktiserend, post-doctoraal onderzoeker, Radboud universitair medisch centrum, Radboud Institute for Health Sciences, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen
- Dr. J. (Jesse) Krijthe, statisticus, assistant professor, Technische Universiteit Delft, Pattern Recognition & Bioinformatics, Delft
- Dr. J.C.M. (Jan) Lavrijsen, specialist ouderengeneeskunde, senior onderzoeker, programmaleider Neurologische aandoeningen, Radboud universitair medisch centrum, Radboud Institute for Health Sciences, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen
- Prof. dr. R.T.C.M. (Raymond) Koopmans, specialist ouderengeneeskunde en hoogleraar Ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg, Radboud universitair medisch centrum, Radboud Institute for Health Sciences, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen, Joachim en Anna, specialistisch zorg- en behandelcentrum, Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen
- Dr. W.S. (Willemijn) van Erp, specialist ouderengeneeskunde en post-doctoraal onderzoeker, Radboud universitair medisch centrum, Radboud Institute for Health Sciences, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen, Accolade Zorg; Libra Revalidatie & Audiologie

Literatuur

1. Zorginstituut Nederland: Passend onderzoek effectiviteit Langdurige Zorg. 2016. Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2016/12/15/passend-onderzoek-effectiviteit-langdurige-zorg>
2. Weerkamp NJ, Tissingh G, Poels PJ, Zuidema SU, Munneke M, Koopmans RT, et al. Parkinson disease in long term care facilities: a review of the literature. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(2):90-4.
3. Weerkamp NJ, Tissingh G, Poels PJ, Zuidema SU, Munneke M, Koopmans RT, et al. Nonmotor symptoms in nursing home residents with Parkinson's disease: prevalence and effect on quality of life. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(10):1714-21.
4. Post B, van der Eijk M, Munneke M, Bloem BR. Multidisciplinary care for Parkinson's disease: not if, but how! *Pract Neurol.* 2011;11(2):58-61.
5. van Rumund A, Weerkamp N, Tissingh G, Zuidema SU, Koopmans RT, Munneke M, et al. Perspectives on Parkinson disease care in Dutch nursing homes. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(10):732-7.
6. Weerkamp NJ, Zuidema SU, Tissingh G, Poels PJ, Munneke M, Koopmans RT, et al. Motor profile and drug treatment of nursing home residents with Parkinson's disease. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(12):2277-82.
7. Turcotte LA, Marrie RA, Patten SB, Hirdes JP. Clinical Profile of Persons with Multiple Sclerosis Across the Continuum of Care. *Can J Neurol Sci.* 2018;45(2):188-98.
8. Kehyayan V, Korngut L, Jette N, Hirdes JP. Profile of patients with amyotrophic lateral sclerosis across continuum of care. *Can J Neurol Sci.* 2014;41(2):246-52.
9. van Erp WS, Lavrijsen JC, Vos PE, Bor H, Laureys S, Koopmans RT. The vegetative state: prevalence, misdiagnosis, and treatment limitations. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(1):85 e9-e14.
10. 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;24:620-2.
11. Span-Sluyter C, Lavrijsen JCM, van Leeuwen E, Koopmans R. Moral dilemmas and conflicts concerning patients in a vegetative state/unresponsive wakefulness syndrome: shared or non-shared decision making? A qualitative study of the professional perspective in two moral case deliberations. *BMC Med Ethics.* 2018;19(1):10.
12. Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz). Verpleeghuiszorg voor jongeren met niet-aangeboren hersenletsel. Utrecht: NVVz, Landelijk Coördinatiepunt Niet-aangeboren Hersenletsel; 1995 maart 1995. Report No.: 595.041.
13. Nationaal Ziekenhuisinstituut. Eilanden van zorg: verblijfszorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Utrecht: Nationaal ziekenhuisinstituut; 1994 januari 1994. Report No.: 90-5376-154-3.
14. Hoeymans N MJ, Schoemaker CG. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. gezond naar beter: deelrapport. Gezondheid en determinanten. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). 2010.
15. KPMG. Expertisecentra Langdurige Zorg (Wlz). Rapportage voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2019.

16. Van Rensbergen G, Nawrot T. Medical conditions of nursing home admissions. *BMC Geriatr.* 2010;10:46.
17. Danila O, Hirdes JP, Maxwell CJ, Marrie RA, Patten S, Pringsheim T, et al. Prevalence of neurological conditions across the continuum of care based on interRAI assessments. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:29.
18. Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Sociaal en Cultureel Planbureau. 2017; Den Haag. Zie <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2017/09/14/ouderen-in-verpleeghuizen-en-verzorgingshuizen>
19. Koopmans RTCM, Lavrijsen JCM, Hoek F. Concrete Steps Toward Academic Medicine in Long Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2013;14(11):781-3.
20. Sanford AM, Orrell M, Tolson D, Abbatecola AM, Arai H, Bauer JM, et al. An international definition for "nursing home". *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(3):181-4.
21. Verenso. Factsheet Verblijfsduur verpleeghuispatiënten langer dan negen maanden. 2019. Zie https://www.verenso.nl/_asset/_public/Nieuws/Nieuws_2019/20190130-Verenso_Factsheet-verblijfsduur.pdf
22. <https://www.boerhaavenascholing.nl/medische-nascholing/2018/bijzondere-bekwaamheid-huntingtonzorg/>.
23. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2018;17(11):939-53.
24. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019;18(5):459-80.
25. Picillo M, Nicoletti A, Fetoni V, Garavaglia B, Barone P, Pellicchia MT. The relevance of gender in Parkinson's disease: a review. *J Neurol.* 2017;264(8):1583-607.
26. Rodgers JL, Jones J, Bolleddu SI, Vanthenapalli S, Rodgers LE, Shah K, et al. Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging. *J Cardiovasc Dev Dis.* 2019;6(2):19.
27. Ferretti MT, Martinkova J, Biskup E, Benke T, Gialdini G, Nedelska Z, et al. Sex and gender differences in Alzheimer's disease: current challenges and implications for clinical practice: Position paper of the Dementia and Cognitive Disorders Panel of the European Academy of Neurology. *Eur J Neurol.* 2020;27(6):928-43.
28. Weerkamp NJ, Tissingh G, Poels PJ, Zuidema SU, Munneke M, Koopmans RT, et al. Diagnostic accuracy of Parkinson's disease and atypical parkinsonism in nursing homes. *Parkinsonism Relat Disord.* 2014;20(11):1157-60.

Effect van rivastigmine op hallucinaties bij Parkinsondementie

Critical Appraisal of a Topic

Didi Kriegsman

Aanleiding

Een patiënt met Parkinsondementie wordt vanwege belastende hallucinaties behandeld met rivastigmine in de vorm van pleisters. Hiermee zijn de hallucinaties minder frequent, minder heftig en minder belastend geworden. Wel heeft hij last van een jeukende huidreactie op de rivastigminepleisters. In het verleden werd kortdurend clozapine gebruikt, waarbij hij extreem suf werd. Daarom werd de clozapine destijds vervangen door rivastigmine.

Tijdens een poliklinische controle werd door de neuroloog clozapine voorgeschreven (1 dd 6,25 mg a.n.) en werd de rivastigmine gestopt. Volgens de neuroloog heeft rivastigmine geen effect op hallucinaties bij Parkinsondementie, maar alleen op het cognitief functioneren. Ik en mijn collega's meenden dat rivastigmine wel leidt tot het verminderen van hallucinaties.

De actuele richtlijnen¹⁻³ geven echter geen duidelijk antwoord op de vraag of rivastigmine effect heeft op hallucinaties bij Parkinsondementie.

Vraagstelling

Heeft rivastigmine een positief effect op het voorkomen van hallucinaties bij mensen met Parkinson-dementie?

P - Patients with Parkinson's dementia and hallucinations

I - Rivastigmine treatment

C - Placebo treatment

O - (Decrease in) frequency of hallucinations

Methode

In de Cochrane Database of Systematic Reviews werd gezocht naar reviews met het trefwoord 'rivastigmine'. In PubMed (search d.d. 24 juli 2020) werd de zoekstrategie zoals beschreven in tabel 1 gebruikt.

Tabel 1 - Zoekstrategie en aantal publicaties

Trefwoord	Search	Aantal publicaties
Parkinson's disease dementia	("parkinson disease"[MeSH Terms] OR ("parkinson"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "parkinson disease"[All Fields] OR ("parkinson's"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "parkinson's disease"[All Fields]) AND ("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields])	14.700
Hallucination	"hallucinations"[MeSH Terms] OR "hallucinations"[All Fields] OR "hallucination"[All Fields] PubMed	18.327
Rivastigmine	"rivastigmine"[MeSH Terms] OR "rivastigmine"[All Fields]	1.943
((Parkinson's disease dementia) AND hallucinations) AND rivastigmine	((("parkinson disease"[MeSH Terms] OR ("parkinson"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "parkinson disease"[All Fields] OR ("parkinson's"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "parkinson's disease"[All Fields]) AND ("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields])) AND ("hallucinations"[MeSH Terms] OR "hallucinations"[All Fields] OR "hallucination"[All Fields])) AND ("rivastigmine"[MeSH Terms] OR "rivastigmine"[All Fields])	39

In de Cochrane Database of Systematic Reviews werden 17 reviews gevonden. Hiervan gingen er twee over cholinesteraseremmers bij respectievelijk 'Parkinson's disease dementia'⁴ en 'dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in Parkinson's disease'.⁵ Omdat de meest recente review⁵ een uitbreiding is van de voorgaande⁴ en, naast meer recente studies, ook dezelfde studies includeert, werd alleen de review uit 2012 meegenomen.

Omdat de meest recente Cochrane Review uit 2012 stamt en niet specifiek gaat over het effect van rivastigmine op hallucinaties bij Parkinsondementie werd ook een PubMed search gedaan.

De search in PubMed leverde 39 publicaties op (zie tabel 1). Op basis van beoordeling van titels en abstracts bleken er geen publicaties te zijn over randomized controlled trials (RCTs) naar het effect van rivastigmine op hallucinaties bij Parkinsondementie.

Eén publicatie⁶ betrof een onderzoek waarvan de resultaten opgenomen zijn in de Cochrane Review uit 2012.⁵ Omdat de publicatie van Emre et al.⁶ het meest krachtige bewijs levert, werd met name deze publicatie in deze analyse meegenomen.

Literatuuranalyse

In de Cochrane Review⁵ worden in totaal zes randomized controlled trials (RCTs) geïncorporeerd, waarvan er twee het effect van rivastigmine met placebo vergelijken. In slechts één van deze RCTs wordt het effect van rivastigmine bij Parkinsondementie onderzocht.⁶

Deze studie⁶ betrof een gerandomiseerd, multicenter, dubbelblind, placebogecontroleerd onderzoek met een duur van 24 weken bij mensen met de ziekte van Parkinson zoals vastgesteld op basis van de UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Criteria én dementie volgens de DSM-IV (294.1). Inclusiecriteria waren: MMSE-score 10 tot 24, begin van dementiesymptomen minstens twee jaar na diagnose van de ziekte van Parkinson, en de aanwezigheid van een vaste verzorger (mantelzorger of professionele verzorgende).

Geëxcludeerd werden patiënten met andere neurodegeneratieve aandoeningen, een major depressie in de voorgeschiedenis, een epileptische aandoening (niet aanvalsvrij), niet-Parkinson gerelateerde beperkingen of onvoldoende gereguleerde andere aandoeningen, overgevoeligheid voor rivastigmine of vergelijkbare middelen, en gebruik van cholinesteraserepressoren of anticholinergica.

In totaal werden 541 patiënten geïncorporeerd: 362 in de rivastigmine- en 179 in de placebogroep. Rivastigmine werd oraal toegediend met een startdosering van tweemaal daags 1,5 mg, die afhankelijk van het voorkomen van bijwerkingen werd opgehoogd met 3 mg per dag in intervallen van tenminste vier weken, gedurende een periode van 16 weken.

Hallucinaties werden gemeten als onderdeel van een secundaire uitkomstmaat, de 10-item Neuro-psychiatric Inventory (NPI), en werden beschouwd als bijwerking.

Het risico op bias in de studie van Emre et al.⁶ werd in de Cochrane Review⁵ als laag beoordeeld: er was adequaat gerandomiseerd en geblindeerd en in de analyse werden gegevens van uitvallers zoveel mogelijk meegenomen door gebruik te maken van 'intention-to-

treat' analyse (waarbij de gegevens van patiënten werden meegenomen in de groep waarin zij waren gerandomiseerd) met behulp van 'last observation carried forward' (waarbij ontbrekende gegevens worden vervangen door de laatst bekende gemeten gegevens).

Na 24 weken werden hallucinaties gemeld door 17 van 362 patiënten in de rivastigminegroep en door 17 van 179 patiënten in de placebogroep (OR 0,47; 95% CI 0,23-0,94).

Wetenschappelijke evaluatie

Er is onvoldoende bewijs dat rivastigmine een gunstig effect heeft op hallucinaties bij mensen met Parkinsondementie. Er zijn geen studies gevonden die specifiek gericht waren op het effect van rivastigmine op hallucinaties bij patiënten met Parkinsondementie. Hoewel hallucinaties minder vaak voorkomen in de rivastigmine- dan in de placebogroep kan hieruit niet geconcludeerd worden dat rivastigmine effectief is bij Parkinsonpatiënten met hallucinaties.⁵

Het enige resultaat van voldoende wetenschappelijke kwaliteit dat gevonden werd, betreft het voorkomen van hallucinaties als bijwerking in een RCT gericht op het effect van rivastigmine, vergeleken met placebo, op verandering in het cognitief functioneren van patiënten met Parkinsondementie. Hallucinaties kwamen minder vaak voor in de rivastigmine groep, in vergelijking met de placebo groep.⁶ In de uitgangssituatie werd echter geen frequentie aan hallucinaties gemeten. Als secundaire uitkomstmaat kwamen hallucinaties niet bij heel veel patiënten voor (17/362 = 4,7% en 17/179 = 9,5%).

Voor het behandelen van hallucinaties bij mensen met Parkinsondementie is alleen clozapine aangetoond effectief en dit wordt dan ook in Nederlandse richtlijnen aanbevolen voor deze problematiek.¹⁻³ Nadelen van clozapine zijn de bijwerkingen en de noodzaak om tijdens het gebruik regelmatig bloedonderzoek te moeten doen.

In de praktijk is het mijns inziens de moeite waard om, ondanks het gebrek aan bewijs, bij mensen met Parkinsondementie en belastende hallucinaties, een proefbehandeling met rivastigmine te starten, alvorens clozapine voor te schrijven. De transdermale toediening van rivastigmine verdient hierbij naar mijn mening de voorkeur omdat hierbij minder vaak gastro-intestinale bijwerkingen voorkomen.

Klinisch: Hoe verging het de patiënt?

Bij mijn patiënt ben ik gestart met clozapine 1 dd 6,25 mg a.n. De hallucinaties verdwenen. Hij werd echter extreem suf, waardoor inname van vocht en voedsel vrijwel niet meer mogelijk was. Dit verbeterde niet na halvering van de dosis, waarop de clozapine opnieuw gestaakt werd en de hallucinaties in alle hevigheid terugkeerden. In overleg met patiënt werd herstart met rivastigmine, nu oraal vanwege een eerder aanwezige huidreactie op de pleisters. Niet alle

hallucinaties verbleekten na opbouwen van de dosering rivastigmine tot 2 dd 4,5 mg, maar zij waren niet (meer) beangstigend en acceptabel voor onze patiënt. In relatie tot het rivastigminegebruik werden geen bijwerkingen opgemerkt.

Auteur

- Dr. D.M.W. (Didi) Kriegsman, specialist ouderengeneeskunde, Magentazorg Heerhugowaard

Literatuur

1. Bloem BR, Van Laar T, Keus SJH, De Beer H, Poot E, Buskens E, Aarden W, Munneke M, namens de Centrale Werkgroep Multidisciplinaire richtlijn Parkinson 2006-2010. Multidisciplinaire richtlijn Ziekte van Parkinson. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications, 2010.
2. Van Rumund A, Weerkamp N et al. Handreiking voor multidisciplinaire parkinsonzorg in het verpleeghuis. Utrecht: Parkinson Vereniging, ParkinsonNedt, Verenso, 2011.
3. Zuidema SU, Smalbrugge M, Bil WME, Geelen R, Kok RM, Luijendijk HJ, Van der Stelt I, Van Strien AM, Vink MT, Vreeken HL. Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij dementie. Utrecht: Verenso, NIP, 2018.
4. Maidment I, Fox C, Boustani M. Cholinesterase inhibitors for Parkinson's disease dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD004747. DOI: 10.1002/14651858.CD004747.pub2.
5. Rolinski M, Fox C, Maidment I, McShane R. Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in Parkinson's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD006504. DOI: 10.1002/14651858.CD006504.pub2.
6. Emre M, Aarsland D, Albanese A, et al. Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. N Engl J Med 2004;351:2509-2018.

Melatonine als delierprohylaxe bij een heupoperatie

Critical Appraisal of a Topic

Eva Nuijten

Casus

Een 85-jarige man zonder cognitieve stoornissen werd opgenomen voor geriatrische revalidatie na een electieve totale heupprothese. Sinds de operatie was hij delirant. Er was geen antipsychoticum gestart wegens aversie hiertegen bij patiënt en zijn vrouw. Als alternatief werd melatonine overwogen. Echtgenote vroeg zich af of melatonine ook delierpreventief ingezet kan worden bij de geïndiceerde heupoperatie aan de andere zijde.

Introductie

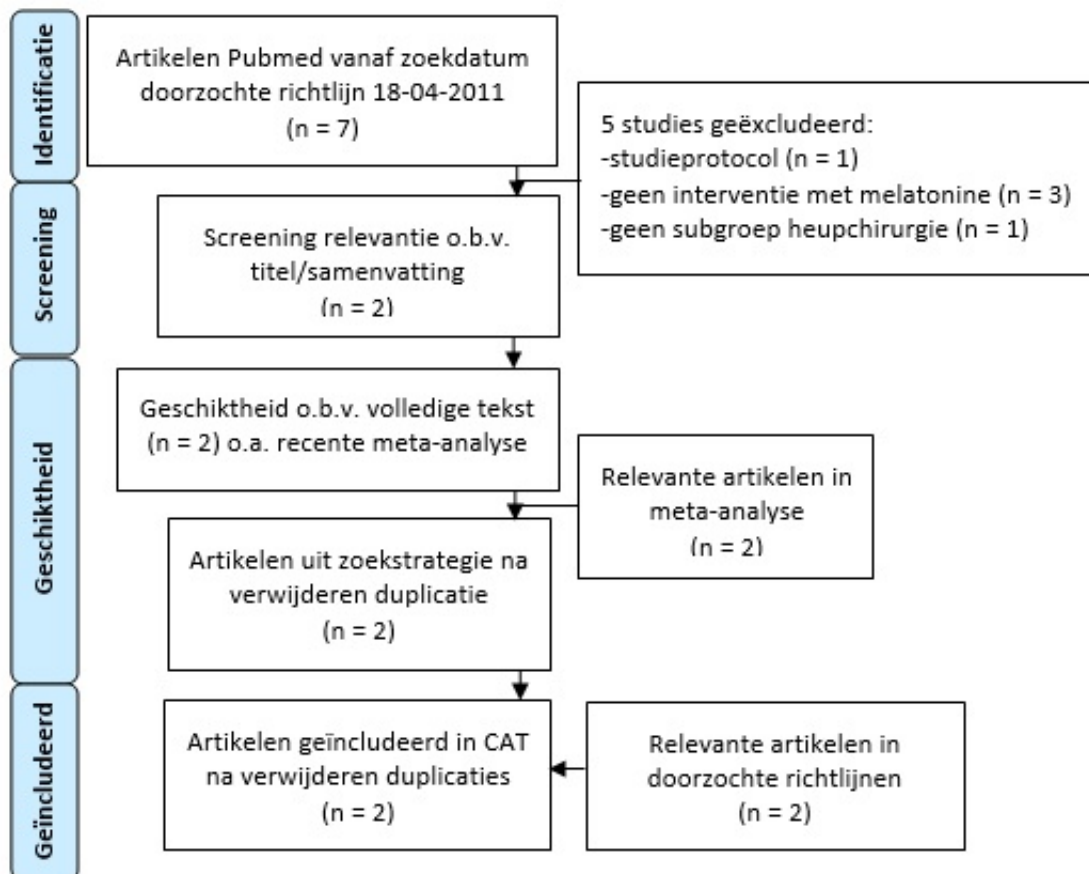
Een delier is een acuut, fluctuerend neuro-psihiatrisch toestandsbeeld met een lichamelijke oorzaak. Het uit zich in aandachts- en bewustzijnsverandering, desoriëntatie en soms hallucinaties.¹ Behalve dat een delier doormaken beangstigend kan zijn, geeft het een groter risico op blijvende functionele achteruitgang en mortaliteit.² Een operatie kan een delier uitlokken, met een toenemend risico bij een hogere leeftijd.^{3,4} Een postoperatief delier (POD) treedt bij 10% tot 60% van de patiënten op.^{4,5} Orthopedische patiënten, vooral bij (electieve) totale knie- of heupoperaties, hebben de hoogste kans.⁵⁻⁷

Voor effectiviteit van medicamenteuze profylaxe ter voorkoming van een POD is beperkt wetenschappelijk bewijs; preventie met antipsychotica wordt in de praktijk bij hoogrisicopatiënten overwogen.⁸⁻¹⁰ Omdat antipsychotica ernstige bijwerkingen kunnen geven, is het wenselijk te kiezen voor medicatie met een gunstiger bijwerkingenprofiel.¹¹ Aangezien bij een delier vaak verstoring van het Circadiaanse ritme wordt gezien met een verstoorde melatonine-uitscheiding, lijkt melatonine hiervoor een optie.² Melatonine, een hormoon geproduceerd in de epifyse, is betrokken bij het slaap-waakritme.¹² Melatoninesuppletie zou daarom een geschikte aanvulling kunnen zijn op bewezen niet-medicamenteuze preventie.¹³ Dit leidde tot de volgende vraagstelling: Wat is het effect van melatonine als delierprohylaxe[I] op de incidentie van een postoperatief delier[O] bij patiënten van 65 jaar en ouder die een heupoperatie ondergaan[P] ten opzichte van geen medicamenteuze delierprohylaxe[C]?

Methode

De richtlijnen Delier Volwassenen 2013 en de NHG-standaard Delier 2014 werden beoordeeld.^{8,14} De eerste richtlijn concludeert op basis van twee RCT's dat delierprofylaxe met melatonine een optie kan zijn, maar dat dit nog in onderzoek is.⁸ De NHG-standaard vermeldt niets over melatonine.¹⁴ De Cochrane database bevatte één relevante systematische review uit 2016 die op basis van drie studies concludeert dat er geen overtuigend bewijs is voor melatonine als delierprofylaxe.¹⁵ De richtlijn Delier volwassen en de Cochrane review bevatten beide een RCT met een studiepopulatie die een heupoperatie heeft ondergaan, maar voor deze groep worden geen aparte aanbevelingen gedaan.^{8,14} Beschikbaar bewijs geeft dus geen antwoord op mijn vraag.

Figuur 1 - Flowchart naar aanleiding van zoekstrategie



Op 10 juli 2020 werd de database PubMed doorzocht met de volgende zoekopdracht:

((melatonin[tiab] OR circadin[tiab] OR ramelteon[tiab] OR melatonin[MeSH]) AND (prophyla[tiab] OR prevent*[tiab] OR treatment[tiab])) AND (delirium[tiab] OR hallucina*[tiab] OR confusion*[tiab] OR delirium[MeSH]) AND ((operati*[tiab] OR surgery[tiab] OR surgical[tiab] OR procedur*[tiab]) AND (hip[tiab] OR orthoped*[tiab] OR orthopedic procedures[MeSH])) AND*

("aged"[MeSH] OR aged[tiab] OR elder[tiab] OR older*[tiab])*

De zoekopdracht werd beperkt tot publicaties na 18 april 2011, de publicatiedatum van de richtlijn 'Delier Volwassenen' om enkel nog nieuwe wetenschappelijke bewijslast te vinden. Het resultaat van de zoekopdracht bestond uit zeven artikelen, die vervolgens aan de hand van titel en samenvatting werden gescreend op relevantie. Dit resulteerde in twee artikelen, een meta-analyse en een RCT. De meta-analyse bevatte twee relevante studies; de reeds genoemde RCT's uit de richtlijn 'Delier Volwassenen' en de Cochrane review.¹⁶ De via de PubMed zoekstrategie gevonden RCT betrof eveneens de al eerder gevonden Cochrane review. Na publicatiedatum van de meta-analyse werden geen relevante studies meer gevonden. Na uitsluiten van duplicaties werden de RCT's van Sultan et al. en De Jonghe et al., zie figuur 1, in deze analyse geïncorporeerd.^{17,18}

Resultaten

Sultan et al. concludeerden dat melatonineprofylaxe de POD-incidentie significant deed dalen ten opzichte van geen profylaxe. Gedurende de follow-up van drie dagen was er een statistisch significant verschil ($p=0,003$) tussen de interventie- en controlegroep (32,6% vs. 9,43%). De Jonghe et al. vonden geen effect van melatonine. Gedurende de follow-up van acht dagen was er geen statistisch significant verschil ($p=0,4$) van de POD-incidentie tussen de interventie- en placebogroep (29,6% vs. 25,5%). Voor details van de resultaten zie tabel 1.

Tabel 1 - Karakteristieken en resultaten van de twee geïncorporeerde studies over melatonine als delierprofylaxe bij heupchirurgie

Validiteitsbeoordeling

Bij Sultan et al. is niet beschreven of de effectbeoordelaars geblindeerd waren; dit verhoogt het risico op 'confirmation bias'. Tevens is niet duidelijk of de groepen afgezien van de interventie gelijk zijn behandeld, er wordt niets vermeld over de eventuele inzet van niet-medicamenteuze delierprofylaxe. Voor beide studies zijn eventuele baselineverschillen tussen de groepen niet met getallen weergegeven, maar worden deze wel benoemd in de tekst. Bij Sultan et al. zijn de groepen vergelijkbaar, al worden er weinig data gepresenteerd (bijvoorbeeld geen vermelding omtrent het voorkomen van een eerder delier). Bij De Jonghe et al. zijn er baselineverschillen, maar hiervoor is gecorrigeerd. Door het hoge uitvalpercentage van 16% na randomisatie bestaat het risico op 'attrition bias'; wel zijn gelijke resultaten gevonden bij de 'intention to treat' en 'per protocol' analyse. Risico op 'attrition bias' speelde ook bij Sultan et al., waar de uitval met 9% lager was, maar uitsluitend een 'per protocol' analyse gedaan is. Zie tabel 2 voor details.

Tabel 2 - Validiteitsbeoordeling van de twee geïncorporeerde studies (middels de Cochrane checklist) *Patiënt was niet geblindeerd, beoordelend behandelaar wel. Medicatie werd gegeven door een verpleegkundige, de anesthesist die middels de 'Abbreviated Mental Test' de aan- of afwezigheid van een delier beoordeelde was niet op de hoogte van de al dan niet gegeven delierprofylaxe.

Kritische beschouwing

De geïnccludeerde RCT's geven tegenstrijdige conclusies, waardoor niet aangetoond wordt dat profylaxe met melatonine de POD-incidentie na een heupoperatie vermindert. Sultan et al. vinden een positief effect, maar de studie is van matige kwaliteit. De beoordelingscriteria voor een delier zijn onvoldoende en de benodigde sample size en limitaties zijn niet benoemd. De passieve controlegroep maakt dat de interventiegroep mogelijk meer aandacht en structuur kreeg, wat delierpreventief kan werken. De studiepopulatie, zonder pre-existente cognitieve problemen, een gemiddelde leeftijd van 85 jaar en uitvoering van electieve heupoperaties, komt overeen met de casus, wat de toepasbaarheid vergroot. Bij De Jonghe et al. is de toepasbaarheid minder omdat patiënten met cognitieve stoornissen en acute heupoperaties (risicofactoren voor een delier) werden geïnccludeerd; tevens is hun gemiddelde leeftijd lager. Deze studie heeft voldoende interne validiteit, maar opvallend is dat de sample size niet gehaald is. Dit verhoogt het risico op een statistische type 2 fout.

Bij De Jonghe et al. wordt een lagere dosis melatonine per gift gegeven dan bij Sultan et al. (3mg vs. 5mg). Het optreden van effect bij een hogere dosering wordt ondersteund door de meta-analyse van Campbell et al., zich richtend op POD-preventie na chirurgie.¹⁶ Dit artikel vindt bij de studies die een dosis van 5mg per gift gebruiken, een positief effect van melatonineprofylaxe bij de subgroep van 65 jaar en ouder.¹⁶ Noemenswaardig is verder de recent gepubliceerde RCT van Oh et al. met een studiepopulatie van >65 jaar die electieve knie- en heupoperaties ondergingen.²⁰ De studie vond geen effect van ramelteonprofylaxe (melatonine-agonist, niet geregistreerd in Europa), de totale POD-incidentie lag lager dan de in deze CAT geïnccludeerde studies.^{20,21}

Conclusie en implicaties voor de praktijk

De conclusie, na beoordeling van het beschikbaar bewijs, is dat een wetenschappelijk onderbouwd antwoord op de vraagstelling niet gegeven kan worden. Ondanks de matige kwaliteit vindt de studie met een populatie overeenkomend met de casus een positief effect van melatonineprofylaxe. Voor de casus luidt het advies profylaxe met melatonine 5mg rondom de eventueel volgende electieve heupoperatie te geven. Hier wegen de mogelijke voordelen op tegen de geringe kans op nadelen gezien de aversie jegens antipsychotica, eerdere aanwezigheid van een delier en het gunstige bijwerkingenprofiel van melatonine. Standaard profylaxe met melatonine bij 65-plussers lijkt vooralsnog niet geïndiceerd. Verder onderzoek naar het effect van melatonineprofylaxe op de POD-incidentie na electieve heupchirurgie, met aandacht voor de dosis melatonine en risicofactoren voor een POD (zoals leeftijd en cognitie) zou een meer wetenschappelijk onderbouwde conclusie kunnen opleveren.

Auteur

- E. C. (Eva) Nuijten MSc, aios ouderengeneeskunde, Leiden LUMC

Literatuur

1. European Delirium A, American Delirium S. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med.* 2014;12:141.
2. Grover S, Avasthi A. Clinical Practice Guidelines for Management of Delirium in Elderly. *Indian J Psychiatry.* 2018;60(Suppl 3):S329-S40.
3. Reddy SV, Irkal JN, Srinivasamurthy A. Postoperative delirium in elderly citizens and current practice. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2017;33(3):291-9.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Delirium: Diagnosis, Prevention and Management [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/evidence/full-guideline-134653069> [geraadpleegd 28 oktober 2019].
5. Maldonado JR. Delirium in the acute care setting: characteristics, diagnosis and treatment. *Critical care clinics.* 2008;24(4):657-722.
6. Nederlandse Internisten Vereniging. Richtlijn Antitrombotisch beleid [Internet]. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/antitrombotisch_beleid/preventie_vte/start_profylaxe_grote_orthopedische_ingrepen.html [geraadpleegd 16 maart 2020].
7. Bruce AJ, Ritchie CW, Blizard R, Lai R, Raven P. The incidence of delirium associated with orthopedic surgery: a meta-analytic review. *International psychogeriatrics.* 2007;19(2):197-214.
8. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Richtlijn delier Volwassen [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.venvn.nl/media/gteieurur/richtlijn-delier.pdf> [geraadpleegd 28 oktober 2019].
9. Teslyar P, Stock VM, Wilk CM, Camsari U, Ehrenreich MJ, Himelhoch S. Prophylaxis with antipsychotic medication reduces the risk of post-operative delirium in elderly patients: a meta-analysis. *Psychosomatics.* 2013;54(2):124-31.
10. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM. Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2016;64(4):705-14.
11. Choy SW, Yeoh AC, Lee ZZ, Srikanth V, Moran C. Melatonin and the Prevention and Management of Delirium: A Scoping Study. *Front Med (Lausanne).* 2018;4:242-.
12. Tordjman S, Chokron S, Delorme R, Charrier A, Bellissant E, Jaafari N, et al. Melatonin: Pharmacology, Functions and Therapeutic Benefits. *Curr Neuropharmacol.* 2017;15(3):434-43.
13. Andersen LP, Gogenur I, Rosenberg J, Reiter RJ. The Safety of Melatonin in Humans. *Clinical drug investigation.* 2016;36(3):169-75.
14. NHG-Standaard Delier(eerste herziening). Eizenga WH, Dautzenberg PLJ, Eekhof JAH et al. *Huisarts Wet* 2014;57(4):184-93.

15. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(3).
16. Campbell AM, Axon DR, Martin JR, Slack MK, Mollon L, Lee JK. Melatonin for the prevention of postoperative delirium in older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*. 2019;19(1):272.
17. Sultan SS. Assessment of role of perioperative melatonin in prevention and treatment of postoperative delirium after hip arthroplasty under spinal anesthesia in the elderly. *Saudi journal of anaesthesia*. 2010;4(3):169-73.
18. De Jonghe A, van Munster BC, Goslings JC, Kloen P, van Rees C, Wolvius R, et al. Effect of melatonin on incidence of delirium among patients with hip fracture: a multicentre, double-blind randomized controlled trial. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2014;186(14):E547-56.
19. Schulz KF AD, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ (Clinical research ed)*. 2010;340:c332.
20. Oh ES, Leoutsakos J, Rosenberg PB et al. Effects of Ramelteon on the Prevention of Postoperative Delirium in Older Patients Undergoing Orthopedic Surgery: The RECOVER Randomized Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020 May;S1064-7481(20)30335-3.
21. Ramelteon: application withdrawn. Ramelteon in insomnia: withdrawal of marketing application in patients' best interests. *Prescrire international*. 2009;18(101):114.

Griepvaccinatiegraad onder aios ouderengeneeskunde

Een relatie met de beschikbaarheid van de griepvaccinatie?

Anne Cnossen, Eefje Sizoo

Samenvatting

Achtergrond en doel

Een hoge griepvaccinatiegraad onder zorgverleners van verpleeghuizen is belangrijk om de kans op morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van de griep in verpleeghuizen te verminderen. In deze studie is onderzoek gedaan naar de griepvaccinatiegraad onder aios ouderengeneeskunde in griepseizoen 2019/2020. Daarnaast is de relatie tussen de beschikbaarheid van de griepvaccinatie voor de aios en het al dan niet vaccineren tegen griep door de aios onderzocht. Het doel was om eventuele aangrijpingspunten te identificeren, teneinde de griepvaccinatiegraad binnen het verpleeghuis te optimaliseren.

Methode

Via de opleidingsinstituten Gerion, VOSON en SOOL werd een online enquête verstuurd naar 374 aios. De enquête kon anoniem worden ingevuld. De antwoorden werden via Survalyzer verzameld en verwerkt in Excel.

Resultaten

Het responspercentage bedroeg 62% (232). De zelfgerapporteerde griepvaccinatiegraad bedroeg 55%. 54% van de aios gaf aan dat de beschikbaarheid van de griepvaccinatie van invloed was geweest op het al dan niet laten vaccineren. Bevorderende omstandigheden waren een goede aansluiting bij het werkrooster en actief uitgenodigd worden door de stage-instelling. Belemmerende omstandigheden waren extra reistijd, vaccinatie via de huisarts en weinig beschikbare vaccinatiemomenten.

Beschouwing

De griepvaccinatiegraad onder aios ouderengeneeskunde kan in potentie verhoogd worden door de beschikbaarheid van de griepvaccinatie te optimaliseren. De gevonden bevorderende en belemmerende omstandigheden kunnen hiervoor als aangrijpingspunten dienen.

Inleiding

In Nederland krijgen jaarlijks bijna een miljoen mensen de griep.¹ De griep leidt direct en indirect jaarlijks tot een oversterfte van enkele duizenden personen.¹ Om de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van de griep te verminderen wordt door de WHO aan specifieke patiëntengroepen en aan gezondheidszorgpersoneel geadviseerd om jaarlijks een griepvaccinatie te laten zetten.¹ Ook Verenso adviseert een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad onder zorgverleners om de kans op een influenza-uitbraak en op uitval van zorgverleners door de griep te beperken.² Van het zorgpersoneel in de verpleeghuizen in Nederland laat zich echter jaarlijks maar 10 tot 15% daadwerkelijk vaccineren.³ De griepvaccinatiegraad onder artsen in opleiding tot specialist (aios) ouderengeneeskunde is nog onbekend. Vanuit de SBOH (werkgever voor aios) zijn de aios voor het seizoen 2019-2020 geattendeerd op de mogelijkheid tot het laten vaccineren tegen de griep. Het verschilt per stage of de aios zich op de stageplek kan laten vaccineren en of hiervoor eigen initiatief genomen moet worden. Aios kunnen zich op eigen initiatief altijd via de huisarts laten vaccineren en de kosten vervolgens declareren bij de SBOH.⁴ De mate van eigen initiatief die de aios hierin moet nemen heeft mogelijk effect op de vaccinatiegraad. In dit onderzoek wordt onderzocht hoeveel aios ouderengeneeskunde zich in het griepseizoen 2019/2020 hebben laten vaccineren en in hoeverre de beschikbaarheid van de griepvaccinatie van invloed was op de vaccinatiegraad. Dit heeft als doel om eventuele aangrijpingspunten te identificeren, teneinde de griepvaccinatiegraad binnen het verpleeghuis te optimaliseren.

Methode

In het programma Survalyzer werd een korte online-enquête opgesteld. De enquête bestond uit maximaal zeven vragen, deels open en deels gesloten. De vragenlijst is weergegeven in Bijlage A. De vragen hadden betrekking op het gevaccineerd zijn tegen de griep in het griepseizoen 2019/2020, de reden voor (wel of geen) vaccinatie, de beschikbaarheid van de vaccinatie en de omstandigheden die van invloed waren op het wel of niet laten vaccineren.

De opgestelde enquête is via de drie opleidingsinstituten GERION, VOSON en SOOL onder alle aios ouderengeneeskunde verspreid middels een e-mail met daarin een link naar de enquête. De enquête kon anoniem ingevuld worden en was derhalve niet herleidbaar naar een persoon of verpleeghuis. In de uitnodiging werd aangegeven dat het een onderzoek betrof naar de griepvaccinatiegraad onder aios ouderengeneeskunde. Dat in het onderzoek ook naar de beschikbaarheid van de griepvaccinatie werd gekeken, werd niet expliciet benoemd om de deelnemers niet te sturen in hun open antwoorden over reden van al dan niet vaccineren.

De antwoorden op de open vragen (redenen voor wel of niet vaccineren) zijn door de onderzoeker gecategoriseerd. De antwoorden die niet konden worden gecategoriseerd werden gespecificeerd onder een categorie 'overig'. De gegevens werden verwerkt met behulp van Excel.

Resultaten

Op 14-02-2020 is de enquête naar 374 aios ouderengeneeskunde verstuurd (138 Gerion, 154 VOSON, 82 SOOL). 232 respondenten hebben de enquête ingevuld. Van deze groep heeft 1 aios de enquête niet gecompleteerd. De ingevulde antwoorden van deze aios werden wel meegenomen in de gegevensverwerking. Dit geeft een respons percentage van 62%. Van de respondenten werkte 68% op het moment van de griepvaccinatie in het verpleeghuis, 9% werkte in het ziekenhuis, 13% in de GGZ en 10% elders (onder andere onderzoek, (zwangerschaps)verlof).

Vaccinatiegraad

128 (55%) van de respondenten hebben zich in het griepseizoen 2019/2020 laten vaccineren tegen de griep. 114 (89%) aios hebben de griepvaccinatie bij de stage-instelling gehaald. 11 (9%) aios gingen hiervoor naar de huisarts. 3 (2%) aios zijn op een andere wijze aan de griepvaccinatie gekomen. 103 (80%) respondenten gaven aan zich te laten vaccineren vanwege het beschermend effect voor anderen. 84 hiervan noemde expliciet dat het voor hun patiënten-/cliëntenpopulatie was. 37 (29%) respondenten benoemden (ook) hun eigen gezondheid als belangrijke reden voor de griepvaccinatie. In tabel 1 worden alle (gecategoriseerde) argumenten getoond.

[Tabel 1 - Argumenten voor het nemen van de griepvaccinatie](#)

Argument ^a	Aantal (n=)	Percentage (van N=128)
Ter bescherming van anderen	103	80%
<i>Ter bescherming van cliënt / patiënt</i>	84	
<i>Ter bescherming van mijn gezin</i>	2	
<i>Ter bescherming van anderen (niet nader gespecificeerd)</i>	10	
<i>Ter bescherming van kwetsbaren (niet nader gespecificeerd)</i>	7	
Ten behoeve van eigen gezondheid	37	29%
Om te voorkomen dat ik als collega uitval	6	5%
Ten behoeve van groepsimmunititeit	6	5%
Goede beschikbaarheid	5	4%
Geven van goede voorbeeld	3	2%
Sterke aanbeveling stageplek	3	2%
Op advies van anderen	2	2%
Overig	2	2%
<i>'Werken in de zorg'</i>	1	
<i>'Voel me verplicht vanwege standpunt beroepsgroep'</i>	1	
a: meerdere argumenten per ingevuld antwoord mogelijk		

104 (45%) van de respondenten hebben zich in het griepseizoen 2019/2020 niet laten vaccineren tegen de griep. Bij 51 (49%) van de niet-gevaccineerden speelde de logistieke organisatie van het verkrijgen van een griepvaccinatie mee in het feit dat ze niet gevaccineerd waren. 19 (18%) niet-gevaccineerden gaven aan weinig tot geen vertrouwen in de effectiviteit van de griepvaccinatie te hebben. Hetzij voor zichzelf, hetzij ter bescherming van de doelgroep. Angst voor, danwel last van, bijwerkingen werd door 11 (11%) van de niet-gevaccineerden genoemd als (een van de) redenen om zich niet te laten vaccineren. In tabel 2 staat een overzicht van alle (gecategoriseerde) argumenten tegen vaccinatie.

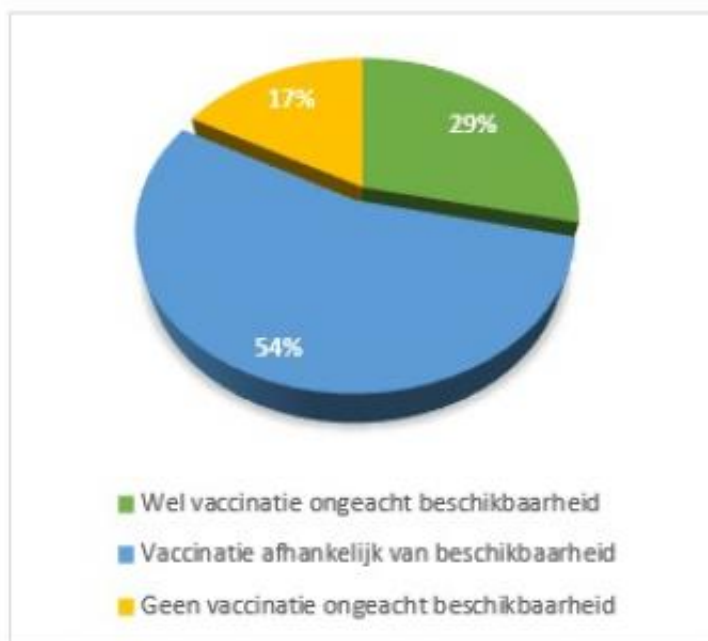
Tabel 2 - Argumenten tegen het nemen van de griepvaccinatie

Beschikbaarheid vaccinatie

De vraag of de beschikbaarheid van de griepvaccinatie van invloed was is beantwoord door 231 van 232 respondenten. 126 respondenten (54%) gaven aan dat in hun geval een andere

beschikbaarheid van de griepvaccinatie mogelijk had kunnen leiden tot een andere uitkomst in griepvaccinatie. De overige groep was ongeacht de beschikbaarheid van de griepvaccinatie tot dezelfde uitkomst gekomen (figuur 1). Van de 128 respondenten die zich hebben laten vaccineren gaven 62 (48%) aan dat zij zich (misschien) niet hadden laten vaccineren als zij meer moeite hadden moeten doen. 64 respondenten uit de groep van 103 niet-gevaccineerden (62%) gaven aan dat ze bij minder moeite zich (misschien) wel hadden laten vaccineren.

Figuur 1 – Gerapporteerde invloed beschikbaarheid op uitkomst vaccinatie



Figuur 2 – Vaccinatiegraad, beïnvloedende omstandigheden

In figuur 2 staan de antwoorden van de 126 respondenten die hadden aangegeven dat de beschikbaarheid (waarschijnlijk) van invloed was op de uitkomst van griepvaccinatie op de vraag welke omstandigheden mogelijk tot een andere uitkomst hadden geleid. Dat het moment van griepvaccinatie in het werkrooster past is door 62% (79 uit 126) van de respondenten aangegeven als belangrijke beïnvloedende factor op de uitkomst van griepvaccinatie. Werkdruk werd met 21% (27 uit 126) door veruit de minste respondenten genoemd. In de categorie 'overig' werd door de respondenten die nu wel gevaccineerd waren aangegeven dat zij bij zwangerschap, bij een eigen bijdrage in de kosten of als ze niet 'min of meer gedwongen waren' waarschijnlijk geen griepvaccinatie hadden genomen. De respondenten die niet gevaccineerd waren gaven onder andere aan dat ze zich waarschijnlijk wel hadden laten vaccineren bij meer patiëntencontact of bij aanwezigheid van griepvaccinatiemogelijkheden.

Beschouwing

In deze studie werd voor het griepseizoen 2019/2020 een griepvaccinatiegraad van 55% gevonden onder aios ouderengeneeskunde. 54% van alle respondenten gaf aan dat de beschikbaarheid van invloed is geweest op de uitkomst of zij gevaccineerd waren of niet, 29% had zich laten vaccineren onafhankelijk van de beschikbaarheid en 17% had zich niet laten vaccineren onafhankelijk van de beschikbaarheid. Diverse omstandigheden waaronder de aios zich waarschijnlijk wel hadden laten vaccineren werden aangevoerd. Het aansluiten van de beschikbare vaccinatiemomenten op het werkrooster werd het meest genoemd. Een actieve uitnodiging voor een griepvaccinatie door de zorginstelling werd ook vaak aangegeven als bevorderende omstandigheid. Belemmerende omstandigheden waren extra reistijd, een bezoek aan de huisarts voor het halen van de griepvaccinatie en weinig beschikbare vaccinatiemomenten.

Vergeleken met de algehele griepvaccinatiegraad onder gezondheidsmedewerkers in verpleeghuizen is de gevonden griepvaccinatiegraad onder aios met 55% relatief hoog. Looijmans-Van den Akker et al. vonden in hun studie een griepvaccinatiegraad van 10,5% onder gezondheidswerkers in Nederlandse verpleeghuizen.⁵ In die studie is de onderzochte populatie echter niet vergelijkbaar met deze studie aangezien er niet alleen naar de artsen (in opleiding) werkzaam binnen de zorginstellingen is gekeken. In een latere studie van Looijmans-Van den Akker et al was de groep gezondheidswerkers wel uitgesplitst.⁶ In deze RCT naar de effecten van een interventieprogramma in Nederlandse verpleeghuizen om de griepvaccinatiegraad te verhogen, vonden zij een griepvaccinatiegraad van 49% onder de artsen in de controlegroep en 61% onder de artsen in de interventiegroep. Dit is vergelijkbaar met de gevonden griepvaccinatiegraad in deze studie.

De resultaten uit deze studie lijken een relatie tussen de beschikbaarheid van de griepvaccinatie en de griepvaccinatiegraad onder aios te bevestigen. Ook Lytras et al vond in een meta-analyse dat een betere toegang tot de griepvaccinatie gerelateerd was aan een hogere griepvaccinatiegraad (RR (ongevaccineerd) 0,88; 95% CI: 0.78–1.00).⁷ Dat het bevorderend zou werken als de griepvaccinatiemomenten aansluiten bij het werkrooster en op voldoende momenten worden aangeboden, sluit aan bij de bevindingen van Looijmans-Van den Akker et al.⁸ Zij vonden een relatie tussen griepvaccinatiemomenten op flexibele dagen en tijden en de griepvaccinatiegraad onder zorgpersoneel in het verpleeghuis.

De resultaten zijn gebaseerd op 232 geretourneerde enquêtes van de 374 aangeschreven aios ouderengeneeskunde (responsepercentage 62%). Voor een online enquête is dit een hoog responsepercentage. Het nadeel van een anonieme enquête is dat hiermee geen zicht is op de groep non-responders. Het is aannemelijk dat de groep non-responders deels bestaat uit aios die tijdelijk zijn uitgevallen door bijvoorbeeld zwangerschap of ziekte. Verder is het mogelijk dat aios die zich wel hebben laten vaccineren eerder geneigd zijn om een enquête over de griepvaccinatiegraad in te vullen. Zij hebben mogelijk meer affiniteit met het onderwerp en kunnen daarnaast bevestigend antwoorden. Een zekere mate van non-response bias in deze studie is dus niet uit te sluiten en de daadwerkelijke vaccinatiegraad is hierdoor mogelijk iets lager. Aan de andere kant is geprobeerd om het risico op sociaal wenselijke antwoorden te

minimaliseren door voor een anonieme enquête te kiezen. Al met al denken wij een redelijk betrouwbare schatting van de vaccinatiegraad onder aios ouderengeneeskunde te hebben gedaan.

De gevonden resultaten in deze studie zouden als uitgangspunt gebruikt kunnen worden om de griepvaccinatiegraad onder aios ouderengeneeskunde te verhogen. Deze studie laat zien dat bij een deel van de aios de beschikbaarheid van de griepvaccinatie de griepvaccinatie uitkomst beïnvloedt. Door voor deze groep de logistiek rondom de griepvaccinatie te optimaliseren zou de griepvaccinatiegraad verhoogd kunnen worden om zo de bescherming voor de kwetsbare doelgroep in het verpleeghuis te vergroten. Gezien het relatief kleine aantal artsen op de groep gezondheidswerkers in de verpleeghuizen zal het verschil in beschermend effect voor de patiëntenpopulatie wel klein zijn. Dat neemt niet weg dat de arts in het verpleeghuis hierin wel een belangrijke voorbeeldfunctie kan hebben en visie uit kan dragen naar de rest van het personeel.

Aanbevelingen

Om het vaccinatiepotentieel van de groep aios waarbij de beschikbaarheid van de griepvaccinatie van invloed is geweest op de griepvaccinatie uitkomst optimaal te (blijven) benutten, verdient het de aanbeveling om de logistieke uitdagingen voor de aios rondom de griepvaccinatie momenten te minimaliseren. Aangrijpingspunten hiervoor zijn het aanbieden van voldoende vaccinatie momenten, waarbij de vaccinatie momenten goed aansluiten bij de werkroosters. Ook is het belangrijk dat het niet te veel extra tijd kost (zoals reistijd of bezoek aan de huisarts). Daarnaast zouden aios beter door de stageplek (op het moment van griepvaccinatie) meegenomen kunnen worden in de communicatie over de griepvaccinatie. Een alternatief zou wellicht kunnen zijn om de griepvaccinatie aan te bieden op de terugkomdagen van de opleidingsinstituten. Door als opleidingsinstituut een faciliterende rol in te nemen is de toegankelijkheid voor de meeste aios geborgd en zouden mogelijk meer aios zich gemotiveerd voelen om een griepvaccinatie te nemen. Het zou interessant zijn om de animo hiervoor onder de aios ouderengeneeskunde verder te onderzoeken.

Auteurs

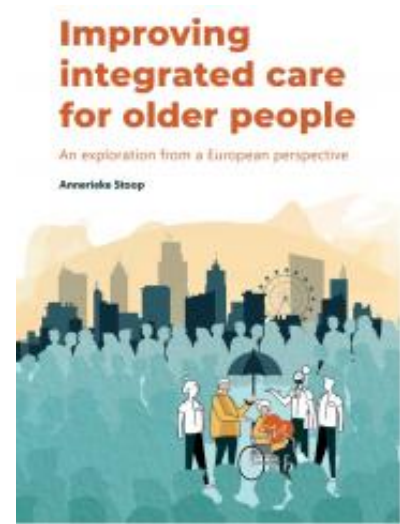
- Drs. ir. Anne Crossen, aios ouderengeneeskunde bij Gerion. Thans: specialist ouderengeneeskunde bij Careyn Vinkeveen
- Dr. Eefje Sizoo, specialist ouderengeneeskunde, wetenschapsdocent Gerion en onderzoeker UNO-VUMC, Afdeling Ouderengeneeskunde Amsterdam UMC

Literatuur

1. <https://www.rivm.nl/griep-grieprik/zorg/vaccinaties>, geraadpleegd op 10-1-2020
2. https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/database/RL-Influenza-2004.pdf, geraadpleegd op 23-3-2020
3. <https://www.rivm.nl/griep-grieprik/zorg/vaccinaties/elkjaar>, geraadpleegd op 10-1-2020
4. <https://www.sboh.nl/nieuws/98-nieuws-startpagina/676-griepvaccinatie-3>, geraadpleegd op 27-7-2020
5. Looijmans-van den Akker I, van Delden JJM, Hak E. Uptake of influenza vaccination in Dutch nursing home personnel following national recommendations. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(9):1486-7
6. Looijmans-van den Akker I, Van Delden JJM, Verheij ThJM, Van der Sande MAB, Van Essen GA, Riphagen-Dalhuisen J, Hulscher ME, Hak E. Effects of a multi-faceted program to increase influenza vaccine uptake among health care workers in nursing homes: A cluster randomised controlled trial. *Vaccine* 2010;28:5086-5092
7. Lytras T, Kopsachilis F, Mouratidou E, Pappichail D, Bonovas S. Interventions to increase seasonal influenza vaccine coverage in healthcare workers: A systematic review and meta-regression analysis. *Hum Vaccin Immunother*. 2016(Mar); 12(3): 671-681
8. Looijmans-van den Akker I, Van Delden JJM, Verheij ThJM, Van Essen GA, Van der Sande MAB, Hulscher ME, Hak E. Which determinants should be targeted to increase influenza vaccination uptake among health care workers in nursing homes? *Vaccine* 2009;27:4724-4730

Hora est: Improving integrated care for older people

An exploration from a European perspective



[Martine Regenboog](#)

“Integrale zorg gaat gepaard met verschillende uitdagingen en er zijn nog veel stappen nodig om deze te verbeteren”, aldus gezondheidswetenschapper Annerieke Stoep in de laatste alinea van haar proefschrift. Op 30 oktober verdedigde zij dit met verve in de aula van Tilburg University. Het proefschrift “Improving integrated care for older people: An exploration from a European perspective” is een veelomvattend werk naar de huidige status van de integrale ouderenzorg op zowel nationaal als Europees niveau.

Integrale ouderenzorg betreft het organiseren van gestructureerde en gecoördineerde zorg en ondersteuning voor ouderen thuis door verschillende betrokken zorgverleners en instanties. Het is een uitermate belangrijke pijler zoals ook beschreven in het Programma Langer Thuis van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dat streeft naar het zelfstandig en met een goede kwaliteit van leven oud kunnen worden van Nederlandse ouderen in hun eigen vertrouwde omgeving. Samenwerking tussen verschillende bij een zorgbehoevende oudere betrokken partijen zoals huisartsen, thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen en gemeenten, zorgt voor meer samenhang in zorg en ondersteuning. Idealiter staan de zorgbehoeften van de ouderen hierbij centraal. De initiatieven in de zogenoemde integrale zorg worden reeds

wijdverspreid door het land uitgerold, echter er ontbreekt nog veel kennis over de integrale ouderenzorg. In haar proefschrift geeft Stoop een brede uiteenzetting op dit gebied aan de hand van drie centrale vragen.

1. Wat zijn de kenmerken van thuiswonende ouderen in Nederland en daarbuiten?

Het grote internationale dwarsdoorsnedeonderzoek (hoofdstuk 2) beschrijft de gezondheid en het functioneren van 2.884 thuiswonende ouderen die thuiszorg ontvangen in België, Finland, Duitsland, IJsland, Italië en Nederland. De meerderheid van de ouderen ervaren problemen en beperkingen op meerdere domeinen (fysiek, cognitief, sociaal, mentaal). Opvallend zijn de verschillen in ervaren gezondheid en beperkingen van ouderen tussen de verschillende landen, waarbij de onderzochte gezondheidsproblemen het minste voorkomen in het Nederlandse cohort.

Tevens beschrijft Stoop een kwalitatief onderzoek met semi-gestructureerde interviews onder Nederlandse ouderen en zorgverleners (hoofdstuk 3). Belangrijkste conclusie: de meeste ouderen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen ondanks gezondheidsproblemen of beperkingen in functioneren. Zorgprofessionals gaven in deze studie wel aan dat ouderen zichzelf vaak overschatten. Anticipatie op toekomstige (zorg)behoeften is belangrijk, alhoewel ouderen hier zelf vaak niet over nadenken.

2. Beschrijving van de initiatieven op het gebied van integrale ouderenzorg en hoe deze initiatieven de zorg willen verbeteren

Een groot Europees onderzoeksconsortium (SUSTAIN) bestudeert veertien initiatieven uit zeven landen op het gebied van integrale ouderenzorg. Deze worden uitgebreid beschreven in hoofdstuk 4 en 5 van het proefschrift. Gegevens werden systematisch geanalyseerd met hulp van het 'Expanded Chronic Care Model' waarbij verschillende componenten van gezondheidssystemen aan bod kwamen. De studies toonden een grote verscheidenheid aan initiatieven in de integrale ouderenzorg, bijvoorbeeld op het gebied van proactieve eerstelijnszorg, revalidatiezorg, dementiezorg en palliatieve zorg.

De initiatieven verschilden op veel gebieden zoals bijvoorbeeld wetgeving en financiering, maar beschreven ook gemeenschappelijke uitdagingen. Veel uitdagingen zijn terug te voeren op de samenwerking tussen zorgverleners, de ervaren werkdruk van zorgverleners, communicatie en beschikbare financiële middelen.

3. Op welke manier gaan initiatieven om met het

verbeteren van persoonsgerichte zorg als centraal thema binnen de integrale zorg?

Om te onderzoeken in hoeverre en op welke manier de initiatieven vanuit de SUSTAIN-studie verbeteringen in persoonsgerichte zorg toepasten, werd een zogenaamde 'multiple embedded case study' uitgevoerd waarin dertien initiatieven werden geanalyseerd. Het perspectief van zowel de ouderen als de zorgverleners en betrokken instanties werd beschreven. Opvallende bevinding: de ervaringen van ouderen en mantelzorgers ten aanzien van persoonsgerichte zorg zijn niet uitsluitend positief.

Verbetering in persoonsgerichte zorg is onder andere te behalen in het verbeteren van de inrichting van zorgprocessen. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van een 'Comprehensive Geriatric Assessment'. In de praktijk worden er verscheidene CGA-instrumenten en procedures toegepast, zoals blijkt uit de literatuurstudie beschreven in hoofdstuk 7.

Stoop verdedigde haar proefschrift tegen een digitale oppositie van vier leden van de promotiecommissie. Met de overige toehoorders verbonden via een livestream zonder enige haperingen was dit een promotie anno 2020. Professor Van der Horst vroeg de promovenda wat zij hoopte te bereiken met het onderzoek en of deze doelen ook bereikt zijn. Allereerst is het verkrijgen van inzicht in verschillende initiatieven op het gebied van integrale zorg zeker gelukt. Dit blijkt uit het zeer fraaie en lijvige proefschrift dat een uitgebreide verkenning is van de uitdagingen waar we in Europa voor staan voor wat betreft zorg voor ouderen.

Ten tweede, ten aanzien van het verbeteren van de integrale ouderenzorg blijven uitdagingen bestaan. Deze uitdagingen zoals ook beschreven in de verschillende initiatieven zijn tamelijk generiek. Met name op de gebieden van informatie-uitwisseling en communicatie tussen zorgverleners onderling valt nog veel winst te behalen. Dat deze elementen onontbeerlijk zijn voor goed hulpverlenerschap is algemeen bekend. Andere uitdagingen in het leveren van goede integrale ouderenzorg zijn met name te scharen onder de financieringsproblemen, gebrek aan hulpbronnen, onvoldoende scholing en hoge werkdruk van zorgverleners. Stoop gaf aan dat veel uitdagingen weinig beïnvloedbaar zijn door onderzoekers, waardoor hier minder aandacht aan is besteed. Feit blijft natuurlijk wel dat deze uitdagingen belangrijke bepalende factoren zijn voor het slagen van initiatieven in de integrale zorg.

Professor Rutten-van Moelen mocht als laatste de promovenda aan de tand voelen. Uitgebreid de tijd om stil te staan bij de impact van de verschillende studies, en dan met name de toekomst van bijvoorbeeld verbeterprojecten in de integrale persoonsgerichte zorg voor ouderen, was er helaas niet. Middenin de vraagstelling klonk het 'Hora est' en was er geen tijd meer voor een aanbeveling voor de toekomst door de promovenda zelf. Gelukkig voorzag haar inleidende presentatie hier wel in. Kort samengevat:

1. Kijk over eigen (lands)grenzen heen

2. Investeer in interprofessionele samenwerking en communicatie
3. Stel de oudere centraal in hun zorg en ondersteuning

We moeten op alle niveaus samenwerken om de integrale en persoonsgerichte zorg voor ouderen verder te verbeteren. Er is veel aandacht en ook goede wil om dit te bereiken.

Na een korte onderbreking van de plechtigheid kon op geheel corona-proof wijze het diploma in Tilburgs blauwe koker aan de kersverse doctor worden 'overhandigd'.

Auteur

- Martine Regenboog, aios ouderengeneeskunde, Gerion, Amsterdam UMC

COVID-19 in het verpleeghuis

Een veelkleurig palet

Katja Drost, Marga Nonneman, Bregje van Kolck, Rudi Dierkx

Sinds maart 2020 worden de Nederlandse verpleeghuizen geconfronteerd met COVID-19, een nieuwe realiteit voor onze bewoners en hun betrokkenen en een nieuwe manier van werken voor de medewerkers. Het bleek noodzakelijk om meer duidelijkheid te krijgen van het uiteenlopende en regelmatig ook complexe klinische beeld in het verpleeghuis om zodoende een COVID-19-infectie eerder te herkennen.

In dit artikel presenteren we een aantal casussen uit een van de 17 locaties van ouderenzorgorganisatie tanteLouise in West-Brabant. Hiermee geven we een illustratie van de diverse klinische presentaties van COVID-19 in de verpleeghuissector, de verschillen in het beloop, onzekerheden bij diagnostiek en zaken die ons opvallen.

Methode

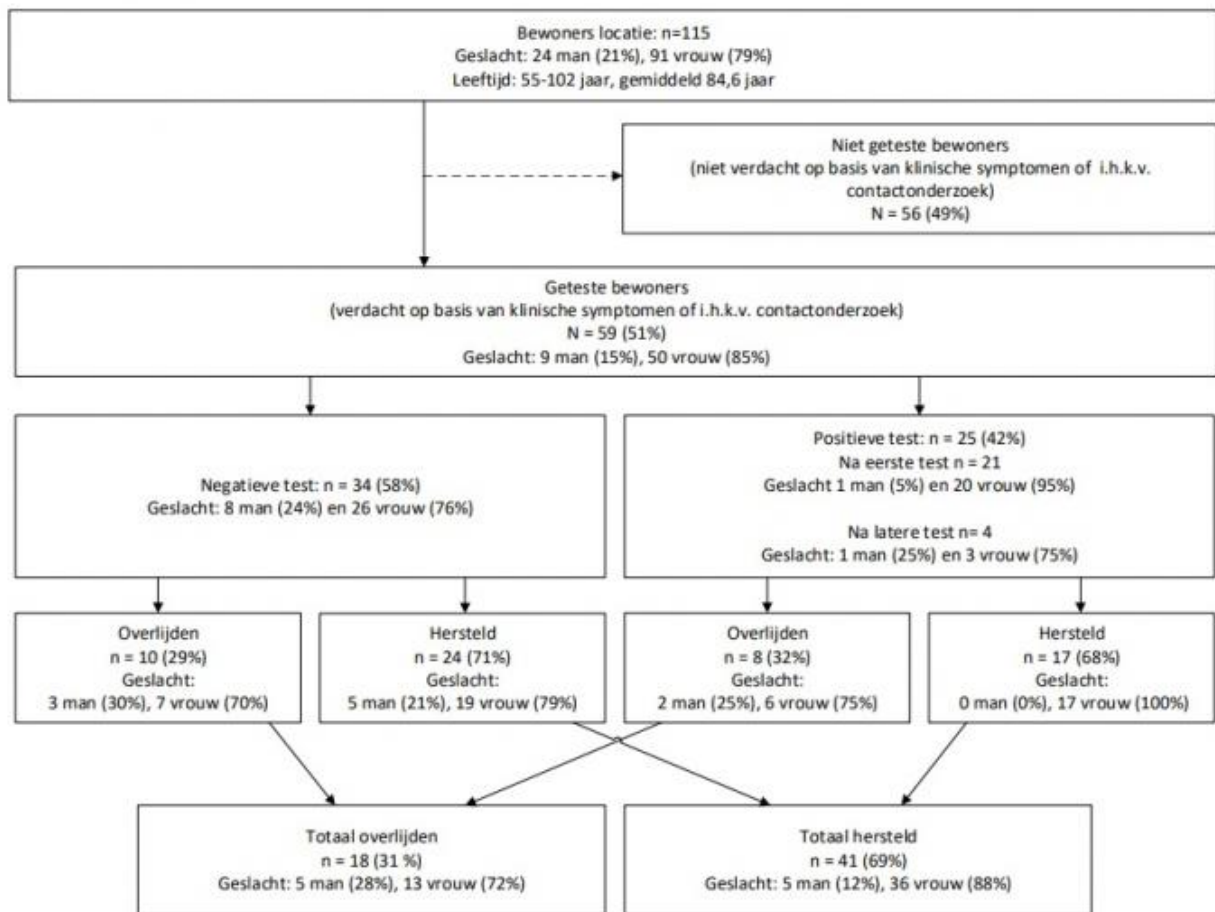
Om een nauwkeurig beeld te verkrijgen van de klinische presentatie van COVID-19 onder verpleeghuisbewoners hebben we in de periode van maart tot en met mei 2020, in het elektronisch patiëntendossier (EPD) teruggekeken naar patiënten die positief getest waren op SARS-CoV-2 of een klinisch beeld hadden passend bij COVID-19. Van een bevestigde diagnose werd gesproken wanneer er sprake was van een positieve uitslag van de Polymerase Chain Reaction (PCR)-diagnostiek van keel- en neusuitstrijk (of feces) op SARS-CoV-2. We keken retrospectief naar het voorkomen van (subtiële) symptomen en klachten tot twee weken voorafgaand aan het positief testen op SARS-CoV-2 of het ontstaan van duidelijke ziekteverschijnselen.

Het gevarieerde beeld qua ziekteduur en klinische verschijnselen komt naar voren in de beschreven casuïstiek.

Kenmerken van bewoners en prevalentie COVID-19

De bewoners hadden somatische en/of psychogeriatrische problematiek en hun kenmerken en de prevalentie van COVID-19 worden vermeld in onderstaand stroomschema. Alle mensen met

reeds de geringste verdenking op COVID-19 zijn getest middels PCR-diagnostiek. Verdenking op COVID-19 was gebaseerd op (combinaties van) typische symptomen zoals hoesten, koorts en kortademigheid, en ook atypische ziekteverschijnselen zoals verwardheid, algehele malaise en gastro-intestinale klachten. Daarnaast bleken ook subjectieve waarnemingen zoals 'niet fit ogen' of een 'subtiële verandering in doen en laten' aanleiding te zijn voor deze verdenking, omdat verpleeghuisbewoners (met dementie) regelmatig niet goed hun klachten kunnen aangeven. Ook een verdenking in het kader van contactonderzoek was aanleiding voor het uitvoeren van een test middels PCR-diagnostiek.



Om de variaties in de klinische presentatie van COVID-19 in het verpleeghuis toe te lichten worden hieronder twee patiënten in detail beschreven. Zij wonen ieder in een afzonderlijke kleinschalige woonvorm voor acht bewoners.

Casuïstiek

Patiënt A

Patiënt A is een 83-jarige vrouw met vasculaire dementie, diabetes mellitus, CVA en een myocardischemie in de voorgeschiedenis. Op dag 1 (vier dagen na overlijden van een medebewoonster met verdenking op COVID-19) heeft zij braakneigingen, is rillerig, temperatuur van 38,4°C, zij hoest niet, is niet verkouden en heeft geen dyspnoe. Een urineweginfectie wordt

uitgesloten. PCR-diagnostiek op virale luchtwegverwekkers (SARS-CoV-2) wordt ingezet en er wordt gestart met isolatieverpleging volgens COVID-19-protocol. 's Nachts stijgt haar lichaamstemperatuur naar 38,9°C en ontwikkelt zij braken en diarree. PCR-diagnostiek blijkt negatief. Vanwege braken en diarree worden isolatiemaatregelen gehandhaafd, volgens Norovirus-protocol. De daaropvolgende dagen neemt de koorts af en verdwijnen de gastro-intestinale klachten. Na twee dagen klachtenvrij, krijgt zij opnieuw diarree en koorts (39°C). De volgende ochtend (inmiddels dag 4 na start eerste symptomen) is zij moe bij een temperatuur van 38°C, maar zij oogt niet acuut ziek en zit in een stoel. 's Avonds verslechtert haar conditie met oplopende temperatuur tot 39,5°C, met rillen en zwak overkomen, wisselende ademhalingsfrequentie, apneus en kuchen zonder sputumproductie. 's Morgens heeft zij een zuchtende ademhaling en schommelt de perifere zuurstofsaturatie (86 - 94%) bij een temperatuur van 39,1°C. Daarnaast heeft zij last van hoofdpijn, spierpijn en een verminderd bewustzijn. Bij onderzoek van de longen worden geen aanwijzingen gevonden voor pneumonie. Opnieuw wordt PCR-diagnostiek ingezet. Er wordt gestart met parenterale vochttoediening en ter preventie van een (secundaire) pneumonie krijgt zij amoxicilline/clavulaanzuur. Ditmaal blijkt zij wel positief voor SARS-CoV-2. Haar klinische toestand verslechtert progressief en zij overlijdt vijf dagen later aan de gevolgen van deze infectie. Dit is dan 10 dagen na het begin van de eerste symptomen.

Medebewoners van patiënt A

Net voor patiënt A ziek werd is een zeer kwetsbare medebewoonster op basis van het klinisch beeld getest op virale luchtwegverwekkers (SARS-CoV-2) middels PCR-diagnostiek. Uit voorzorg werd deze bewoonster geïsoleerd verpleegd. Zij overleed op de dag dat de negatieve uitslag ontvangen werd. Dit was de aanleiding om bij patiënt A ook direct isolatieverpleging toe te passen. De overige zes bewoners zijn niet getest en hebben geen COVID-19 gerelateerde klachten ontwikkeld.

Patiënt B

Patiënt B betreft een 86-jarige man met Alzheimer-dementie, bekend met recidiverende luchtweginfecties, een kunsthartklep en nierfunctiestoornissen. Op dag 1 geeft patiënt wat pijn aan bij de ribben ter hoogte van de rechterflank. Controles van bloeddruk, pols, temperatuur en zuurstofsaturatie zijn niet afwijkend en bij oppervlakkige klinische beoordeling toont hij geen bijzonderheden. Vervolgens werd niets meer van deze klachten vernomen. Zes dagen later kan hij niet slapen, 's ochtends is hij kortademig met slijmvorming en meer hoesten dan gewoonlijk. De ademfrequentie schommelt tussen 30 en 36 per minuut en zijn lichaamstemperatuur is 37,7°C. PCR-diagnostiek SARS-CoV-2 is negatief. Zijn klachten trekken snel weg en het gaat weer zo'n zes dagen goed. Dan blijft hij na het vernevelen van ipratropium/salbutamol langer kortademig, maar de controles van zijn vitale lichaamsfuncties zijn niet afwijkend en de rest van de dag gaat het weer. De volgende nacht neemt zijn dyspnoe toe met daarbij ook onrust, dit is inmiddels 14 dagen na de eerste symptomen. De zuurstofsaturatie is 87% (kamerlucht), temperatuur 36,6°C. Na weghalen van een slijmprop voelt hij zich beter met een rustige ademhaling zonder dyspnoe en niet acuut ziek zijn. De volgende middag blijft hij goed, satureert

hij 96% met twee liter zuurstof en klinken de longen schoon. Verwardheid en vermoeidheid zijn 's avonds de enige klachten. De volgende dag is er toename van hoesten en dyspnoe en heeft hij wederom last van een slijmprop. De ademfrequentie is met circa 40 per minuut sterk verhoogd, er is koorts van 38,5°C en de zuurstofsaturatie varieert tussen 90 en 94% met twee liter zuurstof. Hij is moe en meer verward. Nogmaals verrichte PCR-diagnostiek op SARS-CoV-2 is nu wel positief. Vijf dagen later overlijdt hij, wat 21 dagen na begin van de eerste symptomen is.

Medebewoners van patiënt B

Twee dagen na de eerste negatieve test van patiënt B overlijdt een medebewoonster na twee dagen ziek zijn. Bij haar was er steeds een sterke klinische verdenking op COVID-19, ondanks tweemaal negatieve PCR-diagnostiek van keel- en neusuitstrijk en eenmaal van feces. Toenemende alertheid op COVID-19-infecties vormde aanleiding om ook bij de overige zes medebewoners PCR-diagnostiek van luchtwegmateriaal te verrichten. Allen bleken positief voor SARS-CoV-2. Slechts een bewoner had net voorafgaand aan deze diagnostiek klachten ontwikkeld, bestaande uit algehele malaise, sufheid en verminderde intake en is uiteindelijk overleden aan de gevolgen van COVID-19. De overige vijf bewoners waren zo goed als klachtenvrij.

Beschouwing

Sterk gevarieerd klinisch beloop

Uit de casuïstiek blijkt het sterk gevarieerde klinische beloop van COVID-19 onder verpleeghuisbewoners. Wat ziekteduur betreft varieert dit beeld tussen (aanvankelijk subklinische) presentaties met vrij lange aanloop tot zeer snelle, progressieve beelden met snel overlijden. Ook zien we fluctuerende beelden met perioden van (bijna) herstel. De vier beschreven bewoners met een fataal beloop samen met de vijf andere bewoners, die na een mild ziektebeeld weer herstelden, vormen een representatieve weergave van onze totale patiëntengroep. De klinische verschijnselen sluiten aan bij actuele literatuur.^{1,2,9} Er is vaak sprake van zogenaamde geriatrische syndromen, zoals (recidiverend) vallen, verminderde mobiliteit, onrust, verwardheid of soms ook apathie (delier) en anorexie. Naast typische respiratoire of pulmonale klachten zoals droge hoest, heesheid, neusverkoudheid en lage saturatie worden ook vaak atypische ziekteverschijnselen gezien, zoals algehele malaise, moeheid, futloosheid of gastro-intestinale klachten. Deze laatste zoals anorexie, misselijkheid, overgeven en diarree kunnen, in het begin van een uitbraak, verwarring geven met virale gastro-enteritiden (norovirusinfectie). Het komt geregeld voor dat in het begin de typische respiratoire/pulmonale klachten ontbreken of nog niet op de voorgrond staan. Wat ook gezien wordt is het vóórkomen van lage perifere zuurstofsaturatiewaarden zonder dat dit vergezeld gaat van subjectief of objectief waargenomen dyspnoe. Opvallend was ook dat patiënten die hoge koorts (>39°C) ontwikkelden allemaal overleden zijn en vaak al binnen enkele dagen.

Patiënten zonder koortspieken bleven allemaal in leven. In de gevorderde ziektefasen komt vaak een verminderd bewustzijn voor. De uitkomsten van COVID-19 variëren tussen enerzijds volledig herstel zonder restverschijnselen en anderzijds overlijden.

Uit eerdere observaties blijkt reeds dat het klinisch ziektebeeld van COVID-19 onder ouderen ernstiger kan verlopen.³ Daarnaast neemt de kans op een atypisch beloop van acute infecties toe met het vorderen van leeftijd of kwetsbaarheid, dit als gevolg van verminderde fysiologische reserves en veerkracht en aanwezigheid van comorbiditeit en polyfarmacie.⁴ Dit geldt zeker ook voor COVID-19, waarbij eveneens uit de literatuur blijkt dat deze zich in het begin kan uiten als een acuut geriatrisch syndroom.^{3,5,6} Het vóórkomen van deze syndromen moet altijd als een alarmsignaal voor een mogelijke infectie met SARS-CoV-2 beschouwd worden, omdat juist dát typisch is voor deze patiëntencategorie. In die zin sluiten onze observationele bevindingen binnen de verpleeghuispopulatie hierbij aan.

Negatieve testuitslagen

Opvallend was dat, ondanks een sterke klinische (en epidemiologische) verdenking op COVID-19, patiënten regelmatig en ook herhaaldelijk negatieve testuitslagen hadden bij PCR-diagnostiek op SARS-CoV-2. Een mogelijke verklaring is dat er toch geen sprake was van COVID-19, ondanks de grote gelijkenis in klinische presentatie. Echter, lijkt het ons waarschijnlijker dat een en ander in veel gevallen het gevolg was van (combinaties van) de volgende factoren.

Mogelijk is PCR-diagnostiek op keel- en neusuitstrijk binnen de populatie van verpleeghuisbewoners minder sensitief door testkarakteristieken of onjuistheden/beperkingen bij afname en transport van testmateriaal. Een beperkte sensitiviteit van PCR-diagnostiek op de keeluitstrijk en de superioriteit van deze test op sputum is inmiddels vaker beschreven.^{5,7,8} Echter, een betrouwbare sputumafname bij verpleeghuisbewoner is moeilijker te verkrijgen. Hierdoor houden wij rekening met de mogelijkheid dat wij COVID-19-diagnoses gemist hebben, hetgeen ook beschreven is in eerder onderzoek.⁵ Mogelijk is ook de zogenaamde viral load binnen onze doelgroep regelmatig te laag om een positieve testuitslag te kunnen genereren. Dit zou ook een verklaring kunnen zijn voor een alsnog positieve uitslag na herhaalde testafnames.

Vergelijking met landelijke COVID-19-registratie in verpleeghuizen

Recent zijn de eerste landelijke resultaten van onderzoek naar de presentatie van COVID-19 in Nederlandse verpleeghuizen gepubliceerd.⁹ Onze casuïstiek verschilt van dit onderzoek door de beschrijving van een gering aantal patiënten en verschillen in methodologische aanpak, zoals de andere indeling van (a)typische symptomen en patiëntengroepen. Onderstaande vergelijking levert daarmee geen harde conclusies op maar is wel vermeldenswaardig.

In beide observaties wordt de diagnose COVID-19 voor een vrijwel gelijk percentage bevestigd bij COVID-19 verdachte patiënten (landelijk 43,5% en bij ons 44,1%). De reeds beschreven typische en zeker ook atypische symptomen⁹ zijn ook bij onze populatie vaak waargenomen. Het als atypisch omschreven symptoom moeheid wordt zowel in de landelijke registratie als in onze observatie opvallend vaak gevonden en hoewel het geen specifiek verschijnsel is, zou het mogelijk van toegevoegde waarde kunnen zijn bij de diagnostiek van COVID-19 in de verpleeghuispopulatie. In onze observatie komen in tegenstelling tot de landelijke registratie wel acute geriatrische syndromen (atypische geriatrische ziektepresentaties) zoals vallen, voor. In onze patiëntengroep lijken ook vaker fluctuaties voor te komen in het klinisch beloop: van verbetering naar verslechtering en andersom. Een mogelijke verklaring voor deze verschillen zou kunnen zijn dat wij, door de beperktere omvang van onze patiëntengroep en de directe toegang tot het EPD, beschikken over meer gedetailleerde informatie. In beide observaties wordt een hoog sterftepercentage gezien onder patiënten bij wie COVID-19 bevestigd is, wat ook te verwachten is bij deze aandoening in een kwetsbare populatie. Vanaf het begin hebben we laagdrempelig getest wat mogelijk een verklaring zou kunnen zijn voor de eventuele verschillen in fluctuaties van het beloop en de atypische symptomen. Uit beide observaties blijkt dat COVID-19 niet met zekerheid te diagnosticeren is op basis van het klinisch beeld. Net als de onderzoekers van de landelijke registratie adviseren wij om laagdrempelig te testen en bedacht te zijn op het vóórkomen van vals-negatieve testuitslagen.

Beperkingen

Deze observationele verslaglegging van COVID-19 binnen een verpleeghuislocatie heeft zijn beperkingen. Door het verrichten van retrospectief, observationeel (dossier)onderzoek kan selectie- en observatiebias geïntroduceerd zijn. Zo waren we bij het verzamelen van klinische gegevens uit het elektronische patiëntendossier afhankelijk van de volledigheid van de rapportage in de dagelijkse klinische praktijk. Mogelijk dat hierdoor gegevens ontbreken. Desondanks hebben we naar onze mening een grote hoeveelheid informatie kunnen bestuderen en denken wij hierdoor een vrij volledig beeld gekregen te hebben van de diverse aspecten van een COVID-19-uitbraak in een populatie van veelal oudere en kwetsbare verpleeghuisbewoners.

Conclusies/adviezen

Uit onze beschrijving van patiënten blijkt het sterk gevarieerde klinische beloop van COVID-19 onder verpleeghuisbewoners, zowel wat betreft aard en ernst van de symptomatologie met ook atypische verschijnselen en acute geriatrische syndromen, het verloop in de tijd, uiteindelijke uitkomst (overlijden of herstel) en het moment van positief testen.

Dit pleit voor een hoge alertheid op de mogelijkheid van COVID-19, het laagdrempelig testen op SARS-CoV-2 middels PCR-diagnostiek en het nemen van passende maatregelen, ook wanneer ondanks negatieve testuitslagen een hoge klinische (en epidemiologische) verdenking blijft

bestaan. Verpleegkundig specialisten en artsen dienen diagnostische voelsprietten voor COVID-19 onder kwetsbare ouderen te ontwikkelen. Bij (herhaaldelijke) negatieve testuitslagen moet men vertrouwen op de klinische blik om het proces van herkenning, diagnostiek en bestrijding adequaat en efficiënt te laten verlopen.

Om meer duidelijkheid te verkrijgen kan het soms ook nodig zijn om zogenaamde massatests uit te voeren onder verpleeghuisbewoners en medewerkers. Alleen op bovenstaande wijze kan, samen met de overige passende maatregelen, een uitbraak van COVID-19 in de setting van een verpleeghuis, waarin patiënten en personeel in een beperkte ruimte samen wonen en werken en waar behandelmogelijkheden bij een ernstig beloop uiterst beperkt zijn, tot staan worden gebracht.

Auteurs

- Drs. K.T. (Katja) Drost, Science Practitioner, stichting tanteLouise te Bergen op Zoom
- Drs. M.M.G. (Marga) Nonneman, Marga, specialist ouderengeneeskunde en kaderarts GRZ, stichting tanteLouise te Bergen op Zoom
- B.J.S. (Bregje) van Kolck MSc, Verpleegkundig Specialist – stichting tanteLouise te Bergen op Zoom
- Drs. I.J. (Rudi) Dierkx, specialist ouderengeneeskunde en kaderarts GRZ, stichting tanteLouise te Bergen op Zoom

Literatuur

1. Loon A van, Rutten J, Buul L van, Kooten J van, Joling K, Smalbrugge M, Hertogh C. Universitair Netwerk Ouderenzorg, Amsterdam UMC, locatie VUmc (UNO-VUmc). COVID-19 bij verpleeghuisbewoners. Factsheet 1 Symptomen en beloop, mei 2020, <https://unovumc.nl/wp-content/uploads/2020/05/Factsheet-1-COVID-19-in-verpleeghuizen-dd-03-05-2020.pdf>
2. Loon A van, Rutten J, Buul L van, Kooten J van, Joling K, Smalbrugge M, Hertogh C. Universitair Netwerk Ouderenzorg, Amsterdam UMC, locatie VUmc (UNO-VUmc). COVID-19 bij verpleeghuisbewoners. Factsheet 2: Patiëntkenmerken en risicofactoren. Juni 2020, <https://unovumc.nl/wp-content/uploads/2020/06/Factsheet-2-COVID-19-13052020CH.pdf>
3. Atypisch beeld van COVID-19 bij oudere patiënten; Olde Rikkert MGM, Vingerhoets RW, Geldorp N van, Jong E de, Maas HAAM. Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D5004
4. Olde Rikkert MGM, Melis RJF. Rerouting Geriatric Medicine by Complementing Static Frailty Measures With Dynamic Resilience Indicators of Recovery Potential. Front Physiol. 2019;10:723. doi:10.3389/fphys.2019.00723
5. De eerste honderd opgenomen COVID-19-patiënten in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis; Murk JL, Biggelaar R van de, Stohr J, Verweij J, Buiting A, Wittens S, Hooft M van, Diederens B, Kluiters-de Hingh Y., Ranschaert E, Brouwer A, Retera J, Verheijen M,

- Ramnarain D, Ek I van, Oers J van. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2020;164:D5002.
6. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382(18):1708-1720. doi:10.1056/NEJMoa2002032.
 7. Yang Y, Yang M, Shen C, Wang F, Yuan J, Li J, et al. Evaluating the accuracy of different respiratory specimens in the laboratory diagnosis and monitoring the viral shedding of 2019-nCoV infections. *medRxiv* 2020. doi:10.1101/2020.02.11.20021493.
 8. Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, et al. Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. *JAMA.* 2020;323(18):1843-1844. doi:10.1001/jama.2020.3786
 9. Rutten J, van Loon A, Joling K, Smalbrugge M, van Buul L, Hertogh C. COVID-19 in verpleeghuizen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2020;164:D5173.

Sensorische Informatieverwerking en frontotemporale dementie

Agressie voorkomen door aan te sluiten bij informatieverwerking cliënt

, Marjo Dorrestijn, Pauline Luijkx, Elien van Rooijen, Claudia Cools

In dit artikel wordt beschreven hoe Sensorische Informatieverwerking als interventie kan worden ingezet bij een man met frontotemporale dementie en probleemgedrag.

Bij Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE; zie kader) komt een vraag binnen van een specialist oudergeneeskunde over een 62-jarige man met frontotemporale dementie. De heer, laten we hem Ad noemen, kan fysiek zeer agressief zijn, wat herhaaldelijk heeft geleid tot fors letsel bij hemzelf en medewerkers. Ad is vanwege deze gedragsproblemen overgeplaatst naar een gesloten, gerontopsychiatrische afdeling. Hij vertoont obsessief, dwangmatig gedrag en motorische onrust. Wanneer hij hierin wordt belemmerd, is hij nauwelijks tot bedaren te brengen en moet hij met inzet van meerdere personen gefixeerd en gesedeerd worden. Verschillende disciplines zijn betrokken, een omgangsadvies en signaleringsplan zijn opgesteld, maar het probleemgedrag blijft moeilijk beïnvloedbaar. Slechts een hoge dosis psychofarmaca brengt meer rust. Medewerkers en familie vragen zich af wat de kwaliteit van leven zo nog voor Ad is. De vraag aan CCE is mee te kijken hoe zijn welzijn te vergroten, en tegelijkertijd de veiligheid voor het team en de cliënt te waarborgen.

Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) is partner van zorgprofessionals als het gaat om expertise over ernstig probleemgedrag bij mensen die langdurig professionele zorg en ondersteuning nodig hebben. Daar waar professionals dreigen vast te lopen en de kwaliteit van bestaan van de cliënt ernstig onder druk staat, zoekt CCE samen met hen naar nieuw perspectief. Bij die zoektocht worden, als het enigszins mogelijk is, ook altijd de cliënt zelf en zijn of haar verwanten intensief betrokken. CCE is actief in alle sectoren van de langdurige zorg. Voor meer informatie, kijk op www.cce.nl.

Visie en werkwijze CCE

Probleemgedrag ontstaat in een negatieve wisselwerking tussen de cliënt en zijn omgeving. Daarom betreft CCE in de zoektocht naar het ontstaan van probleemgedrag altijd de sociale en fysieke omgeving én de organisatorische context. We gaan op zoek naar factoren die het probleemgedrag mogelijk veroorzaken en/of in stand houden. Daarbij analyseren we wat feiten, belangen, beleving en betekenis zijn van deze factoren voor diverse betrokkenen. Door al die aspecten met elkaar te verbinden, formuleren we een aantal hypothesen waar we samen met het team interventies op inzetten en deze systematisch uitwerken. Zo proberen we vastgelopen situaties opnieuw in beweging te krijgen.

Vraagverheldering

CCE brengt in kaart welke interventies reeds door betrokkenen zijn ondernomen en welke resultaten dit tot gevolg had. Op grond van deze analyse wordt een CCE casemanager betrokken. In deze casus blijkt dat met name behoefte is aan ondersteuning van het team om Ad beter te kunnen 'lezen'. Zij geven aan niet te weten hoe geweldsincidenten te voorkomen, omdat deze in hun beleving uit het niets komen. Het sederen met psychofarmaca lijkt nog de enige optie. De specialist ouderengeneeskunde is echter in overleg met een extern psychiater tot de conclusie gekomen dat vanwege het toenemende aantal bijwerkingen, de psychofarmaca afgebouwd moeten worden.

Inrichten consultatietraject

Tijdens de eerste bespreking blijkt een grote betrokkenheid vanuit de organisatie. Aan tafel zitten: specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, contactverzorgende, psycholoog, psychomotore therapeut en de zoon van Ad met partner. Er is een gedeelde zorg over het welzijn van Ad. De samenwerking tussen verschillende disciplines en familie is goed. Er wordt gewerkt volgens de richtlijn [Probleemgedrag bij mensen met dementie](#).

De afgelopen jaren is medicatie gegeven volgens de richtlijn en off-label. Doseringen zijn meerdere malen bijgesteld, afhankelijk van de situatie. Vanwege toenemende sufheid en slaperigheid en bijbehorend valrisico dringen de specialist ouderengeneeskunde en zoon aan op afbouw van medicatie. Het zorgteam wil dit wel, maar durft het niet aan. Zij zijn bang dat het agressieve gedrag terugkomt en weten niet hoe zij hier dan mee om kunnen gaan.

Afgesproken wordt dat de casemanager CCE het team gaat ondersteunen. Doel hierbij is Ad beter te leren kennen. Zowel de persoon die hij voor zijn ziekte was als ook wat hij nodig heeft met zijn huidige beperkingen. Hypothese hierbij is dat zich minder agressie-incidenten zullen voordoen, wanneer het team beter in staat is aan te sluiten bij zijn gewoonten en behoeften en zij rekening houden met zijn beperkingen.

De casemanager CCE die voor het team wordt ingezet is deskundig op het gebied van de Sensorische Informatieverwerking en Beeldcoaching. Een combinatie die mogelijk tot meer inzicht in het ontstaan van probleemgedrag kan leiden, zoals beschreven in een [projectrapportage van het CCE over frontotemporale dementie](#).

Sensorische Informatieverwerking

Sensorische Informatieverwerking speelde een belangrijke rol in het begrijpen van het gedrag van deze cliënt. Eenvoudig gezegd is Sensorische Informatieverwerking het vermogen om informatie vanuit de wereld om ons heen en vanuit ons lichaam op te nemen, te selecteren en de verschillende stukjes informatie met elkaar te verbinden zodat wij er op de juiste manier op kunnen reageren. Belangrijk hierbij zijn de werking van de zintuigen, de mate van alertheid en (emotie)regulatiemechanismen.

Zintuigsystemen

Zintuigen zijn onder te verdelen in vertezintuigen (zien, horen en reuk) en nabijheidszintuigen (tast, evenwicht, houding- en bewegingsgevoel, smaak en interne organen). Met de vertezintuigen kan iemand zich voorbereiden op de te verwachten situatie. Zo vindt de eerste functionele selectie plaats of een prikkel waarschuwend of informatief is.

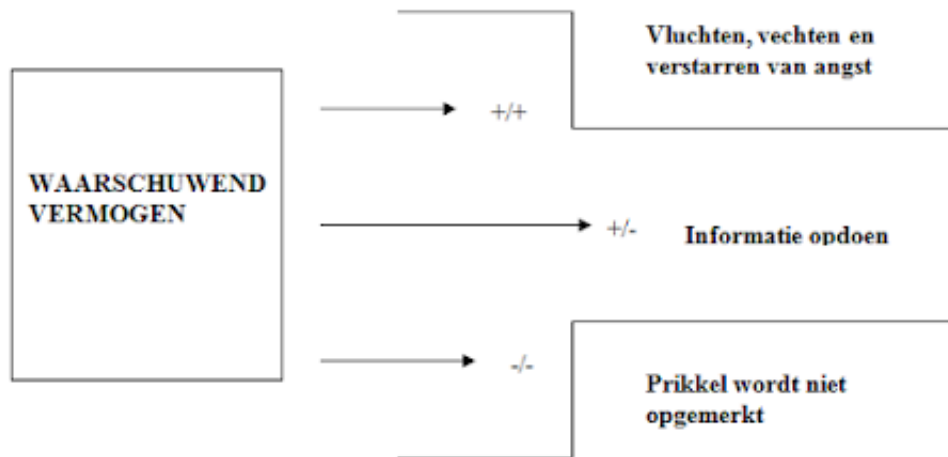
De nabijheidszintuigen zijn erg belangrijk voor de ontwikkeling van de mens en het gevoel van veiligheid en geborgenheid. Ze vormen het fundament waardoor je informatie in de vertezintuigen kunt gaan begrijpen.

Zintuigen hebben in principe twee taken:

1. waarschuwen voor gevaar;
2. het herkennen van informatie.

Het waarschuwen voor gevaar heeft steeds voorrang.

Er kunnen drie verschillende manieren van reageren worden onderscheiden.



Bron: Els Rengenhart

++ Zintuigprikkel met een sterk waarschuwend vermogen. We reageren op deze prikkels alsof we in gevaar zijn. Deze prikkels zorgen ervoor dat we gaan vluchten, vechten of verstarren van angst. Het is een instinctieve en dus een minder bewuste, reflexmatige reactie. Doordat de cliënt een beperkt visueel beeld heeft, omdat hij zijn hoofd niet goed kan oprichten, kan hij een schrikreactie geven wanneer er plots iemand in zijn gezichtsveld verschijnt. Dit zijn de momenten waarop hij een 'vecht'-reactie kan laten zien.

+/- Zintuigprikkel met een gemiddeld waarschuwend vermogen zijn in staat om onze aandacht bewust te richten op zintuiginformatie. Zo worden we alert gehouden en dit is een voorwaarde om te leren en ervaringen in ons op te nemen. Zo reageert de cliënt goed op een duidelijke tactiele prikkel en kan hij bijvoorbeeld meebewegen bij de verzorgingsmomenten.

-/- Zintuigprikkel met een gering waarschuwend vermogen worden nauwelijks tot niet bewust opgenomen. Daardoor reageren we niet of automatisch, zonder ons er bewust van te zijn. Zo reageert de cliënt niet op auditieve prikkels als bijvoorbeeld het pakken van sleutels en het open en dicht gaan van deuren.

Alertheid

De mate van alertheid speelt een grote rol voor de wijze waarop de cliënt zintuiglijke informatie uit de omgeving kan waarnemen. Ontwikkelingsniveau en fysieke of medische klachten zijn van invloed op de mate van alertheid. Als je optimaal alert bent, ben je het beste in staat te reageren op je omgeving. Je alertheidniveau wordt onder andere bepaald door de veiligheid/onveiligheid van de situatie, bekend/onbekend, verwacht/onverwacht, plezier/angst. Ook emoties zoals pijn, verdriet, blijdschap, faalangst en vermoeidheid zijn van invloed op de alertheid.

Een hoge alertheid heeft slechte organisatie en zelfs angstige spanning of negatief emotioneel antwoord tot gevolg. Lage alertheid resulteert in gedeeltelijke of ineffectieve antwoorden.

Een smalle bandbreedte van alertheid heeft als gevolg dat de spreekwoordelijke emmer sneller vol is en resulteert in een hoge of lage alertheid.

De verschillende 'alertheidstoestanden' kennen de volgende indeling:

Toestand 1: slapen

Toestand 2: wakker en ongericht passief/wakker en ongericht actief

Toestand 3: wakker en gericht actief

Toestand 4: wakker en gespannen actief/wakker en gespannen passief

Toestand 5: huilen of andere emotionele ontlading

De toestand waarin wij verkeren heeft invloed op de manier waarop wij met zintuiginformatie omgaan (Rengenhart, 2008-2018).¹

Terug naar onze casus, samen aan de slag

Om het gedrag van Ad beter te begrijpen worden de volgende interventies gecombineerd: beeldcoaching en Sensorische Informatieverwerking. Zo observeert de casemanager CCE in diverse situaties de interactie van de cliënt met zijn omgeving en wordt gebruik gemaakt van beeldopnames om de wijze waarop de cliënt prikkels en informatie verwerkt in beeld te brengen. Casemanager CCE analyseert de beelden en coacht hierop het zorgteam. Wat roept spanning op bij Ad? Wat zie je dan precies aan hem? En wat zijn interventies die ingezet kunnen worden om escalatie te voorkomen?

Daarnaast levert de zoon informatie vanuit het levensverhaal. Hij vertelt dat zijn vader op hoog niveau karate heeft gedaan, wat wellicht zijn reflexen verklaart. Ook blijkt dat Ad altijd erg gesteld was op orde, netheid en eigen regie. Contactverzorgende benoemt dat incidenten vaak voortkomen uit het feit dat niet ieder teamlid hem op dezelfde wijze verzorgt.

Advies en implementatie

De casemanager CCE geeft tijdens het adviesgesprek aan het multidisciplinaire team een uiteenzetting over Ad in zijn omgeving, een beeld dat in de afgelopen periode meer gedetailleerdheid kreeg. We zagen Ad, die ondanks zijn cognitieve en lichamelijke beperkingen nog in staat is de deksel van een drinkbeker te halen en met een rietje het laatste beetje op te drinken. We observeerden de netheid wanneer hij voor de spiegel zijn haren voelt, kamt en zijn stropdas recht doet. Uit deze voorbeelden blijkt dat hij nog in staat is een 'plannetje te maken' en wordt zijn behoefte aan regie en zelfbewustzijn duidelijk. We zien in de beelden dat agressie vaak voortkomt uit frustratie over zijn gebrek aan zelfregie, bijvoorbeeld wanneer zijn kleren niet

goed aangetrokken worden en zijn haren niet gekamd worden op de manier waarop hij dit wil.

Uit het onderzoek naar de prikkelverwerking komen zijn trage informatieverwerking, zijn wisselende mate van alertheid en zijn wijze van reageren wanneer hij zich niet veilig voelt (vluchten, vechten, verstarren) naar voren. Ad is zeer traag in het verwerken van informatie vanuit verschillende zintuigsystemen. Hierdoor is de kans groot dat je als omgeving te snel gaat en informatie nog niet goed is verwerkt. Dit heeft direct invloed op zijn alertheid. Het verwerken van de tastprikkel verloopt sneller dan de overige zintuigen, dit is ook duidelijk te zien aan de snellere reactie die hij kan laten zien bij een tastprikkel. Ad is niet meer in staat om multi-sensorisch informatie te verwerken. Wanneer je bijvoorbeeld naar hem toeloopt en tegelijkertijd tegen hem praat, kan hij de gesproken informatie (auditief) niet verwerken, omdat zijn visuele zintuigstelsel tegelijkertijd een prikkel krijgt, die hij moet verwerken. Hij kan het beste informatie verwerken op één zintuigstelsel tegelijk.

Samen met het team wordt onderstaand schema doorgenomen en de stressreacties besproken, die bij Ad worden waargenomen.

Stressreactie	Vechten	Vluchten	Angst / verstarren
Activiteit	Bibberen, strekking, vooruit gericht, agressief, weigeren	Buiging overheerst of weggaan van de situatie	Bibberen, jammeren, huilen
Verbaal	Uitdagen, schelden, gillen	Een ander voor jezelf in de plaats stellen, alternatieven verzinnen	Zeker stellen, afhaken, niet leuk, lachen
Non-verbaal	Vuisten ballen, alert, auditief en visueel gericht, boos	Niet antwoorden, terugtrekken, weglopen	Opgeven, afhankelijk gezicht en lichaam, bang

Kijkend naar dit schema zien we bij Ad weinig gedrag passend bij vluchten. Bij mensen die verbaal nog sterk zijn zien we bijvoorbeeld dat zij een ander de schuld geven om zelf aan de situatie te ontkomen. Omdat Ad niet meer kon praten was hij ook nauwelijks in staat zich zeker te stellen (“Doe ik het goed zo?”). Hij deed dit nog beperkt door te roepen. In de ouderenzorg zien we vaker dat mensen zich verbaal veilig proberen te stellen door “Zuster” te roepen. Ook bij Ad zien we dit gedrag passend binnen ‘angst / verstarren’. Wanneer door de omgeving niet met geruststelling wordt gereageerd, komt hij vervolgens snel terecht in gedrag wat passend is binnen de vechtreactie. Op die momenten is het voor de omgeving van Ad beter herkenbaar als een verhoogde alertheid.

Ad kan het beste prikkels toegediend krijgen vanuit de nabijheidzintuigen, waarbij de tast een heel belangrijk zintuigstelsel is. De tast is direct, herkenbaar en zorgt voor een sneller begrip van wat er gaat gebeuren. Ad kan informatie verwerken op de vertezintuigen, maar zeer beperkt. Te veel inzetten op de vertezintuigen zorgt voor overprikkeling. Het verwerken van

visuele prikkels is heel moeilijk voor hem, zeker wanneer het gaat om visueel bewegende prikkels. De cliënt kan hierdoor overvallen worden omdat hij door zijn beperkte visuele blikveld de prikkel niet ziet aankomen.

De prikkels vanuit de interne organen zijn sterk. Zo zijn het ervaren van een volle blaas of prikkels vanuit de darmen heel bepalend voor de stemming. Ad laat op zo'n moment signalen zien die door zijn omgeving goed gelezen moeten worden. Een prikkel vanuit de interne organen kan namelijk zo overheersend zijn dat hij geen andere prikkels meer kan verwerken. Advies aan het team is goed naar het gedrag van de cliënt te kijken en bovenstaand schema te completeren om zo beter te gaan herkennen welk gedrag hij laat zien bij welke interne prikkel. Blaast hij bijvoorbeeld veel in zijn wangen wanneer hij voelt dat hij naar toilet moet?

De wijze waarop Ad onbewust tracht angst en stress te reduceren wordt besproken.

Om de mate van alertheid te beïnvloeden maken we 'gebruik' van regulerend gedrag: zuchten, lopen, klikken met een pen, friemelen aan sieraden et cetera. Ad kan maar beperkt regulerend gedrag inzetten vanwege de medicatie en de problemen die hij ondervindt op het gebied van houding en evenwicht. Hij laat wel subtiel signalen zien zoals het afwrijven van zijn mond, licht blazen in zijn wang. Dit gedrag neemt snel toe wanneer de overprikkeling aanwezig blijft. Bij toename van dit gedrag kan zijn omgeving dit als ongeremd gedrag ervaren, voor Ad is het dan vaak niet meer mogelijk om op een andere manier te reageren. Zeker ook omdat hij zo beperkt is en sterk afhankelijk van de belangrijke ander, als het gaat om het inzetten van regulerende handelingen.

Met behulp van dit schema is het mogelijk tijdig kleine signalen van spanning te herkennen en elkaar te helpen door ervaringen uit te wisselen.

Het bestaande omgangsadvies en signaleringsplan worden door de psycholoog en het team bijgesteld op basis van de analyse van de stressreacties. De informatie uit het levensverhaal wordt hierin verwerkt. De ergotherapeut introduceert de trippelrolstoel en Ad gebruikt deze om zich in voort te bewegen, wat leidt tot meer zelfregie en minder frustratie. Ad heeft een individueel bewegingsprogramma, waarin hij onder begeleiding van de psychomotore therapeut opgelopen spanning kwijt kan.

Resultaten

Door het samen bekijken en bespreken van videobeelden krijgen medewerkers meer inzicht in de wijze waarop de cliënt zijn omgeving waarneemt en ontstaat meer begrip voor zijn gedrag. Tevens ontstaat er meer eenheid in het team over hoe men naar hem kijkt, hem benadert en verzorgt. Door rekening te houden met zijn behoefte aan structuur en voorspelbare handelingen, lukt het beter hem bijvoorbeeld te scheren en te douchen. Door op deze manier samen zijn kwaliteit van leven te verhogen, ontstaat bij het team langzaam meer vertrouwen

en rust, waardoor zij het aandurven de psychofarmaca af te bouwen.

Het team en de psycholoog hebben veel geleerd van het samen bespreken van de videobeelden, op zoek naar verklaringen voor het gedrag dat de cliënt laat zien. Het omgangsadvies is uitgebreid en er is beter inzicht in het gedrag van de cliënt ontstaan, waardoor het omgangsadvies echt een hulpmiddel is geworden en niet alleen een instructie hoe te handelen.

Het team en de psycholoog geven aan veel kennis en inzicht te hebben gekregen over prikkelverwerking en alertheid. Vooral het aanspreken van de nabijheidszintuigen, het beperken van het aanspreken van de vertezintuigen en het aanspreken van één zintuig tegelijk waren voor hen eyeopeners. Het team is beter in staat de mate van alertheid bij Ad in te schatten.

De samenwerking en wederzijds begrip is verbeterd, de mens achter het probleemgedrag wordt weer gezien. Medewerkers zijn zich meer bewust geworden van hun eigen invloed op zijn gedrag. Aangezien Ad cognitief achteruit gaat is het van belang hierin continu mee te blijven bewegen.

Conclusie

De multidisciplinaire aanpak in samenwerking met familie en het toevoegen van Sensorische Informatieverwerking en beeldcoaching hebben geleid tot een verfijning van de klinische beeldvorming en meer zicht op het ontstaan van probleemgedrag. Door dit gedrag beter te kunnen lezen, kon met tijdig en proactief handelen agressief gedrag bij deze man met frontotemporale dementie grotendeels voorkomen worden. Hiermee en met het afbouwen van de medicatie is een minder ingrijpend alternatief gevonden voor de eerdere onvrijwillige zorg in het kader van de Wet Zorg en Dwang.

Het team geeft aan dat zij, hetgeen zij geleerd hebben nu ook met ondersteuning van de psycholoog bij andere cliënten kunnen toepassen. Betrokkenen zijn dankbaar dat zij in de laatste levensfase van Ad een bijdrage hebben kunnen leveren aan het verhogen van zijn kwaliteit van leven.

Auteurs

- Drs. B.C.C.M. (Birgit) Voorn, coördinator Centrum voor Consultatie en Expertise, Veldhoven
- M. (Marjo) Dorrestijn, Casemanager Bijzondere Zorgvragen, CCE
- P.P. (Pauline) Luijkx, specialist ouderengeneeskunde en kaderarts psychogeriatric, Thebe
- E.S. (Elien) Rooijen, psycholoog, Thebe
- C.A.M. (Claudia) Cools, SPW-er en gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric, Thebe

Bron

1. Els Rengenhart 2008-2018, Ergotherapeut en Sensomotorische integratief therapeut.
<http://www.sensomotorische-integratie.nl/si-problemen.html>

Over hoe de Cubaanse ouderenzorg georganiseerd is

Susanne de Kort

Elk verhaal dat we tijdens onze twee weken durende studiereis* in Havana over preventie en ouderenzorg te horen krijgen begint met de gemiddelde levensverwachting. Cubanen weten waar ze trots op kunnen zijn: met een derde van het budget hebben zij een met de Westerse wereld vergelijkbare levensverwachting.

Voor de revolutie in 1953 lag deze levensverwachting rond de 60 jaar en nu is deze bijna 80. Een aanzienlijk deel van het BNP (27%) gaat naar gezondheidszorg die dan ook voor iedereen gratis toegankelijke is. Het bevorderen van gezondheid wordt als fundament voor gelijke sociale kansen gezien. Eerder nog dan educatie, een tweede belangrijk doel van het socialisme. Overigens zijn we er ons als groep (bestaande uit voornamelijk huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde) van bewust dat de werkelijkheid die we voorgeschoteld krijgen ongetwijfeld gekleurd is. Deze kleuring is waarschijnlijk sterker en meer politiek van aard dan wat pak en beet tijdens een inspectiebezoek of visitatie in Nederland gebeurt. Zo hoor je op straat mensen verzuchten 'iedereen is gelijk maar de een meer dan de ander' en '90% voor de staat en 25% voor jezelf'. In Cuba is niets wat het lijkt maar onderstaand het verhaal dat ik graag ter inspiratie meeneem naar huis.



We bezochten verschillende gezondheidszorginitiatieven in Havana. Door de centrale aansturing (van decentralisatie heeft men in Cuba niet gehoord) is de zorg door heel Cuba op identieke wijze georganiseerd. We verwonderen ons en er blijkt heel wat te leren. De ouderenzorg is in Nederland dermate complex qua wet- en regelgeving en financiën dat zelfs hoogopgeleiden er met veel moeite hun weg binnen vinden. De Cubaanse ouderenzorg die zoveel mogelijk in de wijk is geregeld blijkt vanwege een duidelijke visie en eenvoudige organisatiestructuur in één artikel uit te leggen.

Consultorio del medico de familia

Aan de basis van de gezondheidszorg staat de *consultorio del medico de familia*, een huisartsenpraktijk te midden van haar populatie van ongeveer 1.000 patiënten waarin een huisarts en verpleegkundige werken (op de begane grond) en idealiter ook wonen (respectievelijk op de eerste en tweede etage van het huis). De spreekkamer is een eenvoudige ruimte waarbij meteen opvalt dat er 'leefstijladviezen' over gezonde voeding, bewegen en medicatie (zo kent bijvoorbeeld iedereen de geneesmiddelen die ze moeten slikken en wat de indicatie daarvoor is) aan de muur hangen. De stoel waarop de patiënt dient plaats te nemen staat naast die van de dokter in plaats van er tegenover! Een blik op het papieren dossier en het voorblad blijkt naast belangrijke medische informatie zoals voorgeschiedenis en allergieën de familierelaties van de patiënt weer te geven.



Straatbeeld in Oude centrum van Havana

De huisarts en verpleegkundige doen preventieve (huis)bezoeken en richten zich sterk op gezondheidsvoorlichting en educatie, naast de meer reactieve medische zorg. De praktijkpopulatie is ingedeeld in vier groepen. Groep één is gezond, groep twee heeft risico's, groep drie heeft een ziekte en groep vier heeft een blijvende handicap/beperking. Deze indeling bepaalt hoe vaak men door de huisarts en/of verpleegkundige gezien wordt. Zelfs gezonde mensen uit groep één worden in principe jaarlijks op het spreekuur verwacht. De verpleegkundige is daarnaast veel van haar tijd bezig om mantelzorgers toe te rusten. Zoiets als thuiszorg bestaat namelijk niet want alle ADL-ondersteunende zorg wordt in principe door familie, vrienden en buren geregeld. We moeten ons daarbij realiseren dat ook de woonsituatie van veel mensen op Cuba sterk verschilt van de onze. Vaak wonen vier generaties (mede vanwege gebrek aan woningen) met elkaar in een huis.

Policlinico

Maximaal acht van deze *consultorios* hebben samen een *policlinico* waar onder andere ook een apotheker, paramedici, moederhuis en ouderenhuis deel van uitmaken. Ziekenhuisspecialisten houden hier hun wekelijks spreekuur. De huisarts deelt in het wel en wee van de wijk en dit gaat veel verder dan, zoals men in Cuba spreekt van, 'de Westerse aandacht'. De huisarts heeft goed zicht op de situatie van haar patiënten en doet wijkscans om de sociale determinanten van de gezondheid van haar populatie na te gaan en vervolgen (bijvoorbeeld er zijn relatief veel breuken en die worden in verband gebracht met losliggende stoeptegels). Ook de opleiding van jonge dokters wordt georganiseerd vanuit de policlinico en vindt letterlijk in de wijk plaats. Huisartsen werken door heel Cuba op een zelfde protocollaire wijze. Zo is er voor

mensen vanaf 65 een *programa de atencion integral al adults mayor* waarin jaarlijks wordt gescreend op geriatrische aandoeningen/syndromen. Via een samengestelde schaal worden naast voedingsstatus, incontinentie, mobiliteit, zintuigen, stemming, cognitie en medicatie ook de sociale en financiële situatie in kaart gebracht. Als er op een van deze gebieden problemen zijn dan wordt de patiënt in de policlinico in de wijk gezien door een geriater uit het ziekenhuis. Alleen bij acute problemen volgt er een opname in het ziekenhuis. Als de huisarts iemand moet insturen dan richt hij zich samen met de wijkverpleegkundige op het systeem dat achter blijft. Aandachtspunten hierbij zijn: missen zij inkomsten doordat er iemand tijdelijk is uitgevallen, hebben zij steun nodig om nu en straks de nodige mantelzorg te kunnen bieden?

Circulo de abuelas en casa de abuelas

Mensen van 60 jaar en ouder worden gestimuleerd zich aan te sluiten bij een *circulo de abuelas*. Dit zijn min of meer zelforganiserende groepen ouderen waar ook hulpverleners vanuit de *policlinicos* aan verbonden zijn waarbinnen wekelijks fysieke oefeningen gedaan worden (in Havana zijn 's ochtends door de hele stad groepjes ouderen te vinden die gym of bijvoorbeeld tai chi doen) en met elkaar culturele uitstapjes gemaakt worden, wordt gezongen en gedanst, poëzie en geheugenspelletjes worden gedaan.



Een ruimte in de casa de abuelos van de policlinico Heroes del Moncada

Zodra mensen moeite krijgen met hun dagstructuur kunnen zij terecht bij een *casa de abuelos*. Dit is een soort buurthuis waar zij vanaf ontbijt t/m avondeten de hele dag terecht kunnen voor

activiteiten. Opvallend is dat hier de enige betrokken professional een maatschappelijk werker is en dat de kartrekkers verder vooral de ouderen zelf zijn. Ook hier gebeurt veel aan preventie: er worden (geheugen) spelletjes gedaan, gezongen en gedanst en er is aandacht voor gezonde voeding. Als we bij een dergelijk initiatief na de lunch arriveren treffen we iedereen rustend in een diepe schommelstoel aan. Het blijkt echter geen probleem om uit de stoel op te veren. Verminderde mobiliteit als 'geriatric giant' lijkt een probleem te zijn van een andere omvang dan bij ons (mogelijk ook door gebrek aan hulpmiddelen als rollators, rolstoelen en wandelstokken). We worden onder andere meegetrokken naar een poster waarop van alle buurthuisbezoekers een recente foto te vinden is en eentje van vroegere tijden. Hilariteit al om als we de goede verhaallijn zien!



Deze vrouw vroeg mij een foto te maken. Haar jongere ik is de in het wit geklede dame links van haar voorhoofd.

Wanneer ouderen van de *casa* last krijgen van meerdere cognitieve stoornissen zijn ze niet meer welkom in dit huis en is het de vraag hoe het ze dan vergaat. In principe blijft men dan thuis, opgevangen door gezinsleden, burens en vrienden. Het is moeilijk om een beeld te krijgen van de prevalentie van probleemgedrag en hoe men hiermee omgaat. Ontkent men het bestaan of zou het vanwege veel meer mantelzorg in de eigen omgeving echt minder voorkomen dan bij ons? Overigens kunnen mantelzorgers die het zwaar hebben een beroep doen op psychologische ondersteuning. Wie geen familie of bekommerende burens heeft kan naar een *hogar de abuela*, naar wij vermoeden een soort verpleeghuis. Dit lijkt een minder representatieve plek te zijn want hoe hard we ook ons best doen, een bezoek aan een dergelijk huis wordt ons niet toegestaan tijdens deze studiereis.



Een van de artsenkamers op de afdeling geriatrie van het Hospital Universitario Quirurgico Manuel, Havana

Hospital

In het ziekenhuis bezoeken we onder andere de geriatrische afdeling. Het is leerzaam om deel uit te mogen maken van een artsensite. Opvallend is hoeveel daarbij wordt aangeraakt. Collega's omhelzen elkaar als begroeting en de dokter houdt tijdens haar toelichting haar hand steeds op de arm van patiënte. In bed treffen we een vrouw die na een CVA sondevoeding heeft gekregen en ziek is doordat zij de ene na de andere aspiratiepneumonie heeft gekregen. Er blijkt niet gesproken te worden over eventuele behandelwensen. Het lijkt dat de gratis gezondheidszorg eraan bijdraagt dat mogelijk schadelijke behandelingen gestart worden: Bij een respiratoire insufficiëntie zal de vrouw met haar CVA -tenzij de familie grote bezwaren maakt- aan de beademing terecht komen want daar heeft zij immers een vrije toegang toe.

Een andere opvallende bevinding in het ziekenhuis is dat Chinese en natuurlijke geneeswijzen (*medicina natural y tradicional*) geïntegreerd zijn met reguliere geneeskunde. Dezelfde vrouw krijgt een mix aan verschillende intraveneuze antibiotica en daarnaast in een adem op het medicatie-overzicht ook een oregano-tinctuur voor haar kortademigheid. We leren dat in de geriatrie knoflook en passieflora het meest gebruikt worden. Er wordt gerefereerd aan een proces dat veel weg lijkt te hebben van shared decision making waarbij de patiënt aangeeft aan wat voor remedies zij de voorkeur geeft. Als verklaring voor de integratie van reguliere en meer alternatieve geneeswijzen voert men de tijd van grote schaarste op waarin men zich ook met natuurlijke geneesmiddelen moest redden. Er is ook een samenhang met de oude Indiaanse, Afrikaanse en Chinese tradities die nog steeds voortleven op Cuba. Naast het bed van deze

kwetsbare oudere zit een vrouw. Dit blijkt de buurvrouw te zijn die op toerbeurt samen met andere mensen uit de straat 24/7 aan de zijde van de zieke zit. De afdelingsverpleegkundige hoeft zich alleen met haar kerntaken bezig te houden. Het aangeven van een bakje voor sputum, het verliggen, een toiletbezoek: alles wordt geregeld door het sociale systeem en dat in het ziekenhuis!

** Deze interprofessionele studiereis werd in januari 2020 voor het eerst georganiseerd door SOOL-LUMC.*

Auteurs

- Susanne J. de Kort, specialist ouderengeneeskunde, Topaz leiden

Hoe behoud je je veerkracht als specialist ouderengeneeskunde

[Angelique van Dam](#), Moniek de Boer

Veerkracht is de vaardigheid om bij tegenslag en stress weer te herstellen én erdoor te groeien. En stress en tegenslag was er genoeg de afgelopen tijd voor specialisten ouderengeneeskunde. Verhoogde spanning en alertheid bij het zorgen voor je patiënten, eenzaamheid van je patiënten door maatregelen van de overheid, de eenzijdige focus van de politiek op de ziekenhuizen met de ic's, niet voldoende beschermingsmiddelen, om maar wat te noemen. Veel specialisten ouderengeneeskunde hebben zich niet gehoord en niet gezien gevoeld.

Een langere periode van stress vraagt aandacht om je veerkracht te behouden of weer op te bouwen. Hoe doe je dat? Zoals de bovenstaande definitie laat zien betekent het hebben van veerkracht, dat je makkelijk nieuwe perspectieven kan zien en dat je flexibel kunt zijn, wanneer de omstandigheden veranderen.

Als coaches voor artsen hebben wij ervaren dat er door de COVID-19-pandemie veel wordt gevraagd van de veerkracht van specialisten ouderengeneeskunde. Vaak terwijl de werkdruk bij veel specialisten ouderengeneeskunde al hoog was. We zien daarnaast dat deze periode ook mogelijkheden biedt, die we met onderstaande casus van coaching van een specialist ouderengeneeskunde willen illustreren. We benoemen enkele handvatten om je eigen veerkracht te verstevigen.

Ellen is specialist ouderengeneeskunde, zij is altijd zeer gedreven en gepassioneerd geweest. Het laatste jaar was zij echter vaak energieloos en kon weinig enthousiasme opbrengen voor haar werk. Ook merkte ze dat ze sneller geïrriteerd was en minder geduld had. Een dreigende burn-out was al eens door haar hoofd gegaan. Dat wilde ze niet. En daarom kwam ze bij ons voor coaching. Ze ontdekte haar handvatten voor het opbouwen van haar veerkracht die ze direct kon toepassen in de praktijk.

Coachvraag

Haar initiële coachvraag was: Hoe kan ik mijn enthousiasme weer terugvinden voor mijn werk in de ouderengeneeskunde?

Verlies van enthousiasme is een alarmsignaal, wat aangeeft dat je veerkracht afneemt. Dit kan inderdaad een teken zijn, dat je richting burn-out gaat. De eerste focus in de coaching werd dus: wat maakt je eigenlijk in het algemeen enthousiast? Door daar echt op door te vragen kreeg Ellen een beeld van haar kernwaarden. Ook besteedden we aandacht aan haar kernkwaliteiten.

Bij Ellen bleken haar kernwaarden te zijn: verantwoordelijkheid nemen, gezamenlijkheid, gedrevenheid, veiligheid, compassie en harmonie. Haar kernkwaliteiten zijn: empathie, leergierig, prestatiegerichtheid en relatiegerichtheid. Dit gaf haar veel inzicht in waar zij tegenaan liep in het werk.

Kernwaarden en kernkwaliteiten

Kernwaarden zijn diep verankerde overtuigingen die ons beeld, en ons oordeel, filteren over onszelf en over anderen. Kernwaarden zijn drijfveren die het waarom van je handelen verklaren. Zeggen kernkwaliteiten vooral hoe je dingen doet, en waar je goed in bent, kernwaarden verklaren waaróm je dingen doet. Werken in overeenstemming met je kernwaarden en je kernkwaliteiten (congruentie) voelt beter en geeft meer voldoening. Dit kan je dus inzetten voor het bewuster maken van keuzes.

Wat ging er goed tijdens COVID 19?

En toen kwam COVID-19. Dus was er even geen tijd voor coaching. In juli is Ellen weer teruggekomen voor coaching. En nu bleek dat zij tijdens de eerste crisisperiode ook positieve zaken had ervaren:

- Vanuit haar waarden en haar kernkwaliteiten die zij door de coaching van zichzelf wist, kon ze duidelijker aangeven wat er voor haar belangrijk was in de keuzes die gemaakt moesten worden.
- Verbondenheid tussen alle disciplines was plots een vanzelfsprekendheid.
- Administratie werd als minder belangrijk ervaren: het ging erom te doen wat het beste was voor de patiënten en het personeel.
- Vanuit het management werd echt steun ervaren, en zij lieten de behoeften van het zorgpersoneel meer leidend zijn dan voorheen.

Toen de eerste hectiek voorbij was, gingen veel zaken weer terug naar hoe het eerst was, terwijl het eigenlijk tijdens de piek van COVID-19 beter en soepeler liep. Dit gaf bij Ellen een machteloos gevoel.

Ieder systeem zal als vanzelf weer terug willen naar het oude. Dat is het fenomeen van

homeostase, ook in systemen. Dus is er een pro-actieve beweging nodig om dit te voorkomen.

In de coaching kon Ellen stil staan bij de volgende vragen:

- Wat vond ik dat er goed ging in de afgelopen periode?
- Waar werd ik blij van in de COVID-19-tijd?
- Wat wil ik daarvan vasthouden?
- Hoe wil ik wat er goed ging vóór COVID-19 combineren met wat er goed ging tijdens COVID-19 om de komende periode beter te laten verlopen?
- Hoe ziet mijn ideale dag eruit?

Zelfzorg

De antwoorden op deze vragen hielpen Ellen om duidelijker woorden te krijgen voor wat er belangrijk voor haar is en waar ze echt voor wil gaan staan. Het verbaasde haar te realiseren hoe zelfzorg niet alleen bestaat uit gezond eten, genoeg slapen, bewegen en ontspannen.

Een belangrijk onderdeel van zelfzorg is ook: ruimte geven aan je emoties. Pas dan kan je duidelijk krijgen welk verlangen achter je emoties zit. Hierdoor heb je betere woorden om duidelijk te maken naar anderen wat er belangrijk voor je is. Wanneer je alleen vanuit emoties met een ander spreekt, bereik je elkaar vaak niet. Vanuit verlangen met elkaar spreken en dit linken naar zelfzorg geeft een heel ander gesprek.

Verschillende reactie op verandering

Ellen merkt dat zowel bij haar directe collega's als in de multidisciplinaire teams waarin ze werkt mensen heel verschillend hebben gereageerd op deze crisisperiode. Mensen gaan nu eenmaal heel verschillend om met veranderingen. Doordat ze in de coaching meer begrip voor haar eigen reactie kreeg, gaf dit haar ook meer begrip voor haar collega's. Dit inzicht zorgde ervoor dat zij meer verbinding kon creëren met collega's. Dit gaf haar de moed om haar verlangens te gaan bespreken met haar directe collega's, de teams waar ze in werkt en ook met het bestuur van de overkoepelende stichting. Door de manier waarop ze dit heeft gebracht was er begrip en ontstond een gesprek op grotere schaal welke veranderingen men zou willen en wat er zou kunnen.

Mensen gaan verschillend om met verandering. Dit is in drie groepen te verdelen: sommigen zullen verandering direct omarmen en zich aanpassen en vele mogelijkheden zien. Anderen zullen voorzichtig aanpassingen willen doen én blijven tegelijkertijd nog bewust van wat er moet blijven. En de derde groep zal vooral vast willen houden naar hoe het was en zal echt willen vechten voor het behouden daarvan. Elke manier van veranderen heeft voordelen en nadelen.

In een team heb je alle drie de verandertypes nodig. Het is belangrijk om elkaar daarin te zien en te waarderen.

Handvatten voor veerkracht: beginnen bij een stevige persoonlijke basis

Ellen staat niet alleen in haar dilemma's. Hoe is dat voor jou?

- Wat voor veranderaar ben jij?
- Wat zijn jouw kernwaarden en kernkwaliteiten?
- Hoe zorg jij goed voor jezelf? Ook op het emotionele vlak?
- Welke gesprekken wil je op je werk aangaan vanuit verbinding met de ander?

Wat levert veerkracht je op?

Veerkracht maakt dat je steviger en vanuit een proactieve houding in je werk kan staan. Ook in steeds veranderende omstandigheden.

Wat kan je doen?

Sta als specialist ouderengeneeskunde stil bij bovenstaande vragen. Bespreek ze met je collega's. Zet veerkracht op de agenda en let op signalen bij jezelf of bij collega's die kunnen wijzen op vermindering van veerkracht. Wees proactief naar het management toe in aangeven wat er voor jou van belang is om je veerkracht te behouden. Iedereen is er namelijk bij gebaat dat jij je werk met veerkracht kunt doen.

Auteurs

- Angelique van Dam, huisarts np, coach/trainer – Lemniscaap
- Moniek de Boer, gynaecoloog, coach/trainer – Lemniscaap

www.lemniscaap.com

www.coachesvoormedici.nl

Physician Assistant in de ouderenzorg

Een casestudie naar Taakinvulling en Implementatiefactoren

Geert Rutten, Ans Tordoir, Rhona Hoven-Eveleigh, Hans Vos, Miranda Laurant, Anneke van Vught

Samenvatting

Introductie

Physician assistants (PA) en verpleegkundig specialisten (VS) worden in toenemende mate ingezet in verpleeghuizen om laag- en middelcomplexe medische zorg en hoog-complexe verpleegkundige zorg te verlenen. In dit onderzoek worden de inzet van de PA en factoren van invloed op de implementatie geëxploreerd.

Methode

In deze in-depth casestudie zijn observaties en interviews uitgevoerd bij de PA, de specialist ouderengeneeskunde, andere zorgprofessionals, cliënten en mantelzorgers en het management (n=18) van een middelgrote instelling voor ouderenzorg. Door middel van documentenanalyse is de context in kaart gebracht. Voor de analyse is gebruik gemaakt van een Realist Evaluation benadering.

Resultaten

De PA voert laag- en middelcomplexe medische zorg uit, met een eigen verantwoordelijkheid voor zijn handelen. Er is sprake van intercollegiale samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde en een actieve participatie in overlegstructuren (o.a. MDO, Vakgroepoverleg specialisten ouderengeneeskunde). Goede samenwerking met andere zorgprofessionals vraagt om een duidelijke taakomschrijving en voldoende afstemming. De PA draagt bij aan de continuïteit en kwaliteit van de medische zorg. Implementatie factoren liggen op het niveau van de organisatie, de samenwerking en eigenschappen van de PA.

Conclusie

De PA functioneert als een zelfstandige medisch professional en draagt substantieel bij aan de capaciteit van het medisch team. De specialist ouderengeneeskunde kan zich daardoor richten

op meer complexe zorg en organisatiegerichte taken. Uitbreiding naar organisatietaken van de PA kan leiden tot een verdere taakverschuiving en een werklastverlichting van de specialist ouderengeneeskunde. De inzet van de PA kan op een positieve manier bijdragen aan de ontwikkelingen in de ouderenzorg.

Introductie

Physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS'en) worden in toenemende mate ingezet in verpleeghuizen om laag en middel complexe medische zorg en hoog-complexe verpleegkundige zorg te verlenen.^{1,2} Dit hangt samen met het toenemende tekort aan specialisten ouderengeneeskunde waardoor de continuïteit en kwaliteit van zorg onder druk komt te staan.¹ PA's en VS'en zijn Master opgeleid en zijn wettelijk bevoegd om zelfstandig medische zorg te verlenen.³ De PA wordt opgeleid als een medisch professional en de VS als een brugfunctionaris, die vanuit het verpleegkundige domein zorg draagt voor integratie met het medisch domein.^{4,5}

Onderzoek laat zien dat de (ervaren) kwaliteit van de ouderenzorg gehandhaafd blijft als een deel van de zorg van de specialist ouderengeneeskunde door de PA of VS wordt ingevuld. De meerwaarde van een PA of VS ligt in de bevoegdheid zelfstandig medische zorg te verlenen, een coachende rol binnen het zorgteam en het uitvoeren van kwaliteitsprojecten. De VS vervult daarnaast een brugfunctie tussen het medische en verpleegkundige domein. Door de inzet van de PA of VS kan de specialist ouderengeneeskunde zich bezig houden met meer complexe zorgvragen in het verpleeghuis en zijn expertise inzetten in de eerstelijns voor kwetsbare thuiswonende ouderen.¹

Ondanks de aanzienlijke toename van PA's en VS'en in Nederland, is het inzicht in de factoren die implementatie en behoud van de PA en VS in zorginstellingen bevorderen of juist belemmeren nog beperkt.⁶ In eerder onderzoek naar de inzet van PA's in het ziekenhuis worden deze beïnvloedende factoren gecategoriseerd als de innovatie zelf (inzet PA/VS), de professionele interactie, bronnen en beloningen, de veranderingscapaciteit van de organisatie en sociaal politieke factoren en regelgeving.⁶ Een recente review betreffende de invoering van de VS onderscheidt implementatie factoren op individueel, sociaal en organisatie niveau.¹

Het in dit artikel beschreven onderzoek beoogt bij te dragen aan een beter inzicht in de wijze waarop een PA wordt ingezet in de zorg voor ouderen met dementie. Tevens zijn de ervaren effecten op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg geëxploreerd, evenals de beïnvloedende factoren ten aanzien van de inzet van de PA in het verpleeghuis.

Methode

Recrutering van deelnemers

In deze in-depth casestudie, die plaats vond van juni tot en met december 2019 in een middelgrote ouderenzorginstelling in het zuid-oosten van Nederland, is een mixed-methods benadering toegepast, door middel van semi-gestructureerde interviews, observaties en documentanalyse.⁷ Er is gebruik gemaakt van purposive sampling.⁸ Om geschikt te zijn voor inclusie moesten deelnemers tijdens de uitvoering van hun werk of mantelzorgtaken regelmatig met de PA samenwerken of in contact komen. Na een informatiebijeenkomst op locatie, waarin het doel en de methode van het onderzoek zijn toegelicht, zijn potentiële participanten via email, telefonisch of rechtstreeks contact benaderd. In een daarop volgende informatiebrief zijn het doel en de procedure nader toegelicht. Na ondertekenen van informed consent werd een afspraak gemaakt voor een observatie en/of interview.

Dataverzameling

Er is gebruik gemaakt van aangepaste versies van observatielijsten en interviewguides uit eerder onderzoek.⁹ Door middel van de interviews werden de ideeën en ervaringen van de PA, specialist ouderengeneeskunde, andere zorgprofessionals, bewoners en mantelzorgers en het management geïnventariseerd. De observaties dienden ter verdieping van het inzicht in de taakinvulling van de PA en de samenwerking met andere professionals en bewoners en mantelzorgers. De documentanalyse diende vooral voor het in kaart brengen van de context waarbinnen de PA functioneerde.

Analyse

De interviews zijn verbatim getranscribeerd en thematisch geanalyseerd. Voor de analyse van de observaties, interviews en documenten is gebruik gemaakt van de principes van de Realist Evaluation benadering.¹⁰ Hierin worden context, mechanismen en outcomes aan elkaar gerelateerd. Om de validiteit van de bevindingen te versterken is gebruik gemaakt van data triangulatie (samenvoegen van bevindingen uit verschillende bronnen).

Resultaten

Deelnemers

Er zijn 18 deelnemers geïncludeerd. Er zijn interviews gehouden met de PA (n=1), de specialisten ouderengeneeskunde (n=2), de directeur van de zorggroep (n=1), de locatiemanager (n=1), de praktijkverpleegkundigen (PVK; n=2), de casemanager (CM; n=1), verzorgenden (VZ; n=4), naasten van de bewoners (n=2) en de cliëntenraad (n=4). Observaties zijn uitgevoerd bij de PA (16 uur), de specialist ouderengeneeskunde (5 uur) en verzorgenden (5 uur). In de documentenanalyse zijn de functiebeschrijving van de specialist ouderengeneeskunde, het document werkafspraken specialist ouderengeneeskunde-PA, het kwaliteitsplan van de organisatie en de documenten betreffende het lopende verbetertraject en een rapport over de inzet van de PVK geïncludeerd.

Organisatie

Bij de zorggroep waartoe de instelling behoort bestaat een capaciteitsprobleem ten aanzien van specialisten ouderengeneeskunde. Op de betreffende locatie was sinds 19 jaar een specialist ouderengeneeskunde aangesteld voor 20 uur/week. Sinds een jaar was er daarnaast een specialist ouderengeneeskunde die op meerdere locaties van de zorggroep actief was en een beperkt aantal uren werkzaam was op deze locatie. Er was behoefte aan een medische professional die medische taken van de specialist ouderengeneeskunde kon overnemen en daarnaast continuïteit in medische zorg kon bieden. Op basis van de voorkeur van de specialisten ouderengeneeskunde is gekozen voor een PA. Op het moment van dataverzameling was de PA een jaar in dienst en sinds een half jaar gediplomeerd. De PA is in het laatste halfjaar van de MPA opleiding overgestapt van de intensive care naar de ouderenzorg en deels door de specialisten ouderengeneeskunde van de betreffende zorggroep opgeleid. Op de locatie was ook een PVK werkzaam, die verantwoordelijk was voor verbetering van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

Taakinvulling van de PA

De PA is duidelijk gepositioneerd als medisch professional en werkt zelfstandig binnen het medisch domein. Hij is verantwoordelijk voor de medische zorg van vijf van de acht zorgteams die bestaan uit 6-10 cliënten. De PA voert laag- en middelcomplexe medische zorg uit; zorgt voor toetsing en afstemming van de basis medische zorg met de VZ; loopt visites bij cliënten en neemt deel aan multidisciplinaire overleggen, familiegesprekken en afdelingsoverleg. De PA voert, met uitzondering van psychofarmaca, zelfstandig medicatie aanpassingen door, heeft een proactieve rol in de verschillende overlegstructuren (bijvoorbeeld MDO, intercollegiaal overleg specialisten ouderengeneeskunde) en richt zich vooral op het medische beleid. Tijdens de visites voorziet de PA de VZ van adviezen, indien nodig schakelt hij andere disciplines in. De PA en specialist ouderengeneeskunde nemen voor elkaar waar bij afwezigheid. De PA participeert nog niet in de bereikbare dienst, maar de intentie is dat dat in de toekomst wel gaat gebeuren. Naast de werkzaamheden op de locatie heeft de PA een actieve rol tijdens het lokale teamoverleg van de specialisten ouderengeneeskunde. De PA is ook onderdeel van het maandelijks zorggroep-brede vakgroepoverleg van specialisten ouderengeneeskunde.

Samenwerking van de PA met andere disciplines

Samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde

De aanvankelijk superviserende rol van de specialist ouderengeneeskunde tijdens de opleiding heeft zich na diplomering van de PA ontwikkeld tot een intercollegiale samenwerking. In de functiebeschrijving specialist ouderengeneeskunde van de zorggroep is de specialist ouderengeneeskunde 'eindverantwoordelijk' voor de medische zorgverlening. In de samenwerking met de PA is deze eindverantwoordelijkheid echter niet duidelijk gedefinieerd. In

het document Samenwerkingsafspraken PA-specialist ouderengeneeskunde zijn de beslissings- en adviesbevoegdheid van de PA voor de verschillende medische verrichtingen beschreven waarbij de complexiteit van een zorgvraagstuk niet expliciet wordt benoemd. Dit document wordt door de specialisten ouderengeneeskunde gezien als een groeimodel. In overeenstemming met de aanbevelingen in de richtlijnen van de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)¹¹ is de PA zelf verantwoordelijk voor het bewaken van de eigen competentie en bevoegdheid. De specialist ouderengeneeskunde heeft vertrouwen in het oordeelsvermogen van de PA. De gemaakte afspraken worden in overleg regelmatig geëvalueerd en eventueel bijgesteld. Het zorgvuldig documenteren van afspraken, overwegingen en gemaakte keuzen is hierin essentieel.

Samenwerking met de praktijkverpleegkundige en de casemanager

De PA overlegt met de CM over inzetten of stoppen van vrijheidsbeperkende maatregelen en verzorgt samen met de CM het MDO. De PA en PVK zijn in de zorgverlening complementair. Om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg te borgen was een PVK aangesteld. De PA was, conform de beschrijving in het Beroepsprofiel Physician Assistant,¹¹ aangesteld als medisch professional. Door de aanvankelijke onbekendheid met de taakinvulling van de PA en zijn HBO-verpleegkundige achtergrond, werd hij aanvankelijk regelmatig door verzorgenden aangesproken voor verpleegkundige taken. Voor een goede taakafbakening en een goede afstemming van taken, die bijdragen aan een duidelijke positionering van beide professionals in de organisatie, was daarom regelmatig overleg nodig met de PVK. Omdat met de PVK kwaliteit van de verpleegkundige zorg was geborgd kon de PA zich, conform de visie van de organisatie, gemakkelijker als medisch professional profileren.

Samenwerking met de zorgteams

Voor de zorgteams is het van belang dat door de aanwezigheid van de PA de continuïteit van de medische zorg is geborgd. De zorgteams maakten geen onderscheid in het inschakelen van de PA of de specialist ouderengeneeskunde. De VZ verwachten van de PA dat hij ondersteuning biedt waar nodig en hun overwegingen en adviezen serieus neemt. De informele sfeer, transparante besluitvorming en de lerende houding van de PA worden door de VZ gewaardeerd. Zij vinden het getuigen van professionaliteit wanneer de PA, indien nodig, eerst de specialist ouderengeneeskunde consulteert alvorens te handelen.

Interactie met bewoners en mantelzorgers

Mantelzorgers schatten de PA in als een ervaren, goed geïnformeerde professional die de grenzen van zijn deskundigheid en bevoegdheden kent. Hij is laagdrempelig benaderbaar en zorgt ervoor dat de mantelzorgers op de hoogte worden gehouden. Naar de bewoners toe is de PA vriendelijk en geïnteresseerd, hij maakt gemakkelijk contact en heeft gevoel voor humor.

Ervaren effecten van de inzet van de PA

Door de specialisten ouderengeneeskunde en de PVK is aangegeven dat de PA ertoe in staat is om zelfstandig laag- tot middelcomplexe medische taken van de specialist ouderengeneeskunde over te nemen. De andere participanten ervaren de PA als deskundig in zijn medisch handelen. Hierdoor wordt de continuïteit van de medische zorg geborgd en heeft de specialist ouderengeneeskunde meer ruimte om zich te richten op de uitvoering van meer complexe zorg, organisatiegerichte taken en ondersteuning van de eerstelijns ouderenzorg. Door zijn laagdrempeligheid en aanwezigheid op de werkvloer draagt de PA bij aan een goede verbinding tussen de zorg en de medische professionals.

Factoren van invloed op de inzet van de PA

Vanuit het management en de specialist ouderengeneeskunde zijn een duidelijke positionering van de PA als medisch professional en de zichtbare gelijkwaardigheid in de samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde van belang. Ook dienen de taken en verantwoordelijkheden van de PA en andere professionals die samenwerken met de PA duidelijk te zijn beschreven en regelmatig te worden geëvalueerd en bijgesteld. In deze case is een dergelijke beschrijving ontwikkeld in afstemming met andere disciplines (CM, PVK, specialist ouderengeneeskunde en VZ). De specialist ouderengeneeskunde kan de medische positionering van de PA verder ondersteunen door bijvoorbeeld gericht door te verwijzen en terug te verwijzen naar de PA.

Kijkend naar de professionele cultuur was wederzijds vertrouwen tussen professionals van belang, waarbij de formeel aanwezige hiërarchie informeel niet wordt gevoeld. Een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid speelt een belangrijke rol. De intentie van de PA om een langdurig dienstverband aan te gaan en daarmee continuïteit te bieden in medische zorg en binnen de medische staf hielp bij het versterken van dat vertrouwen. Door het bieden van carrièreperspectief en de ruimte om in de rol te groeien kan commitment bij de PA worden gecreëerd en versterkt.

In de intercollegiale samenwerking had de PA baat bij de nagenoeg gelijktijdige aanstelling van de PVK. Daardoor kon de PA zich richten op het medisch domein en de PVK op het professionaliseren van de verpleegkundigen en verzorgenden.

De volgende eigenschappen van de PA ondersteunen een succesvolle inzet: deskundigheid, betrokkenheid en belangstelling en laagdrempelige benaderbaarheid. Naast gevoel voor humor, zijn het bewaren van rust, enthousiasme en het vermogen het vertrouwen van professionals, bewoners en mantelzorgers te winnen belangrijke eigenschappen. Een positief kritische en reflectieve attitude van de PA en de bereidheid eigen keuzen te toetsen aan de ideeën van andere professionals en goede communicatieve en relationele vaardigheden zijn van belang.

Discussie

In deze casestudie zijn de inzet van de PA, de ervaren effecten en factoren die leidden tot succes van de PA in de ouderenzorg geëxploreerd. De PA wordt gezien als een volwaardige medische professional met een eigen verantwoordelijkheid voor zijn handelen. De PA draagt positief bij aan de kwaliteit en continuïteit van zorg. Bevorderende en belemmerende factoren liggen op het niveau van het management, de professionele cultuur, de intercollegiale samenwerking en de personeuseigenschappen van de PA.

Het feit dat de PA in dit onderzoek in toenemende mate functioneert als een zelfstandige medisch professional die verantwoordelijk is voor zijn eigen handelen komt overeen met vergelijkbare casestudies waarin de PA al langer in functie was.¹² De implementatie van een PA als een zelfstandige medisch professional vraagt om een kritische beschouwing van de functiebeschrijving van de specialist ouderengeneeskunde, daar waar het gaat over de (eind)verantwoordelijkheid voor de medische zorg. Het positioneren van de specialist ouderengeneeskunde als (eind)verantwoordelijke voor medische zorg die wordt geleverd door de PA kan leiden tot een terughoudende opstelling van de specialist ouderengeneeskunde in het aangaan van een dergelijke samenwerking. Aangezien de PA echter wettelijk verantwoordelijk is voor zijn eigen handelen³ ligt de (eind)verantwoordelijkheid voor de medische zorg in de samenwerking met de PA en daarmee samenhangend de wettelijke aansprakelijkheid niet als vanzelfsprekend bij de specialist ouderengeneeskunde.¹³

In overeenstemming met eerder onderzoek¹⁴⁻¹⁶ werd de positieve bijdrage aan de ervaren continuïteit en kwaliteit van de medische zorg als het grootste voordeel gezien van de inzet van de PA. Door tijdsinvestering in de begeleiding en samenwerking met de PA, werd de verwachte werklastvermindering door de specialist ouderengeneeskunde nog niet ervaren. Wel had de specialist ouderengeneeskunde meer ruimte om taken op organisatieniveau of in de eerstelijns op te pakken. Voor een optimale samenwerking moet er sprake zijn van wederzijds vertrouwen en een goede communicatie tussen de specialist ouderengeneeskunde en de PA, een proactieve en doortastende houding van de PA, en een sterke positionering en facilitatie van de PA door het management.¹⁷ Aangezien deze voorwaarden in deze casestudie aanwezig waren is de verwachting dat de zelfstandigheid van de PA verder toe zal nemen. Omdat de PA op termijn ook organisatiegerichte taken op zich zal nemen en zal meedraaien in bereikbaarheidsdiensten, is een werklastverlichting van de specialist ouderengeneeskunde op de langere termijn te verwachten.

Door de aanwezigheid van een praktijkverpleegkundige, kon de PA in deze casestudie zich volledig op het medische domein richten. Een goede skill-mix is van belang voor de borging van goede kwaliteit van zowel de medische als de verpleegkundige zorg.^{16,18} Het is daarom aan te bevelen de keuze voor een PA of VS te baseren op een gedegen analyse van de behoefte.¹⁹ Dit geeft ook inzicht in de bestaande skill-mix en wat er eventueel voor nodig is om die op orde te brengen.

Deze casestudie is uitgevoerd in een middelgrote instelling voor ouderenzorg in het zuid-oosten van Nederland. Het aantal interviews met de verschillende professionals is beperkt, waardoor

geen theoretische saturatie is bereikt. De bevindingen kunnen niet zonder voorbehoud worden gegeneraliseerd. Desondanks is de verwachting dat de resultaten van dit onderzoek substantieel kunnen bijdragen aan een beter inzicht in het functioneren en de implementatie van de PA in de ouderenzorg.

Conclusie

Gezien de ervaren goede continuïteit van zorg en tevredenheid over de kwaliteit van zorg is de inzet van de PA om taken over te nemen van de specialist ouderengeneeskunde binnen de ouderenzorg in deze casestudie succesvol. Wederzijds vertrouwen is een belangrijke basis voor een optimale samenwerking van de PA met de andere zorgprofessionals en de cliënten. Omdat de PA binnen zijn bevoegdheden meedraait als een volwaardig lid van het medisch team draagt de inzet van de PA substantieel bij aan de capaciteit van het medisch team. De specialist ouderengeneeskunde kan hierdoor zijn expertise inzetten voor complexe zorg en extramuralisering. In deze casus is een verdergaande verschuiving van taken mogelijk als de PA ook wordt ingezet in bereikbaarheidsdiensten en organisatiegerichte taken van de specialist ouderengeneeskunde overneemt. Mogelijk resulteert dit in een werklastverlichting van de specialist ouderengeneeskunde. Deze casus draagt bij aan het inzicht dat de inzet van een PA een belangrijke rol kan spelen in de ouderenzorg en daarmee op een positieve manier kan bijdragen aan ontwikkelingen in de ouderenzorg.

Aanvulling door Verenso

De artikelen over de inzet van een physician assistant en over de samenwerking tussen een specialist ouderengeneeskunde en een verpleegkundig specialist in deze editie van het tijdschrift, hebben taakherschikking als gemeenschappelijk thema. De artikelen beschrijven specifieke situaties en ervaringen. Voor Verenso is taakherschikking en de implicaties hiervan voor de ouderengeneeskundige praktijk een speerpunt in de komende jaren. Verenso zet zich in voor geactualiseerde en werkbare kaders, samen met verpleegkundig specialisten (V&VN VS) en physician assistants (NAPA). Meer informatie hierover zullen we begin 2021 publiceren.

Voor vragen over taakherschikking kunt u een e-mail sturen aan [Pieter le Rütte](mailto:Plerutte@verenso.nl) (plerutte@verenso.nl).

Auteurs

- Dr. G.M. (Geert) Rutten, senior onderzoeker, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, Academie Gezondheid en Vitaliteit, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen
- A. (Ans) Tordoir, MSc, Onderzoeker, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, Academie Gezondheid en Vitaliteit, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen
- Dr. R. M. (Rhona) Hoven-Eveleigh, specialist ouderengeneeskunde, ZZG Zorggroep, Nijmegen
- J.H. (Hans) Vos, MSc, Directeur wonen en zorg, ZZG Zorggroep, Nijmegen
- Dr. M.G.H. (Miranda) Laurant, Lector en Programmaleider Health, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, Academie Gezondheid en Vitaliteit, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen
- Dr. A.J.A.H. (Anneke) van Vught, Associate Lector, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, Academie Gezondheid en Vitaliteit, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen

Literatuur

1. Lovink MH, Persoon A, Koopmans R, Van Vught A, Schoonhoven L, Laurant MGH. Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. *J Adv Nurs*. Sep 2017;73(9):2084-2102.
2. van der Biezen M, Derckx E, Wensing M, Laurant M. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. Feb 7 2017;18(1):16.
3. Platform, Zorgmasters. VS en PA. <https://zorgmasters.nl/vs-en-pa/>. Accessed 19 juni, 2020.
4. Laurant M, van de Camp K, Boerboom L, Wijers N. Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten Nijmegen: Radboud UMC, IQHealthcare;2014.
5. Laurant M, van Vught A. Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk. Convergeren of divergeren? Nijmegen, The Netherlands: Radboud UMC/HAN University of Applied Science;2018.
6. Timmermans MJ, van Vught AJ, Maassen IT, et al. Determinants of the sustained employment of physician assistants in hospitals: a qualitative study. *BMJ Open*. Nov 18 2016;6(11):e011949.
7. Bowen G. Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*. 2009;9(2):27-40.
8. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Adm Policy Ment Health*. Sep 2015;42(5):533-544.
9. Lovink MH, Persoon A, van Vught A, Schoonhoven L, Koopmans R, Laurant MGH.

- Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: protocol for a realist evaluation case study. *BMJ Open*. Jun 8 2017;7(6):e015134.
10. Pawson R, Tilley N. Realist Evaluation. 2004; http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf. Accessed June 3rd, 2020.
 11. NAPA. Beroepsprofiel Physician Assistant , versie 2.0 Utrecht, Nederland: Nederlandse Associatie Physician Assistants; 2017.
 12. Lovink M, Van Vught A, van den Brink G, Laurant M. Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc;2017.
 13. Overheid.nl. ECLI:NL:TGZRSGR:2017:51 Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 2016-060a. 2017; https://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2017/ECLI_NL_TGZRSGR_2017_51?zoekterm=verpleegkundig%20specialist&DomeinNaam=gezondheidszorg&Pagina=1&ItemIndex=9. Accessed 20 juni, 2020.
 14. van Vught AJ, van den Brink GT, Wobbes T. Implementation of the physician assistant in Dutch health care organizations: primary motives and outcomes. *Health Care Manag (Frederick)*. Apr-Jun 2014;33(2):149-153.
 15. Witjes E, Lovink M, Vleemink C, van den Driesschen Q, van Vught A. Physician assistant in de ouderenzorg. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. 2015;6. <https://www.verenso.nl/magazine-december-2015/no-6-december-2015/praktijk/physician-assistant-in-de-ouderenzorg>. Accessed 01 July 2020.
 16. Lovink MH, van Vught A, Persoon A, Koopmans R, Laurant MGH, Schoonhoven L. Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. *Nurs Health Sci*. Sep 2019;21(3):282-290.
 17. Lovink MH, Laurant MG, van Vught AJ, et al. Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses in nursing homes: a realist evaluation case study. *BMJ Open*. May 24 2019;9(5):e028169.
 18. van Vught A, Lovink L, Koopmans R, Persoon A, Laurant M. Physician Assistants en [Verpleegkundig Specialisten in verpleeghuizen. Een studie naar kansen, belemmeringen en effecten](#). *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. 2019;3. Accessed 8 juli 2020.
 19. Lovink M. The impact and organization of skill mix change in healthcare for older people. Substituting physicians with nurse practitioners, physician assistants or nurses [PhD thesis]. Nijmegen, the Netherlands: IQ healthcare en Eerstelijngeneeskunde, Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, Radboudumc/UKON/Hogeschool van Arnhem en Nijmegen; 2019.

Een gouden duo?

Specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialist in gesprek over taakherschikking

Stephanie Blindenbach, Joyce Roijen

Sinds 1 september 2018 zijn de bevoegdheden van de verpleegkundig specialist (VS) als zelfstandig behandelaar vastgelegd in de wet BIG. In de praktijk begint dat steeds meer door te sijpelen. Werkgevers kiezen vaker voor de VS als medisch behandelaar. Ook in de ouderenzorg, wat inhoudt dat taken herschikt worden van specialist ouderengeneeskunde naar VS. Hoe gaat dat in de praktijk? En wat vinden specialist ouderengeneeskunde Stephanie Blindenbach en verpleegkundig specialist Joyce Roijen er zelf van? Zij werken bij Novicare en vanuit hun ervaring met taakherschikking wisselen zij hierover van gedachten.

Expertise optimaal gebruiken

In het veld bestaat nog onduidelijkheid over de zelfstandige behandelbevoegdheid van de VS en over de inhoudelijke verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde bij de inzet van een VS. “Dat is heel begrijpelijk, omdat de eindverantwoordelijkheid voor het medisch beleid van de cliënt altijd bij de specialist ouderengeneeskunde lag”, zegt Joyce Roijen. “Verpleegkundig specialist is een relatief nieuw beroep. De rol en bevoegdheden hebben zich de afgelopen jaren ontwikkeld. Door onze inzet kun je de specialist ouderengeneeskunde ontlasten van taken die een VS kan doen, zodat de arts zich kan richten op de complexere zaken en dingen die nu vaak blijven liggen omdat er geen tijd voor is, bijvoorbeeld rondom kwaliteitsbeleid. Dan zetten we ieders expertise optimaal in, wat leidt tot betere zorg voor de cliënten. Als ik zie wat een specialist ouderengeneeskunde allemaal moet doen, dat is nu al niet haalbaar! Als je bedenkt dat het aantal cliënten harder groeit dan het aantal specialisten ouderengeneeskunde, dan weet je dat het straks helemaal niet meer kan.”

Verschil tussen papier en praktijk

“Helemaal mee eens. Het punt is dat het er op papier allemaal heel goed uitziet, maar alles wel afhangt van hoe het uitgevoerd wordt”, zegt Stephanie Blindenbach. “In de praktijk is het vaak nog te statisch in afdelingen verdeeld. Als ik als specialist ouderengeneeskunde samenwerk met een VS die eigen afdelingen heeft, maar ik op de mijne nog steeds oren sta uit te spuiten dan schiet dat niet op. En dan roept de VS je erbij op zijn afdeling als het moeilijk wordt, maar

dat is lastig omdat je zo op afstand zit. We moeten meer gezamenlijk verdelen op de afdelingen.” Joyce: “Ja. Samen afspreken aan de hand van de complexiteit van de zorgvraag of er een rol voor de VS ligt of voor de specialist ouderengeneeskunde. Dat zou inderdaad niet afdelingsgebonden hoeven zijn”.

De eindverantwoordelijkheid

“Het is belangrijk dat de VS zelf goed kan inschatten wat wel en niet te complex is”, zegt Stephanie. Voor mezelf en ongetwijfeld andere specialisten ouderengeneeskunde geldt dat ik in het verleden meegemaakt heb dat een VS daar wat te ver in ging. Psychofarmaca gestart had bijvoorbeeld die beter even overlegd had kunnen worden. Dat helpt een arts natuurlijk niet om los te laten.” Joyce: “Nee, terecht. En als VS is het soms lastig als de specialist ouderengeneeskunde zegt ‘dit doe ik zelf, dat is mijn verantwoordelijkheid’, terwijl je het als VS prima kunt.”

Bij Novicare is recent het kader voor taakherschikking herzien door een werkgroep van specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten. Daarin is binnen de ruimte die de wet biedt gekozen om de eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde voor cliënten van de VS los te laten. Wie voor welk deel van de behandeling verantwoordelijk is, wordt bepaald op basis van de complexiteit van de cliënt. “Dat kan helpen”, zegt Joyce, “en dat de wet onze zelfstandige bevoegdheid nu ondersteunt. Maar het allerbelangrijkste is dat je als verpleegkundig specialist en specialist ouderengeneeskunde onderling goede afspraken maakt. Wat kun je als VS zelf, waar heb je nog iets te leren, wat zijn punten waarop je je minder zeker voelt of minder bekwaam bent, waar je de specialist ouderengeneeskunde consulteert of in medebehandeling vraagt. Want er zijn ook VS'en die die zelfstandigheid nog spannend vinden. Dat moet je open en eerlijk met elkaar durven bespreken”.

Het staat of valt met communicatie

Stephanie: “En als specialist ouderengeneeskunde moet je het bespreekbaar maken als je vindt dat de VS ergens teveel hooi op de vork heeft genomen. Ik weet dat collega's dat niet altijd makkelijk vinden, maar als je dat niet doet wordt het ingewikkeld. Andersom geldt hetzelfde. Specialist ouderengeneeskunde zijn soms eigenwijze wezens en doen dan iets anders dan in het protocol staat. Als de VS daar anders over denkt of vragen heeft moet die dat durven aangeven. Eigenlijk staat of valt alles met goede communicatie.”

Komt de VS je werk 'afpakken'?

Bij Novicare is vanuit het beroepsprofiel van specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialist gedefinieerd welke taken herschikt kunnen worden van specialist

ouderengeneeskunde naar VS. Je kunt hierbij denken aan het verrichten van onderzoek en behandelen van een patiënt met dementie en/of probleemgedrag, het opstellen van een behandelplan, regiebehandelaar zijn en samenwerken in een multidisciplinair team. “Die duidelijkheid helpt”, zegt Stephanie, “want VS’en werken volgens richtlijnen en protocollen, maar in de ouderenzorg zijn die er niet zo veel. Het is dan fijn dat er een kader is van de taken die een VS kan doen. Want als je als specialist ouderengeneeskunde nog niet weet hoe het er precies uit ziet, kun je het gevoel hebben dat de VS je werk komt ‘afpakken’. Dat is een veelgehoord geluid. Ergens is het natuurlijk ook gek dat je als specialist ouderengeneeskunde 9 jaar aan medische opleiding volgt, en dat een VS met 2 jaar best een groot deel van je werk overneemt.”

Joyce: “Misschien voelt het als afpakken, ik zie het als verschuiven. Elkaar aanvullen en samenwerken voor de beste zorg voor cliënten. Dat betekent dus niet dat de specialist ouderengeneeskunde uit beeld verdwijnt. Ik zou de zorg niet volledig kunnen leveren als ik de arts niet aan mijn zijde heb. Ik moet kunnen overleggen en advies kunnen vragen als ik er zelf niet uit kom. Maar door taken te verschuiven hoop ik dat de specialist ouderengeneeskunde zich meer kan toespitsen op de complexere casussen waarvoor je specialist ouderengeneeskunde geworden bent. Want ik zie een specialist ouderengeneeskunde soms werkzaamheden doen waarvan ik me afvraag, moeten zij dat écht allemaal doen? Bij de volledige medische zorg wordt ook gevraagd naar ingegroeide teennagels te komen kijken, maar daar hoef je geen specialist ouderengeneeskunde voor te zijn. Dat kan een VS ook. Voor mij is evident dat ik naar die ingegroeide nagel ga kijken, en dat dingen als een RM-beoordeling, schouwen of euthanasie bij de specialist ouderengeneeskunde horen.” “Terwijl schouwen helemaal niet zo ingewikkeld is”, zegt Stephanie. “Wettelijk mag alleen een arts dat, maar dat is eigenlijk best gek. De VS doet echt wel complexere dingen zelfstandig dan dat.”

Samenwerking met zorgteams

De VS is een HBO-opgeleide verpleegkundige die in een tweejarige Master Advanced Nursing Practice medische handelingen leert uitoefenen. “Je begint niet helemaal blanco”, zegt Joyce. “Als verpleegkundige heb je al je klinische blik. Waar je eerst een ‘niet pluis’ gevoel had en de arts erbij riep, kun je daar nu zelf een differentiaal diagnose aan toekennen en een behandeling starten”. Door deze verpleegkundige achtergrond heeft de inzet van een VS ook meerwaarde in de relatie met zorgteams. Hoe is dat vanuit een specialist ouderengeneeskunde bezien? Stephanie: “De VS kan de brug beter leggen. Ik vraag de zorg soms om zelf te bedenken wat praktisch is als ze iets moeten doen bij een cliënt tijdens de ADL. Ik doe de ADL niet, dus hoe moet ik voor hen bepalen wat handig is? De VS heeft die ervaring wél.”

Rol van de werkgever

Het is duidelijk dat helderheid over taken en goede communicatie belangrijke elementen zijn voor de samenwerking. Wat kan een werkgever hierin doen? Stephanie: “Een kader voor wie

wat doet is belangrijk.” “Het lijkt mij goed om eerdere ervaringen en mogelijke bedenkingen die je hebt als vast bespreekpunt op te nemen aan het begin van de samenwerking”, vult Joyce aan. “Dat is net zo belangrijk als op inhoud bespreken wat de VS wel en niet zelf kan. En regelmatig evalueren. Ik ben ervan overtuigd dat als we ervoor open staan en de randvoorwaarden goed zijn, specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialist een gouden duo zijn!”

Aanvulling door Verenso

De artikelen over de inzet van een physician assistant en over de samenwerking tussen een specialist ouderengeneeskunde en een verpleegkundig specialist in deze editie van het tijdschrift, hebben taakherschikking als gemeenschappelijk thema. De artikelen beschrijven specifieke situaties en ervaringen. Voor Verenso is taakherschikking en de implicaties hiervan voor de ouderengeneeskundige praktijk een speerpunt in de komende jaren. Verenso zet zich in voor geactualiseerde en werkbare kaders, samen met verpleegkundig specialisten (V&VN VS) en physician assistants (NAPA). Meer informatie hierover zullen we begin 2021 publiceren.

Voor vragen over taakherschikking kunt u een e-mail sturen aan [Pieter le Rütte](mailto:plerutte@verenso.nl) (plerutte@verenso.nl).

Auteurs

- Stephanie Blindenbach, specialist ouderengeneeskunde, Novicare
- Joyce Roijen, verpleegkundig specialist, Novicare

Ik heb gezegd: oratie Debby Gerritsen



[Martin Smalbrugge](#)

Op 29 september 2020 aanvaardde professor dr. Debby Gerritsen haar ambt als bijzonder hoogleraar 'Welbevinden van kwetsbare ouderen en mensen met chronische ziekten in de langdurige zorg' met het uitspreken van haar rede (oratie) 'Ode aan kwetsbaarheid'. Als meest bijzondere zinssnede blijft me bij: 'door kwetsbaarheid te tonen ga je glanzen'.

De bijzondere leerstoel is ingesteld vanuit het UKON, de academische werkplaats van instellingen voor langdurige zorg, verbonden aan het Radboudumc. De leerstoel is Debby Gerritsen op het lijf geschreven. Zij houdt zich vanaf het begin van haar wetenschappelijke carrière bezig met onderzoek naar kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen in de langdurige zorg, in het bijzonder ouderen met dementie. Hoe kun je bij deze groep mensen kwaliteit van leven, welbevinden, meten en hoe kun je hun kwaliteit van leven, hun welbevinden, optimaliseren?

Daarmee raakt haar onderzoeksthematiek aan het kerndoel van het specialisme ouderengeneeskunde; namelijk bijdragen aan behoud c.q. verbetering van de kwaliteit van leven/welbevinden van onze patiënten. Het theoretisch kader dat Debby in haar werk hanteert

is de SPF-theorie, de theorie van de Sociale Productie Functies, verder uitgewerkt in de Zelf-Management van Welbevinden (ZMW)-theorie en de 'theorie van de persoonsgerichte zorg', waarop de Zorgstandaard dementie gestoeld is. De SPF-theorie onderscheidt vijf basisbehoeften (comfort, stimulatie, affectie, gedragsbevestiging, status/identiteit) en stelt dat als je voor jezelf deze basisbehoeften kunt vervullen, je fysiek en sociaal welbevinden ervaart.

Hoe we in de ouderenzorg en ouderengeneeskunde optimaal aan de vervulling van die basisbehoeften, en daarmee aan het welbevinden van ouderen, kunnen bijdragen is een van de grote uitdagingen voor de komende tijd. Prachtig dat er nu een bijzondere leerstoel met focus op dit belangrijke kerndoel van ons specialisme is en Debby Gerritsen op deze leerstoel 'zit': de juiste vrouw op de juiste stoel.

Lees en bekijk hieronder de oratie!



Auteur

- Dr. Martin Smalbrugge, specialist ouderengeneeskunde, hoofd opleiding specialisme ouderengeneeskunde, Afdeling Ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC, locatie VUmc

Even voorstellen ... nieuw redactielid Anne Belonje



Anne Belonje

Mijn naam is Anne Belonje en ik ben sinds september lid van de redactie. Na mijn promotie in de cardiologie ben ik de kant van de public health opgegaan. Ik heb bewust ook de niet-klinische facetten van de geneeskunde willen bestuderen, omdat die ons vak mede zo interessant maken.

Daarom heb ik naast geneeskunde ook gezondheidswetenschappen gestudeerd, waarna ik heb gewerkt als docent en onderzoeker en later als beleidsmaker. De rode lijn in mijn werkzaamheden was de aandacht en preventie voor chronische ziekten, niet alleen in Nederland, maar vooral ook in niet-Westerse landen.

Omdat de praktijk toch weer aan me begon te trekken, heb ik de keuze gemaakt om specialist ouderengeneeskunde te worden. Dit vak van de toekomst biedt zoveel uitdagingen op vele vlakken, dat ik mijn opgedane ervaringen hier ruimschoots in kwijt kan. De combinatie van aios en redactielid is daarom ook een mooie aanvulling op elkaar!

Van de redactie

Redactie

En dan staat 2021 alweer bijna voor de deur. Wat een bizar jaar was het! De COVID-19-pandemie heeft veel van eenieder gevergd en we zijn er nog (lang) niet. Het blijft spannend in de verpleeghuizen om de COVID-19-infecties buiten de deur te houden. En daarnaast gaan ook de gewone dingen door, zoals het publiceren van deze laatste editie van het tijdschrift in 2020. Met een breed scala aan onderwerpen die alle de moeite waard zijn om gelezen te worden. We lichten er een aantal uit.

Hoe behoud je je veerkracht als specialist ouderengeneeskunde? Dit is zeker zo op het einde van het jaar een inspirerend artikel. Niet alleen belangrijk voor de specialisten ouderengeneeskunde maar ook voor zijn/haar collega's.

De verpleeghuizen blijven in de ban van COVID-19. Katja Drost neemt ons mee naar haar ervaring in de praktijk en bespreekt het grillige en sterk gevarieerde klinisch beloop aan de hand van casuïstiek.

Een mooi praktijkvoorbeeld is de casusbeschrijving over de interventie sensorische informatieverwerking en frontotemporale dementie, waarbij ook de werkwijze van het Centrum voor Consultatie en Expertise wordt toegelicht.

SOOL-LUMC organiseerde dit jaar voor het eerst een interprofessionele studiereis. Suzanne de Kort neemt ons mee naar Cuba en doet verslag van haar reis.

Steeds meer mensen met complexe neurologische aandoeningen verblijven in de langdurige zorg. Danny Hommel deed onderzoek naar de prevalentie en pleit voor passende zorg bij deze specifieke doelgroepen.

Ook wetenschap ontbreekt niet in deze editie. Didi Kriegsman vraagt zich af of rivastigmine echt een effect heeft op hallucinaties bij Parkinson en onderzocht dit via een CAT. Eva Nuijten, aios ouderengeneeskunde in Leiden beantwoordt de vraag of melatonine als delierprofylaxe bij een heupoperatie zinvol is.

De vaccinatiegraad onder medewerkers in de zorg is ook zo'n jaarlijks terugkerend thema. In het artikel over de griepvaccinatiegraad onder aios ouderengeneeskunde worden de nodige aanknopingspunten geïdentificeerd die de vaccinatiegraad onder aios zou kunnen verhogen. Deze aanbevelingen kunnen ook tot een hogere vaccinatiegraad bij overige medewerkers in de

verpleeghuizen leiden.

Taakherschikking binnen de ouderengeneeskunde blijft een belangrijk thema. Voor organisaties die nog zoekende zijn hoe dit in te vullen is, worden de artikelen '[Physician assistent in de ouderenzorg](#)' en '[Een gouden duo](#)' aanbevolen om te lezen.

Natuurlijk zijn er ook de vaste rubrieken, zoals [de Estafette](#), waarmee we hopen het hele land te doorkruisen. In '[Woord van het bestuur](#)' wordt kennis gemaakt met Jacqueline de Groot, de nieuwe voorzitter van Verenso, terwijl Nienke Nieuwenhuizen als voorzitter afscheid van ons neemt. De [SANO-bijdrage](#) komt dit keer vanuit de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg en licht datagebruik in de langdurige zorg toe. Voor nu redelijk abstract, maar het lijkt erop dat dit wel de toekomst gaat worden. En last, but not least, stelt ons [nieuwe redactielid Anne Belonje](#) zich graag aan u voor.

Ook dit jaar hebben wij weer een [digitale kruiswoordpuzzel](#) voor u, die oud-hoofdredacteur Eefje Sizoo verzorgd heeft. Waarvoor onze dank. We nodigen u van harte uit om aan de hand van deze puzzel deze en vorige edities terug te lezen. De oplossing is een spreuk die past bij deze tijd en bij de ouderenzorg. U kunt de oplossing **voor 31 januari 2021** sturen naar redactie@verenso.nl. Onder de juiste inzendingen verloten wij een legpuzzel (1.000 stukjes).

Namens de voltallige redactie wensen we u alvast fijne feestdagen en een goede start voor 2021 toe. Veel leesplezier en vooral: blijf gezond!

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

Estafette ... Nettie Lensink



Nienke Fleuren

In de Estafette interviewen we enthousiaste specialisten ouderengeneeskunde en aios. Dit is de negende editie, dit keer met Nettie Lensink. Zij kreeg het estafettestokje overgedragen van Martin Kooij.

Nettie Lensink is specialist ouderengeneeskunde sinds 2001. Ze is kaderarts eerstelijns en SCEN-arts en werkt bij ParaGo, een behandeldienst van verpleeghuizen in Arnhem en Velp. Sinds kort werkt ze als kaderarts ouderen bij Onze Huisartsen, de plaatselijke zorggroep. Ook is ze lid van de raad van toezicht van Verenso.

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

Toen ik afstudeerde kende ik het vak niet, want er was geen coschap ouderengeneeskunde. Ik heb een keuzecoschap gedaan in een hospice in Engeland, waar de hospicezorg toen veel beter ontwikkeld was dan hier. Dat was een manier waarop ik wel zou willen dokteren, dat je vooral kijkt naar de kwaliteit van leven. Een vak waarin ik dat dacht te vinden is bij de interne geneeskunde, in de oncologie. Ik heb daar gewerkt als basisarts, maar merkte al snel dat men daar toch ook erg gericht was op behandelen. Daar kwam als consultant één keer in de twee weken een verpleeghuisarts, zoals dat toen nog heette, die een hospice onder zijn hoede had. Dat was de eerste keer dat ik over het vak hoorde en ik dacht: daar moet ik zijn! Toen ben ik

meteen gaan zoeken naar vacatures en sindsdien werk ik in de ouderengeneeskunde.

2. Wat vind je zo mooi aan ons vak?

Palliatieve zorg. Ons dagelijks werk is vooral palliatieve zorg: kijken naar de persoon, met aandoeningen natuurlijk, maar vooral ook naar de persoon en diens kwaliteit van leven. Je kan echt maatwerk leveren. Onze patiënten passen vaak niet in richtlijnen dus is er veel vrijheid om met de persoon te kijken naar wat we het beste vinden. Je moet creatief zijn en kunt mensen van perspectief laten veranderen. Soms kom ik in thuissituaties dingen tegen waarvan de omgeving vindt dat het zo niet langer kan. Als je die mensen kunt laten accepteren dat dit is wat het is, dat dit het beste is voor die persoon, dan levert dat mooie momenten op. Jouw waarden zijn ondergeschikt aan de waarden van degene om wie het gaat.

Wat ik ook mooi vind, is dat je heel veel kanten op kunt in de ouderengeneeskunde. Het afdelingswerk blijft voor mij de basis, maar daarnaast kun je onderwijs geven, de beleidskant op et cetera. Het is goed te combineren met dat soort werkzaamheden.

3. Hoe zie je de toekomst van de ouderengeneeskunde?

Vooraf samen met de huisarts. Het is nu alle hens aan dek, want er komen steeds meer ouderen. Het zal knippen aan menskracht, dus we hebben ieders deskundigheid nodig: verpleegkundig specialisten, physician assistants, basisartsen, we moeten ze allemaal optimaal inzetten. Iedereen moet doen waar hij het beste in is, dus de specialist ouderengeneeskunde is nodig in de eerstelijns voor al die thuiswonende ouderen, terwijl de huisarts misschien wel meer in het verpleeghuis zou kunnen doen: dingen waar hij beter in is. We moeten kijken naar wat er gedaan moet worden en niet naar waar iemand woont. Ook in het ziekenhuis kunnen we mensen helpen met onze afwegingen om bepaalde dingen niet te doen. Er zal wel iets moeten veranderen in de financiering. Ik merk in ieder geval dat we elkaar steeds beter weten te vinden, hier in de omgeving Arnhem. De toekomst, dat moeten we vooral samen doen.

4. Als je geen geneeskunde had gestudeerd, wat dan wel?

Mijn back-upberoep is boswachter. Ik hou van de natuur, van wandelen en fietsen. Daarom woon ik ook aan de Veluwezoom. Een carrière als boswachter heb ik nooit echt overwogen hoor: ik wilde dokter worden, meer was er eigenlijk niet. Dus als dat niet was gelukt, dan was ik iets in die richting gaan doen, verpleegkunde ofzo. Maar ik vind het belangrijk om keuzes te maken die onze planeet behouden. Dat probeer ik uit te dragen. Daarom heb ik me eens aangemeld als vrijwillige boswachter bij Natuurmonumenten. Maar dan ben je eigenlijk een soort politieagent die mensen aanspreekt op de parkeerplaats. Dus nu heb ik me aangemeld bij

IVN als natuurgids. Ik hoop dat er na corona een andere stroming op gang komt, waarin we niet automatisch weer alles gaan doen wat door corona heeft stilgelegen, maar meer duurzame keuzes maken.

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

Wat je zo leert in je vak is dat je daar tijdig over na moet denken en dingen moet regelen. Je moet nadenken over belangrijke keuzes. Woon ik goed waar ik nu woon? Welke hulp heb ik nodig? Zelf ben ik nog te jong om daar al veel mee bezig te zijn, maar het zal wel meespelen bij bijvoorbeeld de keuze voor een volgend huis.

Ik denk dat ik niet heel geschikt ben om afhankelijk te worden en hulp te vragen. Maar ik heb mijn vader als voorbeeld. Bij hem heb ik kunnen zien dat hij zich kon schikken in zijn dementie, ook al was hij zeer eigenwijs en gesteld op zijn autonomie. Ik hoop dat ik dat ook kan. Ik ben ook wel weer pragmatisch, dus misschien... Maar dan heb je verzorgenden die tegen mensen zeggen wat ze moeten en niet moeten. Dan gaan mensen in de weerstand en dat begrijp ik ook heel goed. Ik hoop dat ik dan mondig genoeg ben om in gesprek te gaan en dat ik dat constructief kan oppakken, in plaats van een lastige oudere te worden.

Ik geef het stokje door aan...

Mariëlle Winters, omdat ik haar ooit als veelbelovende coassistent heb mogen begeleiden en zij inmiddels een actieve, jonge collega geworden is.

Woord van het bestuur

‘Never a dull moment’



[Lyanneke Krauss](#)

De één neemt na zeven jaar afscheid in een zeer roerige tijd, de ander begint bij de start van de tweede coronagolf. Oud-voorzitter Nienke Nieuwenhuizen en haar opvolgster Jacqueline de Groot vertellen wat het voorzitterschap van Verenso voor hen betekent en hebben ook nog een aantal interessante vragen voor elkaar.

Nienke, hoe kijk jij terug op je voorzitterschap?

Nienke: “Never a dull moment”. Dat vat het eigenlijk wel samen. Toen ik begon was ik zo groen als gras. De afgelopen jaren heb ik ontzettend veel geleerd over het besturen ‘an sich’. Hoe werkt een vereniging? Wat doet een voorzitter eigenlijk en hoe werk je samen met de directeur, het bureau en andere stakeholders? En ik heb heel veel geleerd over de gezondheidszorg en het ministerie van VWS en hoe je invloed kunt uitoefenen op landelijk beleid. Dit soort zaken liggen mij wel, ik vind het mooi om een stip op de horizon te zetten. Ik weet inmiddels ook dat dat veel geduld vergt en dat is dan weer niet mijn beste eigenschap. Je moet als voorzitter niet denken: dat ga ik ‘even’ doen. In mijn geval duurde het wel twee termijnen voordat ik van sommige plannen resultaat zag.”

Jacqueline: “Ik ben ook heel benieuwd waar jij het meest van geleerd hebt?”

Nienke: “Naast mijn voorzitterschap ben ik ook een periode directeur geweest. Ik had toen tijdelijk twee petten op. Enerzijds was dat lastig, maar anderzijds vond ik het ook heel leerzaam om zo intensief met de bureaumedewerkers op de trekken en te zien wat het bureau allemaal voor elkaar krijgt. En hoe belangrijk het is dat je allemaal je eigen rol hebt! Een goed bureau met een goede directeur is goud waard!”

Jacqueline: “Kun je ook een hoogtepunt benoemen?”

Nienke: “Er zijn gelukkig wel een aantal hoogtepunten te bedenken. Onze betrokkenheid bij het kwaliteitskader verpleeghuiszorg bijvoorbeeld, waar het gelukt is steeds de focus te houden op leren en verbeteren op de werkvloer en de professional als belangrijkste schakel in kwaliteit. En het programma rond dataregistratie aan de bron, samen met Nivel en VUmc, waardoor we grote stappen kunnen maken in onderzoek en cijfers die bijdragen aan het beleid. Of de subsidie voor SKILZ, waarbij we samenwerken met de gehandicaptenzorg aan een langjarig kwaliteitsbeleid en richtlijnontwikkeling voor de langdurige zorg. Ik vond zelf ook het hele vraagstuk rond ‘euthanasie bij dementie’ heel bijzonder om mee bezig te zijn en na te denken welke positie we daar als vereniging over moesten innemen. Een echt hoogtepunt was dat Verenso alle belangrijke partijen rond de Wzd samen heeft weten te krijgen toen het ging om een advies voor uitstel en aanpassing van de Wzd. Helaas had de minister toch andere plannen... Je kunt helaas niet alles krijgen zoals je het hebben wilt. De klap op de vuurpijl was toch ook wel mijn deelname aan het Outbreak Management Team (OMT) en het feit dat ik me hier tussen heb weten te wringen. Jij hebt mij hier inmiddels in opgevolgd, ben ook heel nieuwsgierig hoe het jou bevalt.”

Jacqueline: “Ik vind het OMT een heel bijzondere ervaring. Ik leer heel veel over epidemiologie, virologie enzovoort, maar ik zie meteen hoe belangrijk het is dat wij daar betrokken zijn, omdat de ouderenzorg toch echt andere zorg is dan zorg in een ziekenhuis. Onze input is essentieel om te voorkomen dat er afspraken worden gemaakt die in onze sector niet passen. Daar komt bij dat ik al die mensen nog geen één keer in levenden lijve heb gezien. Voor mij zijn het nog steeds allemaal hoofden op een computerscherm.”

Jacqueline, jij bent net gestart. Hoe zijn jouw eerste weken befallen?

“Ik zal eerlijk zeggen dat ik het best spannend vond. Ik heb veel respect voor wat Nienke de afgelopen jaren allemaal voor de vereniging heeft gedaan. Ik ben dan ook niet van plan om de boel overhoop te gooien. Het belangrijkste is dat we verder gaan op de ingezette koers en dat we onze plannen verder gaan uitwerken en kracht gaan bijzetten. Ik heb daar wel ideeën over.”

Nienke: “Wat is jouw stokpaardje?”

Jacqueline: “Naast mijn interesse voor het werken in de eerste lijn samen met onder andere de huisarts, vind ik dat wij een prachtig vak hebben. Daar mogen specialisten ouderengeneeskunde zich meer bewust van zijn. We hebben veel te bieden. Daarbij maakt het niet uit waar de oudere verblijft.”

Hoe kijken jullie aan tegen de toekomst van de ouderengeneeskunde?

Nienke: “De specialist ouderengeneeskunde zal niet meer zo ‘hangen’ aan het verpleeghuis, maar meer onderdeel gaan uitmaken van behandelcentra. Ik denk ook dat het belangrijk is dat we ons meer gaan richten op ons specialistische werk en ons beter gaan onderscheiden van bijvoorbeeld de huisarts. Taakherschikking zal ons hierbij helpen.”

Jacqueline: “Mensen zullen langer thuis blijven wonen én willen dat ook. De eerste lijn zal daarom een steeds prominentere plek innemen. Dit vraagt ook om andere financieringsstructuren. Daar zie ik ook een verandering.”

Vinden jullie dat de rol van Verenso in de loop der jaren veranderd is?

Jacqueline: “Ik ben inmiddels al tig jaar lid en ik zie dat de vereniging een grote ontwikkeling heeft doorgemaakt. In het begin was Verenso vooral een wetenschappelijk vereniging waar handreikingen en richtlijnen werden ontwikkeld. Maar inmiddels is er ook veel aandacht voor belangenbehartiging en kwaliteit en wordt bijvoorbeeld veel meer geïnvesteerd in onze relatie met de pers. Ook heeft het bureau een enorme professionaliseringslag gemaakt. Dat is niet altijd zichtbaar voor leden, dus dat mag best eens vaker gezegd worden.”

Nienke: “Verenso is nu gestoeld op drie pijlers: Belangenbehartiging, Kwaliteit en Wetenschap & Opleiding. Deze zijn echter inherent aan elkaar verbonden. Een lastige vond - en vind - ik de verbinding tussen Verenso en de academische wereld. Ik hoop dat het nieuwe bestuur hier de komende tijd een slag in kan maken.”

Wat hebben jullie geleerd van de leden van Verenso of denken jullie te kunnen leren?

Nienke: “Onder onze leden is ontzettend veel kennis aanwezig, daar moeten we gebruik van maken. Eén plus één is drie zeg ik altijd. Wat ik ook heb gemerkt is dat specialisten ouderengeneeskunde bereid zijn om op te zoek te gaan naar consensus en graag in harmonie tot oplossingen komen. Wat ik mooi vind, is dat ze uitgaan van het belang van de patiënt. Dat is prachtig, maar daarmee zitten we onszelf als specialisten ouderengeneeskunde ook wel eens in de weg. We moeten ook onszelf niet vergeten.”

Jacqueline: “Ik vind het mooi om te ervaren hoe leden hun steentje willen bijdragen aan de vereniging. Wel hoop ik op een grotere opkomst bij de algemene ledenvergaderingen. Nu zie ik steeds dezelfde gezichten, terwijl het juist zo mooi zou zijn om ook andere leden te ontmoeten. We zijn tenslotte een vereniging, we moeten het samen doen.”

Nienke, Jacqueline gaf eerder al aan dat Verenso meer investeert in de relatie met de pers. Sinds de uitbraak van de coronacrisis ben jij veel in het nieuws geweest. Hoe voelt het nu om een BN-er te zijn?

Nienke: “Ik zou mijzelf niet direct als een BN-er willen bestempelen, maar uiteraard ben ik er trots op dat we door alle mediaoptredens beter zichtbaar zijn geworden in het publieke debat. Ik vond het ook eervol om te mogen spreken namens een beroepsgroep. Al blijft het natuurlijk jammer dat ik door de coronamaatregelen geen biertje meer heb kunnen drinken met André Hazes jr. na afloop van de talkshow Op1.”

Hebben jullie nog tips voor elkaar?

Jacqueline: “Tegen Nienke zou ik willen zeggen: wees trots op wat je hebt bereikt. Je hebt je vol overgave in het voorzitterschap gestort en mooie dingen bereikt. Neem de tijd om daarvan te genieten!”

Nienke: “Ik heb eigenlijk twee tips voor Jacqueline. Ten eerste is het belangrijk om te blijven praten vanuit je vak. Dat is uiteindelijk de kern waar het om draait. En ten tweede zou ik willen zeggen: blijf je eigen grenzen bewaken, want deze baan kan ontzettend hectisch zijn.”

Nienke, wat zijn jouw plannen voor de toekomst?

“Ik ga even helemaal niets doen. Binnenkort ga ik zeven dagen wandelen op het Gelukkigewijspad: een pelgrimstocht van 125 kilometer in het midden van Nederland. Dan kan ik even mijn hoofd leegmaken en nadenken over wat ik wil gaan doen. En dat kan nog alle kanten op. Eerder heb ik al aangegeven politieke ambities te hebben, maar misschien word ik wel geitenhoeder in de Provence.”

Hoe kijken jullie zelf aan tegen het ouder worden?

Nienke: “Ouder worden hoort bij het leven en ik hoop dat ik het goed kan. Wellicht lijkt dat nu makkelijker dan het is. Mijn schoonouders zijn een voorbeeld voor mij. Ondanks dat hun gezondheid niet meer is wat het geweest is, passen ze zich goed aan de nieuwe situatie aan en zien ze overal het positieve in. Het belangrijkste is dat je invulling blijft geven aan je leven en dat je nieuwe dingen blijft leren.”

Jacqueline: “Met dat leren ben ik het helemaal eens, dat houd je jong van geest. Ik zie het leven als één grote leercurve. Zelf zie ik niet op tegen het ouder worden, al lukt het me inmiddels niet meer om de spagaat te doen, haha! Ik vind overigens dat we meer respect mogen hebben voor oudere mensen. Zij dragen zoveel kennis en ervaring met zich mee, daar kunnen wij veel van leren.”

Auteur

- Drs. Lyanneke Krauss, communicatieadviseur Verenso

Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO) Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid- Limburg

Data in de langdurige ouderenzorg

[Sil Aarts](#), Ramon Daniels, Jan Hamers, Hilde Verbeek

De druk op de langdurige ouderenzorg neemt toe. Mede door de forse vergrijzing, het tekort aan personeel én de voortdurende implementatie van innovaties, ligt er een enorme uitdaging om de langdurige ouderenzorg toekomstbestendig te maken. Digitale en technologische ontwikkelingen spelen hierbij een relevante rol, mede omdat ze tot enorme hoeveelheden data leiden die worden verzameld. Al deze data, die veelal worden verzameld tijdens dagelijkse werkzaamheden, kunnen worden benut met het oog op het inzichtelijk maken en verbeteren van kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven en kwaliteit van werken in de langdurige zorg. Mede door de inzet van vooruitstrevende analysemethoden, zijn er nieuwe mogelijkheden om kennis, en daarmee waarde, uit data te halen. Maar welke mogelijkheden bieden data eigenlijk en hoe zetten we dergelijke data om in kennis?

In 2019, is de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg (AWO-ZL) gestart met een nieuwe onderzoekslijn gefocust op '(Technologie en) data gebruik in de langdurige ouderenzorg'. De AWO-ZL streeft er naar een voorloper te zijn in het verzamelen en analyseren van (grote hoeveelheden) data binnen de langdurige zorg. Met het genereren van betekenisvolle informatie op basis van analyses van grote hoeveelheden data kunnen we bijdragen aan de kwaliteit en doelmatigheid van de langdurige zorg.¹⁻³

Dit artikel beschrijft het belang van het gebruik van data in de langdurige ouderenzorg. Twee initiatieven gestart door de AWO-ZL illustreren hoe we data (en technologie) een meer prominente plek kunnen geven binnen de langdurige ouderenzorg.

Het belang van data in kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven en kwaliteit van werken

Kwaliteit is een van de belangrijkste onderwerpen in de langdurige ouderenzorg, met name in

de verpleeghuiszorg. Hierbij gaat het niet alleen om de kwaliteit van zorg, maar ook om kwaliteit van leven voor zowel cliënten als hun naasten, én om de kwaliteit van werken voor zorgprofessionals werkzaam in de langdurige ouderenzorg.

Om kwaliteit te behouden of te verbeteren is kennis een vereiste. Het verzamelen van data binnen de zorg is dan ook niets nieuws. Te denken valt aan informatie over het aantal valincidenten, het percentage cliënten dat tevreden is over de zorgverlening of het ziekteverzuim onder zorgprofessionals. Veel gegevens worden tegenwoordig dan ook routinematig verzameld, bijvoorbeeld in de vorm van elektronische patiëntendossiers en innovatieve technologieën zoals GPS-trackers of domotica (slimme technologie zoals sensoren in woningen en gebouwen).

Wat wel nieuw is, is de hoeveelheid data die wordt verzameld, de variatie in data (niet alleen cijfermatige data, maar ook aan data in de vorm van tekst, plaatjes en videomateriaal), de snelheid waarmee dit gebeurt en de methodes die kunnen worden aangewend om deze data met elkaar te verbinden en te analyseren. Daarom is er meer kennis nodig over het combineren van verschillende soorten data (kwantitatieve en kwalitatieve data), maar ook over het combineren van data vanuit verschillende invalshoeken (bijvoorbeeld data die betrekking heeft op zorgprofessionals relateren aan data die betrekking heeft op kwaliteit van zorg/leven van bewoners van verpleeghuizen), om zo nieuwe kennis te genereren. Het gebruik van grote hoeveelheden data, wordt ook wel 'Big Data' genoemd (zie box). Om een breder perspectief op kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven en kwaliteit van werk te bieden, dienen de enorme hoeveelheden aan kwantitatieve en kwalitatieve data te worden gecombineerd en geanalyseerd met innovatieve data-exploratieve methoden.

Big Data

Big data kan gezien worden als een ontwikkeling waarbij grote hoeveelheden gegevens afkomstig uit verschillende gegevensbronnen, aan elkaar worden verbonden om te zoeken naar patronen, veelal zonder vooraf opgestelde hypothesen.⁴ Daarnaast is het, door nieuwe manieren van data-analyse zoals machine learning en tekstanalyses, mogelijk om deze grote hoeveelheden data te combineren en te analyseren. Hiermee kunnen voorspellingen worden gedaan op zowel persoons- als groepsniveau. Het groeiend aanbod van grote hoeveelheden data én de ontwikkeling van innovatieve analysemethoden, bieden dan ook nieuwe mogelijkheden voor de langdurige ouderenzorg.

Ter illustratie; voor het inzichtelijk maken en voorspellen van goede kwaliteit van zorg in de langdurige ouderenzorg, zijn er verschillende grote databronnen die kunnen worden aangewend om ons mogelijk nieuwe inzichten te kunnen verschaffen. Te denken valt aan data verkregen met de [Landelijke Prevalentiemeter Zorgkwaliteit](#) (LPZ).

De LPZ is een jaarlijks terugkerende meting van zorgkwaliteit gericht op zorgproblemen zoals decubitus, incontinentie en ondervoeding. Door de kwantitatieve gegevens uit de LPZ te koppelen aan bijvoorbeeld data te vinden op [ZorgkaartNederland.nl](#) ontstaan er nieuwe inzichten. Op Zorgkaart Nederland kunnen cliënten hun persoonlijke ervaringen delen evenals een cijfermatige beoordeling van de zorg die zij ontvangen hebben. Door middel van 'webscraping', kan de data van deze website geëxtraheerd worden. Webscraping is een computermethode om informatie van websites op een automatische manier te verzamelen.⁵ Deze data kan dientengevolge worden gekoppeld aan de verkregen LPZ data. Dit stelt ons in staat relaties tussen de kwaliteitsindicatoren enerzijds en persoonlijke ervaringen met zorg anderzijds te leggen.

Kwaliteit & tekstuele data

In 2018 is de AWO-ZL gestart met het project 'Ruimte voor Zorg'. Ruimte voor Zorg meet ervaren kwaliteit van de verpleeghuiszorg middels aparte gesprekken met de bewoner, een familielid en een zorgverlener van de betreffende bewoner.⁶ Deze gesprekken worden gevoerd door getrainde zorgmedewerkers. Zij voeren de gesprekken in een andere organisatie dan waar zij werkzaam zijn. Inmiddels zijn er 35 interviewers getraind die in totaal 275 gesprekken hebben gevoerd.

Analyse van deze verhalen en terugkoppeling aan elke organisatie blijft echter een tijdrovende uitdaging. Handmatige analyse van de tekstuele data (namelijk: de uitgeschreven gesprekken) is niet alleen een tijdrovend proces, maar vereist ook een constante objectieve houding van de betrokken onderzoekers. Text-mining zou een antwoord kunnen bieden op de vraag hoe we deze grote collecties geschreven tekst makkelijker kunnen omzetten in informatie én kennis. Met text-mining kunnen we tekstuele data analyseren via methoden zoals frequenties, correlaties, clustering en sentimentanalyse.⁷ Welke thema's komen het vaakst voor in al deze gesprekken? Zijn de gesprekken van familieleden positiever of juist negatiever dan die van bewoners en/of zorgverleners? Momenteel zijn we dan ook de mogelijkheden van text-mining voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg aan het onderzoeken.

Een ander voorbeeld waarbij text-mining een rol kan spelen is het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) of het multidisciplinaire overleg. ECD's kunnen bijvoorbeeld worden geanalyseerd met betrekking tot valincidenten; zijn bepaalde geregistreerde woorden, zoals "disbalans" en "onrustig in looppatroon", gerelateerd aan toekomstige valincidenten? Dergelijke data kan worden aangewend om valincidenten te kunnen voorspellen op persoonsniveau.

Kerngroep Zorgtechnologie zet technologie én data op de kaart

Juist omdat binnen zorgorganisaties steeds meer technologie en dataverzameling hun intrede doen, is de AWO-ZL in 2018 gestart met de Kerngroep Zorgtechnologie. De missie en ambitie van deze Kerngroep is om de inzet van nieuwe zorgtechnologie en bijbehorende dataverzameling te versnellen. Dit wordt bereikt door het geven van feedback aan ontwikkelaars van zorgtechnologie en het beschikbaar stellen van test- en experimenteeruimte voor kansrijke technologieën. De kennis en ervaring die wordt opgedaan in deze kerngroep wordt gedeeld met en tussen de partners van de AWO-ZL. Daarnaast bepalen de partners in samenspraak of, wanneer en hoe subsidietrajecten ondersteunend kunnen zijn aan de onderliggende missie en ambitie. In dit kader is de AWO-ZL een onderzoek gestart hoe de zogenoemde Smartglass nuttig ingezet kan worden binnen de ouderenzorg. Deze 'slimme bril' maakt het mogelijk om tijdens zorgmomenten expertise op afstand in te schakelen, waarbij de deskundige, bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde of verpleegkundige, op de tablet of smartphone hetzelfde ziet als een zorgmedewerker die een bril met camera draagt. Door een microfoontje in de bril kan er tijdens het meekijken tevens overlegd worden. Vanwege de toepasbaarheid voor zorg op afstand is dit project in de COVID-19-pandemie in een stroomversnelling geraakt. Momenteel worden testen uitgevoerd om in kaart te brengen hoe de Smartglass ervaren wordt door gebruikers en wat het gebruik ervan daadwerkelijk oplevert voor zorgkwaliteit, reistijd en werkdruk.

Juist omdat nieuwe vormen van technologie steeds meer data automatisch verzamelen, kan de Kerngroep Zorgtechnologie een mooie springplank bieden om data een prominenter onderdeel te maken van de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg en de langdurige ouderenzorg.

Samen aan de slag!

Academische werkplaatsen hebben als gemeenschappelijke doel om onderzoek en zorgpraktijk beter met elkaar te verbinden. De AWO-ZL, zijnde een groot en interdisciplinair netwerk, is bij uitstek in staat om ideeën en uitdagingen die leven binnen zorgorganisaties, te verzamelen én te vertalen naar wetenschappelijke data en technologievraagstukken. Willen we de resultaten van dergelijke analyses uiteindelijk inzetten voor besluitvorming in de langdurige ouderenzorg, dan dienen deze eerst beoordeeld te worden op nauwkeurigheid (kwaliteit), toepasbaarheid en eerlijkheid. Bij dit proces betrekken we niet alleen wetenschappers en data-specialisten. De betrokkenheid van zorgprofessionals en ouderen en hun naasten bij het formuleren, prioriteren én beoordelen van datavraagstukken, waarborgt dat het gebruik van data en de inzet van technologie daadwerkelijk van meerwaarde is voor de dagelijkse zorgpraktijk.

Dit is een bijdrage namens de Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO) van de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg (AWO-ZL). De AWO-ZL is een structureel samenwerkingsverband tussen de Universiteit Maastricht, zeven ouderenzorgorganisaties en drie mbo- en hbo-onderwijsinstellingen. 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), Leiden (UNC-ZH), Maastricht (AWO-ZL), Tilburg (Tranzo) en Amsterdam (UNO-Amsterdam, voorheen UNO-VUmc).

Auteurs

- Dr. S. (Sil) Aarts, universitair docent AWO-ZL, vakgroep Health Services Research, Maastricht University
- Dr. R. (Ramond) Daniëls, linking-pin Sevagram AWO-ZL, vakgroep Health Services Research, Maastricht University & Lector bij Zuyd Hogeschool
- Prof. dr. J. (Jan) Hamers, voorzitter AWO-ZL, vakgroep Health Services Research, Maastricht University
- Prof. dr. H. (Hilde) Verbeek, vice-voorzitter AWO-ZL, vakgroep Health Services Research, Maastricht University

Literatuur

1. Aarts S. & Verbeek H. [Blog: Vijf handvatten om data in de langdurige ouderenzorg te gebruiken](#). Zorgvisie. 2020.
2. Aarts S. & Verbeek H. [Blog: Oproep aan de langdurige ouderenzorg: gebruik die data!](#) Skipr. 2020.
3. Aarts S. & Verbeek H. [Blog: Slim gebruik van data verbetert kwaliteit langdurige ouderenzorg](#). Qruux. 2020.
4. https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/04/Big_data_in_de_gezondheidszorg.pdf
5. Nicolas G, Bai X, Fiske ST. Exploring Research-Methods Blogs in Psychology: Who Posts What About Whom, and With What Effect? *Perspectives on Psychological Science*. 2019, 14(4):691-704.
6. Sion K, Verbeek H, Aarts S, Zwakhalen S, Odekerken-Schröder G, Schols J & Hamers J. The Validity of Connecting Conversations: A Narrative Method to Assess Experienced Quality of Care in Nursing Homes from the Resident's Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, 17.
7. Yu, C. H., Jannasch-Pennell, A., & DiGangi, S. Compatibility between Text Mining and Qualitative Research in the Perspectives of Grounded Theory, Content Analysis, and Reliability. *The Qualitative Report*, 2011, 16(3), 730-744.

Uit de ouderengeneeskundige praktijk

Leiderschap binnen de ouderengeneeskunde



[Bianca de Jong](#)

Als je het woord 'leiderschap' opzoekt in de Dikke van Dale, dan vind je drie definities:

- 1. het leider-zijn: het leiderschap op zich nemen,**
- 2. de gezamenlijke leiders,**
- 3. de eigenschap dat iemand goed is als leider: leiderschap tonen.**

Bij leiderschap in de geneeskunde denken velen als eerste aan die hoogste baas binnen een maatschap van een ziekenhuis. Meestal de oudste collega van die maatschap. Dit brengt ook een hiërarchie met zich mee, welke soms wat onaangename momenten kan veroorzaken.

Of denk je eerder aan de politiek? Ook een hot item. In hoeverre is onze minister van VWS nu de leider van onze zorg? En heeft hij als de grote leider van de Nederlandse zorg het overzicht? Is het überhaupt haalbaar om dat overzicht te verkrijgen en alles goed te doen?

Maar je kan ook wat kleiner denken. Want als je ergens het vak leiderschap wel moet beheersen, is het wel in de ouderengeneeskunde. Ja, dat lees je goed. Het onbekende en toch helaas nog steeds niet zo populaire specialisme binnen de eerstelijns geneeskunde.

De term leiderschap heeft, zoals bovenstaande al doet vermoeden, vele verschillende facetten. Binnen het specialisme ouderengeneeskunde komen al deze betekenissen aan bod. Als specialist ouderengeneeskunde ben je de leider en hoofdbehandelaar van de bewoners binnen het verpleeghuis: 'de leider zijn'. Je bent verantwoordelijk voor de geleverde medische zorg

aan de bewoners, zowel op het lichamelijke als op het psychische vlak.

Een goede samenwerking en communicatie met de ergotherapeut, fysiotherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog en geestelijk verzorger is een must voor goede zorg. Met deze gezamenlijke leiders binnen elk paramedisch aandachtsgebied, moet jij als arts de 'hoofdleiding' nemen en de knopen doorhakken. Hierbij moet je leren om ook je leiderschap te tonen en te dragen. Het regelmatige multidisciplinair overleg over de bewoners is hierbij een goed medium.

Er is echter altijd een baas boven baas. Want hoe zeer je ook als specialist ouderengeneeskunde je best doet om te zorgen voor de bewoners en hun gezondheid, de ultieme leider blijft de patiënt zelf. Wat willen hij nog op zijn oude dag en waar wordt hij nu gelukkig van? Kunnen wij hem (nog) gelukkiger maken? Wat waren zijn hobby's vroeger? Wat wil hij nog zo lang mogelijk zelf blijven doen? En ook belangrijk: wat wil hij niet meer?

Vele dokters worden opgeleid om de beslissing te nemen om alles uit de kast te halen voor een patiënt. Je neemt dan het leiderschap over om geen kwaad te doen. Maar binnen de ouderengeneeskunde beslissen we vaak ook om dingen juist niet te doen, luisterend naar de wil van de patiënt. Soms schaad je de patiënt juist niet door dingen te laten. De autonomie van de patiënt staat hierbij voorop. Want uiteindelijk is hij of zij de ultieme leider binnen ons vak en proberen wij, in onze best mogelijke adviserende rol, te zorgen dat hiernaar kan worden geluisterd.

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 Margot Verkuylen (www.margotverkuylen.nl).

Auteur

- Bianca de Jong – aios ouderengeneeskunde LUMC

Kerstpuzzel 2020



Ook dit jaar hebben wij weer een [digitale kruiswoordpuzzel](#) voor u, die oud-hoofdredacteur Eefje Sizoo verzorgd heeft. Waarvoor onze dank.

We nodigen u van harte uit om aan de hand van deze puzzel deze en vorige edities terug te lezen. De oplossing is een spreuk die past bij deze tijd en bij de ouderenzorg. U kunt de oplossing voor **31 januari 2021** sturen naar redactie@verenso.nl. Onder de juiste inzendingen verloten wij een legpuzzel (1.000 stukjes).