

# **Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en verzorgenden bij probleemgedrag bij dementie**

## **Inhoudsopgave**

<b>Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en verzorgenden bij probleemgedrag bij dementie .....</b>	<b>2</b>
--	----------

# Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en verzorgenden bij probleemgedrag bij dementie

## Een kwalitatief onderzoek

Iris Boss, Raymond Koopmans, Anke Persoon

## Samenvatting

### Achtergrond en doel

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

### Methode

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

### Resultaten

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

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

## 7. Methodes en werkwijzen

### **Beschouwing**

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

## **Achtergrond**

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

### **Doel**

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

## **Methode**

### **Onderzoeksdesign**

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

### Studiepopulatie

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

### Dataverzameling

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

### Analysemethode

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

### Juridische en ethische aspecten

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

## Resultaten

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

Limburg, Overijssel en Zeeland.

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

### Thema 1 - Zicht op het probleemgedrag

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Thema 2 - Druk

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

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

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

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

## Thema 3 - Ambivalentie rondom psychofarmaca

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

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

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

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

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

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

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

#### **Thema 4 - Samenwerking met veel verschillende disciplines en personen**

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

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

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

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

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

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

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

## Thema 5 - Tijd

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



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

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

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

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

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

## Thema 6 - Vertrouwen en respect

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Thema 7 - Methodes en werkwijzen

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

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

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

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

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

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

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

## Beschouwing

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

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

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

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

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

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

### Beperkingen van de studie

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

### Implicaties voor de praktijk, onderzoek en onderwijs

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

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

## Auteurs

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

## Literatuur

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

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