

TIJDSCHRIFT VOOR ouderen- geneeskunde

In dit nummer o.a.:

**Probleemgedrag: insteken op
niet-medicamenteuze behandeling**

**Introductie van economische
evaluatiestudies in het specialisme
ouderengeneeskunde**

**Screening op ondervoeding in
verpleeg- en verzorgingshuizen**

**De digitale revolutie: een basis-
cursus voor de specialist ouderen-
geneeskunde**

Inhoudsopgave

Juni 2010



100
5 vragen aan....
Bert Keijzer



106
Amuse



107
Boekbespreking



116
Oratie

- 090 Redactioneel: Publiciteit genoeg!**
- 091 Probleemgedrag: insteken op niet-medicamenteuze behandeling**
- 095 Gesignaleerd: Te voorkómen ziekenhuisopnames van verpleeghuispatiënten**
- 096 Introductie van economische evaluatiestudies in het specialisme ouderengeneeskunde: schaars verleden rijke toekomst?**
- 100 5 vragen aan ... Bert Keijzer**
- 102 Screening op ondervoeding in verpleeg- en verzorgingshuizen: het stoplichtsysteem van de SNAQ^{RC}**
- 106 Amuse: Collega's onder mekaar**
- 107 Boekbespreking**
- 108 De digitale revolutie: een basiscursus voor de specialist ouderengeneeskunde**
- 113 Hora Est: Patiënten met eindstadium ALS**
- 115 Anna Reynvaan Wetenschapsprijs naar NIVEL-onderzoeker Patriek Mistiaen**
- 116 De Senectute: Over ethiek en kwetsbaarheid (samenvatting)**
- 121 Bureau Verenso: Gezamenlijke taal voor kwaliteit: van alarmbellen naar klinkende klokken?**
- 123 Woord voorzitter: Verenso, innovatie in de zorg voor ouderen**
- 124 Mededelingen + oproep**

Publiciteit genoeg!

Jos Konings, hoofdredacteur / Correspondentie: hoofdredacteur@verenso.nl

De medische beroepsgroep wil met het in maart jl. verschenen rapport 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' bewerkstelligen dat de invoering van verbetervoorstellen in de medische zorg voor kwetsbare ouderen niet meer vrijblijvend is.¹ Deze zorg behoort tot de 'corebusiness', zo wordt in de inleiding gesteld, en dient niet beperkt te worden tot een kleine groep in de ouderenzorg gespecialiseerde zorgverleners, maar 'mean stream' te worden in de eerste lijn.

Het rapport sluit af met een aantal randvoorwaarden die noodzakelijk worden geacht voor de realisering van de in het rapport beschreven toekomstvisie. Genoemd worden onder meer het loslaten van domein denken en het zelf actief bijdragen aan ontschotting, het ontwikkelen van een zorgstandaard voor kwetsbare ouderen en richtlijnen voor bemoeizorg, continuïteit in zorgverlenende personen, het mogelijk maken van digitale gegevensuitwisseling tussen verschillende betrokken zorgverleners en het ontwikkelen van een gezamenlijk Keten Informatie Systeem (KIS) waarin multidomeinprobleemanalyses en zorgbehandelplanbijdragen van de afzonderlijke disciplines kunnen worden ondergebracht.

Eind maart werd met een persbericht de website voor patiënten, familie en mantelzorgers over het zorgaanbod van de specialist ouderengeneeskunde (SO) gelanceerd.² Verschillende regionale bladen hebben hieraan reeds aandacht besteed.

Bij het vorige nummer van het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* was de folder 'Het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde, praktische informatie voor de huisarts' gevoegd, met informatie over met welke vragen de huisarts bij de SO terecht kan en de door de SO gehanteerde werkwijze.³ Alle huisartsen

kregen deze folder reeds half april toegestuurd.

Medisch Contact

van 22 april jl.

besteedde uitvoerig aandacht aan het KNMG-rapport.

De SO krijgt daar

bij in de diverse

plannen een belangrijke rol toebedeeld.

Over publicitaire aandacht voor onze beroepsgroep en ons werk dus niets te klagen. Alleen zuur, zo stelt MC hoofdredacteur Ben Crul in zijn redactioneel, dat het aantal SO's geen

gelijke tred houdt met de vraag ernaar.

Werk te over, maar als we niet in staat zijn door met kwalitatief goed werk aan deze vraag te voldoen, kan dat zich

tegen ons gaan keren. Het is reëel te veronderstellen dat het aanbod van ge-

registreerde SO's fors achter zal blijven bij de huidige en in de toekomst te

verwachten verdere toename van de vraag. Ook wanneer een betere

salariëring, waarvoor Crul een pleidooi

hield, statusverhoging van ons beroep

tot gevolg zou hebben. Taakherschik-

king en taakdifferentiatie zijn zeer drin-

gend noodzakelijk om aan de toekomstige

zorgbehoefte van kwetsbare ou-

deren te kunnen voldoen. Tezamen met

een verdergaande profilering van onze

werkzaamheden in de eerste lijn is dat

voor de komende jaren een megataak-

stelling voor onze beroepsgroep.



Hoofdredacteur

Dr. Jos W.P.M. Konings

Redactie

Dr. Wilco P. Achterberg
Drs. Elis A.M. Bardelmeijer
Drs. M.A. Boorsma
Drs. Jacobien F. Erbrink
Drs. Martin W.F. van Leen
Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

Eindredacteur

Ria Appelman / Judith Heidstra

Redactiesecretariaat

Bureau Verenso, Judith Heidstra
Postbus 20069, 3502 LB Utrecht

Reacties naar redactie@verenso.nl.
Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (voorheen Tijdschrift voor Verpleeghuis-geneeskunde) verschijnt 6 keer per jaar. Voor Verenso-leden is het abonnement bij de contributie inbegrepen.

Voor informatie en adreswijzigingen

Verenso-leden: (030) 28 23 481. Niet-leden van de Verenso kunnen een betaald abonnement nemen via de uitgever.

Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media; Het Spoor 2
Postbus 246, 3990 GA Houten
tel. (030) 638 38 38, fax: (030) 638 38 39

Abonnementen en adreswijzigingen

Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
tel. (030) 638 37 36, fax: (030) 638 39 99
Voor informatie en bestellingen raadpleeg www.bsl.nl

Abonnement

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Abonnementenprijsen

Jaarabonnement (incl. BTW en verzend- en administratiekosten), Particulieren Nederland € 51,50, Studenten en artsen in opleiding € 25,75, Instellingen € 59,25. Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Prijs per nummer € 11,40
Prijswijzigingen voorbehouden.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 1 januari 2008. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

Ontwerp

Het Lab grafisch ontwerpers BNO

Grafische uitwerking

Artcrew bv, Moerkapelle

Advertentieverkoop Farma & Voeding

Bohn Stafleu van Loghum, Het Spoor 2, Postbus 246, 3990 GA Houten
Advertentietarieven op aanvraag.
Hafize Guven-Onder; tel. 030-638 39 75; h.guven@bsl.nl, fax (030) 638 38 39
www.bsl.nl/advertieren

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en na schriftelijke toestemming van de uitgever.

Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Bohn Stafleu van Loghum BV, gedeponeerd ter griffie van de rechtbank te Utrecht onder nummer 381/2003 van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.

Richtlijnen voor auteurs

Instructies voor het indienen van artikelen vindt u op www.verenso.nl

Fotografie

Foto Mieke Draijer; Mustafa Gumussu

ISSN 1879-4637

HOI²⁰¹⁰
P R I N T
Nederlands
uitgeversverbond
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

Probleemgedrag: insteken op niet-medicamenteuze behandeling

Dhr.drs. R.T.C.M. van Nordennen, specialist ouderengeneeskunde, St. Groenhuysen, Roosendaal / **mw.drs. A. Verhoeven**, GZ-psycholoog in opleiding, De Wever, Tilburg / **mw. E. Schots**, staffunctionaris kwaliteit, Servicecentrum Het Laar, Tilburg / **Correspondentie: rvnordennen@groenhuysen.nl**

Inleiding

De richtlijn 'Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf 2008' van de NVVA, tegenwoordig Verenso, benadrukt de inzet van psychosociale interventies bij gedragsproblemen bij geriatrische patiënten met (ernstige) cognitieve stoornissen. Probleemgedrag is gedefinieerd als 'alle gedrag van de patiënt dat door deze patiënt en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren'.¹ Veelal betreft het hier patiënten met een dementieel beeld, die binnen verzorgings- en verpleeghuizen verblijven, al dan niet op erkende BOPZ-afdelingen. Effecten van medicatie zijn over het algemeen matig als het gaat om het probleemgedrag. Vooral de potentiële bijwerkingen van deze psychofarmaca (antidepressiva, antipsychotica, hypnotica en anxiolytica), zoals valincidenten, geven aanleiding om de inzet van deze middelen zo veel mogelijk te beperken. Bovendien kiezen richtlijnen voor kortdurend gebruik van maximaal twee weken.²

Het toedienen van psychofarmaca voor probleemgedrag lijkt geen structurele oplossing te bieden. Omgevingsfactoren spelen vaak een grote rol in het ontstaan, dan wel voortduren van probleemgedrag. Hierbij leidt in het bijzonder een moeizame interactie tussen patiënt en zijn omgeving vaak tot problemen. Psychosociale begeleiding en behandeling van patiënt en omgeving is dan nodig. Scholing is noodzakelijk om een cultuuromslag onder hulpverleners die werken met patiënten met cognitieve stoornissen te realiseren. Hierbij spelen somatische en psychische factoren van de patiënt een rol. Uiteraard dient de arts medicatie gereserveerd voor te schrijven bij die patiënten waar een duidelijke indicatie bestaat voor het inzetten van psychofarmaca, zoals een delier. Indien het inzetten van psychosociale interventies geen adequate oplossing blijkt, kan volgens de richtlijn ook gebruikgemaakt worden van psychofarmaca. Het evalueren van deze medicatie in de tijd is van groot belang.¹

De afdeling waar het onderzoek zich op heeft

gericht, is een 'semi-open' BOPZ-afdeling waar gebruikgemaakt wordt van moderne domoticatechnieken in de vorm van een selectief dwaaldetectiesysteem. Dit betekent dat alleen die patiënten die dwaal- en weggelooptgedrag vertonen, een chip bij zich dragen, waardoor de entree tot de afdeling gesloten blijft. Voor alle andere patiënten, personeel en familieleden straalt de afdeling openheid uit. De afdeling bevindt zich op de begane grond, beschikt over een loopcircuit en er is een directe, open verbinding met de zingevingstuin, die geheel afgesloten is. Op deze manier hebben de patiënten de mogelijkheid zich over een relatief groot oppervlak te bewegen. Bovendien dragen de afspraken in het persoonlijke zorg- en leefplan van de patiënt bij aan een omgeving waarin zorg op maat centraal staat. Bij het opstellen van dit plan zijn een specialist ouderengeneeskunde en psycholoog standaard betrokken.

Het doel van dit onderzoek is te laten zien hoe de richtlijn 'Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf 2008' in de praktijk ingezet kan worden om tot een reductie van psychofarmaca in het kader van probleemgedrag te komen en in te steken op niet-medicamenteuze middelen. Zo draagt men structurele oplossingen aan om dit probleemgedrag te verminderen en zo optimaal mogelijk te voorkomen.

Methode

Gedurende een periode van negen maanden werd binnen een zorgstelling, op een erkende en recent gestarte BOPZ-afdeling met twintig psychogeriatrische patiënten, het gebruik van psychofarmaca geëvalueerd. Een overzichtstijdstip van alle voorgeschreven psychofarmaca was noodzakelijk. Als eerste is de oorspronkelijke indicatie die bij de start van het gebruik van psychofarmaca afgegeven was, opgezocht. In overleg met de apotheker en de specialist ouderengeneeskunde zijn de mogelijkheden voor afbouw en indien mogelijk het stoppen van de voorgeschreven psychofarmaca besproken. Een ouderenpsychiater adviseerde hierbij.

Overleg over veranderingen in medicatiegebruik vond steeds plaats met (indien mogelijk) de patiënt en zijn vertegenwoordiger. Bij problemen waren zowel de specialist ouderengeneeskunde als de psycholoog bereid nadere informatie te geven. De verzorgenden op de afdeling kregen scholing van de betrokken psycholoog in het ontstaan van en omgaan met probleemgedrag. Zo was onder andere het aandacht geven aan de benodigde rust op de afdeling, bijvoorbeeld bij de wisseling van diensten, een duidelijk bespreekpunt. Met fotoboeken, kalenders en klokken gaf men optimaal aandacht aan goede oriëntatie voor de patiënt met cognitieve stoornissen. Tevens kreeg de slaaphygiëne specifiek aandacht. Mogelijke problemen met inslapen of doorslapen besprak men en er werden adviezen opgesteld. Dit waren niet-medicamenteuze adviezen zoals het overdag meer buiten zijn (tuin), toename van activiteiten overdag en goede lichtvoorziening in de huiskamers. Zelfs het 'ouderwetse' kopje warme melk schonk men weer.

De specialist ouderengeneeskunde heeft zich in samenspraak met de contactverzorgende van de afdeling gericht op mogelijke lichamelijke

factoren voor het probleemgedrag zoals obstipatie, urineretentie, huidproblematiek (smetten en decubitus) en infecties. Indien nodig volgde behandeling, met als doel een effect te bereiken op het probleemgedrag.

Op deze manier gaf men aandacht aan zowel de psychische en somatische factoren van de patiënt zelf, als ook de omgevingsfactoren die kunnen leiden tot het ontstaan en in stand houden van probleemgedrag. De verzorgenden en behandelaren observeerden het probleemgedrag en rapporteerden in het zorgdossier. Bij die patiënten waarbij het probleemgedrag toenam, onderzocht men in overleg met de psycholoog van de afdeling mogelijkheden om psychosociale begeleiding en behandeling in te zetten, bijvoorbeeld omgangsoverleggen en -adviezen.

Aan het eind van het onderzoek is aan de hand van het aantal geregistreerde MIC-meldingen gekeken naar het aantal valincidenten op de afdeling in de loop van deze negen maanden.

De inzet van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen op de BOPZ-afdeling houdt men maandelijks bij. Dit zijn middelen en maatregelen met de laagst mogelijke vorm van vrijheidsbeperking, zoals een bewegingssensor, deurverklikker en het

Tabel 1

		Psychofarmacon	Resultaat	Psychosociale interventie
1	A	oxazepam 10 mg 1dd1	goed	
2	A	oxazepam 10 mg 1dd1	goed	bewonerbespreking + omgangsadviezen
		citalopram 10 mg 1dd1	goed	
3	A	nitrazepam 5 mg 1dd1	goed	bewonerbespreking + omgangsadviezen
		dipiperon dr 1dd10+1dd6	goed	
		temazepam 10 mg 1dd1	goed	
4	A	oxazepam 20 mg 1dd1	goed	
		zopiclon 7,5 mg 1dd1	goed	
		dipiperon dr 1dd10	goed	bewonerbespreking + omgangsadviezen
5	V	dipiperon 40 mg 1dd1	goed	bewonerbespreking + omgangsadviezen
6	A	risperidon 1 mg 2dd0,5	niet goed	bewonerbespreking + omgangsadviezen
7	A	risperidon 1 mg 2dd0,5	niet goed	bewonerbespreking + omgangsadviezen
8	A	risperidon 1 mg 2dd1	goed	bewonerbespreking + omgangsadviezen
9	A	dipiperon 20 mg 1dd1	goed	bewonerbespreking + omgangsadviezen
10	D	dipiperon 20 mg 1dd1	goed	
11	L	sertraline 50 mg 1dd1	goed	
		citalopram 20 mg 1dd1	goed	
12	A	temazepam 10 mg 1dd1	goed	bewonerbespreking + omgangsadviezen
13	D	risperidon 1 mg 1dd1	niet goed	bewonerbespreking + omgangsadviezen
14	A	citalopram 20 mg 1dd1	goed	bewonerbespreking + omgangsadviezen
		olanzapine 2,5 mg 2dd1	goed	
		risperidon 1 mg 2dd1	goed	
		oxazepam 10 mg 2dd1	goed	

1-14 = patiënten.

A = Alzheimer; V = vasculaire dementie; L = Lewy body-dementie; D = dementie niet anders omschreven.

dwaaldetectiesysteem. De betreffende afdeling maakt geen gebruik van Zweedse banden en/of verpleegdekens.

Resultaten

Medewerkers, patiënten en vertegenwoordigers stonden positief tegenover de evaluatie van psychofarmaca. Met twee vertegenwoordigers is na de evaluatie een apart gesprek gehouden over de evaluatie van de medicatie. Dit waren twee patiënten bij wie de behandeling met psychofarmaca is herstart. Eén van hen heeft ook nog een aanvullend gesprek met de psycholoog gehad.

Van de twintig psychogeriatrische patiënten gebruikten er veertien patiënten psychofarmaca, in totaal drieëntwintig middelen, te weten:

- negen patiënten een psychofarmacon;
- twee patiënten twee psychofarmaca;
- twee patiënten drie psychofarmaca;
- een patiënt vier psychofarmaca.

De psychofarmaca waren bij twaalf patiënten gestart om agressie, onrust en weglooptgedrag te bestrijden. Ze waren voorgeschreven door de huisarts, voordat de patiënt op de psychogeriatrische BOPZ-afdeling kwam wonen. Antidepressiva werden voorgeschreven bij onrustig gedrag in combinatie met mogelijke stemmingsproblematiek waarbij geen evaluatie plaats had gevonden. Hypnotica gebruikte men al lange tijd, soms jaren, zonder dat evaluatie had plaatsgevonden. Bij twee patiënten waren de psychofarmaca voorgeschreven door een ouderenpsychiater in verband met ernstige wanen in de voorgeschiedenis. Het gebruik van psychofarmaca voor en na de evaluatie is in tabel 1 en figuur 1 weergegeven. Onder

'resultaat' wordt aangegeven hoe het afbouwen en stoppen van de medicatie is verlopen.

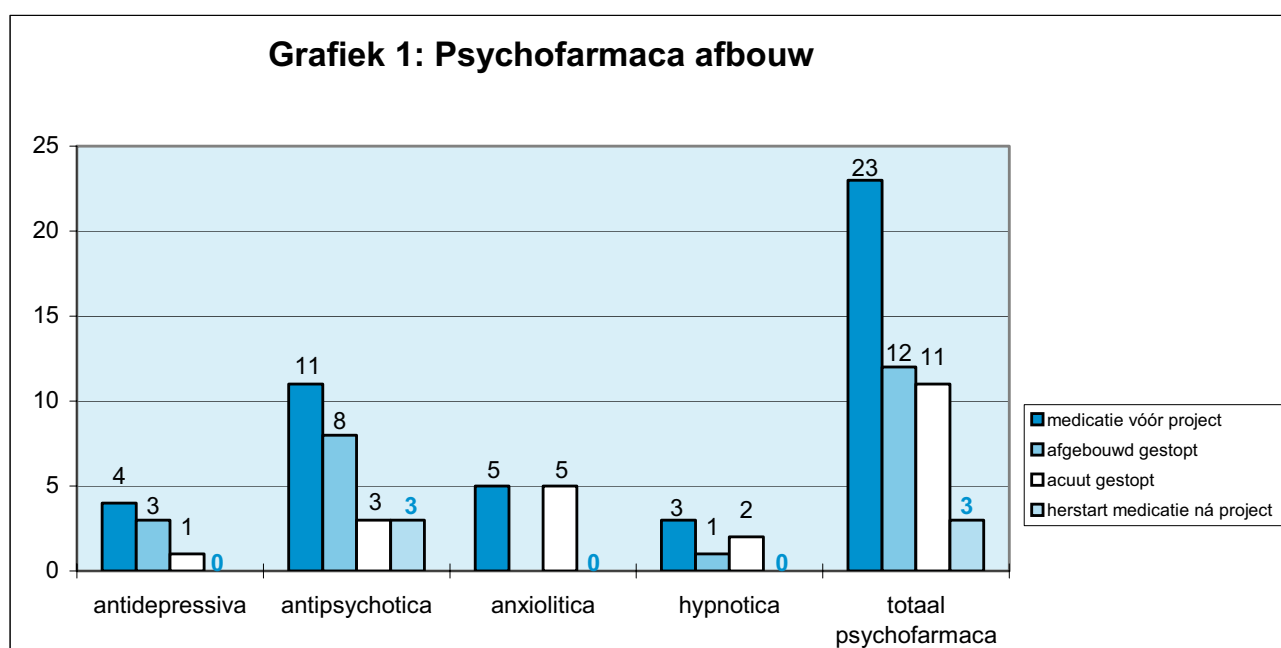
Bij elf van de veertien patiënten die psychofarmaca gebruikten, werd het gebruik compleet gestaakt, al dan niet na het afbouwen van de medicatie. Dit geeft een totale reductie van het aantal psychofarmaca van drieëntwintig naar drie middelen, een afname van 87% (zie figuur 1).

Bij elf van de veertien patiënten (79%) gaven de medewerkers van de afdeling aan het probleemgedrag dusdanig moeilijk hanteerbaar te vinden dat psychosociale interventies nodig waren. De psycholoog organiseerde per patiënt een omgangsoverleg op de afdeling, met daarbij behorende omgangsadviezen.

De omgangsadviezen betroffen:

- uitleg over het probleemgedrag: de patiënt probeert zich uit te drukken, iets duidelijk te maken. Doel moet niet zijn het gedrag te onderdrukken, maar te kijken naar de reden van dit gedrag;
- zicht krijgen op de situaties waarin het probleemgedrag zich voordoet;
- ingaan op de wisselwerking tussen patiënt en diens omgeving.

Stemmingsproblematiek nam men na afbouw van antidepressiva door middel van een klinische blik niet waar. Standaardafname van een Geriatric Depression Scale (GDS) werd niet gedaan, mede omdat veel patiënten al ver in hun dementieel beeld verkeerden en een GDS daardoor moeilijk af te nemen is. Bij drie van de veertien patiënten die psychofarmaca gebruikten, werd na evaluatie besloten het middel



Figuur 1: Psychofarmaca afbouw

te herstarten, omdat psychosociale interventies onvoldoende bleken. Het betrof altijd het gebruik van risperidontabletten. Bij twee patiënten betrof dit herstart van risperidon in verband met ernstig agressief en geagiteerd gedrag. Herstart van risperidon zorgde voor afname van agressief en geagiteerd gedrag. Bij één patiënt werd herstart in verband met het terugkomen van wanen. Bij herstart verdwenen de wanen.

De specialist ouderengeneeskunde vond bij zes van de veertien patiënten obstipatie als mogelijke contribuerende factor voor het probleemgedrag. Deze patiënten kregen laxantia als behandeling. Bij vier van de veertien patiënten was sprake van regelmatig (>4x/jaar) terugkerende urineweginfecties. Behandeling met cranberrycapsules en verzorging met Lactacyd was het advies. Twee patiënten kregen uiteindelijk een onderhoudsbehandeling met antibiotica om urineweginfecties te voorkomen. Bij één patiënt was sprake van ernstig smetletsel rond scrotum en liezen, met pijn, waardoor probleemgedrag ontstond. Protocollaire behandeling van het smetletsel had redelijk resultaat. In de drie maanden voor de evaluatie waren er acht valincidenten op de afdeling. In de drie maanden na het staken van de psychofarmaca waren dit er drie, bij een ongewijzigde populatie.

Het totale aantal ingezette middelen en maatregelen op de afdeling bleef gelijk, waarbij een verschuiving plaatsvond van het gebruik van beddekken naar het inzetten van bewegingssensoren. Het aantal patiënten dat gebruikmaakte van het dwaaldetectiesysteem bleef gelijk.

Discussie

Dit onderzoek wil geen standaard zijn voor de manier voor afbouw van psychofarmaca. Het geeft een praktijkervaring weer die wellicht anderen inspireert om dit belangrijke onderwerp in de praktijk op te pakken. De groep patiënten die betrokken is in de evaluatie van psychofarmaca, is een kleine groep patiënten op één afdeling. Om tot een vermindering van het psychofarmacagebruik te komen, is volgens de NVVA-richtlijn 'Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf 2008' een goede samenwerking nodig tussen diverse professionals zoals specialist ouderengeneeskunde, psycholoog en verzorgenden. Hierin was het belangrijk de medewerkers te scholen in de nadelige bijwerkingen van psychofarmaca. De instelling zelf moet bereid zijn om naar creatieve mogelijkheden te kijken die het verblijf op de BOPZ-afdeling aangenamer maken, waarbij veiligheid, rust en ruimte belangrijke onderwerpen zijn. Er werd ingespeeld op toename van expertise onder medewerkers met betrekking tot de omgang met

probleemgedrag. Deze combinatie van kennistoename en omgevingsfactoren zorgden voor een evaluatie van psychofarmaca, waarna veel medicatie kon worden gestopt. Medewerkers raakten enthousiast om te kijken naar niet-medicamenteuze mogelijkheden en wilden hier de benodigde tijd en energie in steken. De inzet van niet-medicamenteuze middelen kost meer tijd dan de inzet van psychofarmaca, maar heeft op lange termijn voor zowel instelling als patiënt grote voordelen en draagt bij aan structurele oplossingen.

Dankwoord

Met dank aan het personeel van Servicecentrum Het Laar te Tilburg, die dagelijks werken aan kwalitatief hoogstaande zorg.

Samenvatting

De richtlijn 'Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf 2008' van de NVVA geeft aan dat bij probleemgedrag in het kader van dementie, de niet-medicamenteuze behandeling de voorkeur geniet boven het voorschrijven van psychofarmaca. Dit artikel geeft een voorbeeld hoe de richtlijn op een BOPZ-afdeling voor psychogeriatrische patiënten is toegepast en geïmplementeerd. Er werd een reductie van 87% bereikt wat betreft het aantal voorgeschreven psychofarmaca. Bij 64% van de patiënten bij wie de psychofarmaca zijn geëvalueerd, zijn vervolgens psychosociale interventies toegepast om het probleemgedrag verder in kaart te brengen, te verminderen en/of te voorkomen. Het aantal valincidenten op de afdeling gedurende drie maanden voor de evaluatie en drie maanden na de evaluatie van psychofarmaca, liep terug van acht naar drie. Het aantal middelen en maatregelen nam niet toe.

Literatuur

1. Richtlijn Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf. Utrecht: NVVA, 2008, p. 5 en 11.
2. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K. NHG-standaard Slaapproblemen en slaappmiddelen. Huisarts Wet 2005; 48(8): 402-415.

Te voorkómen ziekenhuisopnames van verpleeghuispatiënten

Gesignaleerd

Jos Konings / Correspondentie: jkonings@zuwe.nl

Het is voor specialisten ouderengeneeskunde (SO's) een open deur dat ziekenhuisopname voor kwetsbare verpleeghuispatiënten zeer belastend kan zijn en gemakkelijk kan leiden tot aanzienlijke gezondheidsschade. In de Verenigde Staten waar nog steeds relatief gezien een aanzienlijk hoger aantal verpleeghuispatiënten in ziekenhuizen wordt opgenomen dan in Nederland, lijkt dit besef ook in toenemende mate door te dringen en zich langzamerhand hier en daar te vertalen in een meer structurele aanpak van deze problematiek. Naast de negatieve gevolgen voor de algehele conditie en de kwaliteit van leven van de patiënten spelen daar de mogelijke beperking van de excessieve kosten van deze ziekenhuisopnames ook een belangrijke rol in de discussie. Veel ziekenhuisopnames zouden voorkomen kunnen worden door verbetering van de medische zorg in de Amerikaanse verpleeghuizen. Al eerder was aangetoond dat een aanzienlijk deel van ziekenhuisopnames (van 23 tot 45%), zoals onder meer voor hartfalen, COPD, uitdroging, onregelde diabetes mellitus, urineweg- en luchtweginfecties, als potentieel onnodig beschouwd kon worden.^{1,2}

De beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel kan onnodige ziekenhuisopnames voorkomen

In de staat Georgia, waar het besproken onderzoek is uitgevoerd, vond in de onderzoeksperiode gemiddeld 1 ziekenhuisopname per 617 patiëntverpleeghuisdagen plaats. In Nederland was dat rond 1990 ongeveer 1 ziekenhuisopname per 2000 patiëntverpleeghuisdagen.³ Dat bleek toen over een aantal jaren een betrekkelijk constant cijfer en er zijn geen aanwijzingen dat dat cijfer in de afgelopen decennia aanzienlijk is toegenomen.

In het onderzoek van Ouslander et al.¹ werden 200 ziekenhuisopnames van verpleeghuispatiënten achteraf onderzocht op potentiële vermijdbaarheid.

Een panel van medische verpleeghuisprofessionals, bestaande uit artsen, nurse practitioners en een physician assistant, beoordeelde achteraf volgens een gestructureerde vragenlijst de patiëntendossiers. De vragen betroffen de algehele conditie van de patiënt, de aanwezigheid van wilsverklaringen, de te verwachten gezondheidswinst van ziekenhuisopname en de zorgen behandelingsmogelijkheden van het verpleeghuis. Dit panel werd tevens gevraagd om aan te geven wat naar hun oordeel aanvullend nodig zou zijn om ziekenhuisopname te voorkomen.

Liefst 67% van alle 200 ziekenhuisopnames werden door het panel als definitief of waarschijnlijk vermijdbaar beoordeeld. Dit percentage liep in de verschillende verpleeghuizen waar het onderzoek plaatsvond uiteen van 59 tot 75%. Als belangrijke factor waarmee onnodige ziekenhuisopnames konden worden voorkomen, werd op de eerste plaats genoemd de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel zoals deskundige artsen, nurse practitioners, physician assistants en praktijkverpleegkundigen. Ook werden genoemd: de mogelijkheid van het verrichten van laboratoriumonderzoek in het verpleeghuis, het kunnen aanleggen van infusen en pompen met continue analgeticatoediening en het verstrekken van parenterale voeding.

Zoals reeds gezegd: in Nederland lijkt de problematiek van de te voorkómen ziekenhuisopnames van verpleeghuispatiënten een stuk minder groot dan in de Verenigde Staten. De aanwezigheid van SO's in de verpleeghuizen zal daarbij van wezenlijk belang zijn.⁴ Herhaling van soortgelijk onderzoek in Nederland ter vergelijking met de situatie in de USA en andere buitenland kan onder meer een illustratie vormen van het belang van de aanwezigheid van SO's in verpleeghuizen.

Literatuur

1. Ouslander JG, Lamb G, Perlou M, et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes and costs. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 627-635.
2. Wyman JF, Hazzard WR. Preventing avoidable hospitalizations of nursing home residents: a multipronged approach to a perennial problem. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 760-761.
3. Konings JWPM, Wendte JF, Danse JAC, Ribbe MW. Ziekenhuisopnames van verpleeghuispatiënten. Patiëntenkenmerken en doel van opname. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 2655-2659.
4. Gesignaleerd. Amerikaans pleidooi voor de verpleeghuisarts. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* 2010; 35: 55.

Introductie van economische evaluatiestudies in het specialisme ouderengeneeskunde: schaars verleden rijke toekomst?

Dr. Maria G.T. Dolders, beleidsmedewerker Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters / **mr.dr. Silvia M.A.A. Evers**, universitair hoofddocent, Universiteit Maastricht, Caphri, capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg / **Correspondentie: mdolders@verenso.nl**

Inleiding

In toenemende mate wordt ook binnen het specialisme ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisgeneeskunde) een afweging gemaakt tussen de kosten en effecten van interventies. Deze afweging tussen kosten en effecten van interventies, ook wel doelmatigheid genoemd, staat binnen economisch evaluatieonderzoek centraal. Bij een economische evaluatiestudie worden de kosten en effecten van twee of meer interventies met elkaar vergeleken. Het doel van dit artikel is een korte introductie te geven van economische evaluatiestudies in het specialisme ouderengeneeskunde. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in dit artikel een samenvatting van introducerende boeken dan wel een korte cursus te beschrijven. Voor dit verwijzen we graag naar relevante boeken^{1,2} en cursussen.³⁻⁵ Om verschillende redenen worden economische evaluatiestudies uitgevoerd. Enerzijds nemen de totale kosten in de gezondheidszorg toe. Deze trend geldt voor alle kosten, dus ook voor de kosten van de verpleeghuiszorg.⁶ Ter illustratie, de landelijke zorgkosten van de sector Verpleging en Verzorging voor de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn in de periode 2002 tot en met 2007 gestegen van 9,8 miljard naar 11,2 miljard.⁷ Anderzijds nemen de ontwikkelingen in de zorg toe. Daardoor kent ook het specialisme ouderengeneeskunde steeds meer mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. Een goed voorbeeld is een mobiel radiologieapparaat om longfoto's te maken. Hierdoor ontstaat een spanningsveld tussen klinische en financiële mogelijkheden. Ook in de ouderengeneeskunde is het daarom onmogelijk om alle interventies te bekostigen. Het gevolg is schaarste. Schaarste is een centraal begrip uit de economische wetenschap. Uit schaarste volgt dat keuzes gemaakt moeten worden. Economische evaluatiestudies zijn een middel om deze keuzes in de zorg te ondersteunen.

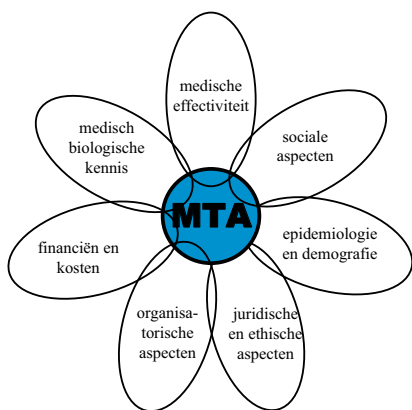
Naast stijgende kosten en stijgende mogelijkheden door nieuwe interventies is een derde reden om economische evaluatiestudies uit te voeren; het huidige overheidsbeleid. De overheid streeft naar kostenbeheersing en doelmatige zorg. De modernisering van de AWBZ is hiervan voor de verpleeghuiszorg een relevant voorbeeld.⁸ De vierde reden komt uit het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, dat bestaat uit een budgetteringssysteem. In de toekomst zal in de verpleeghuissector de financiering verlopen via zorgzwaartepakketten (ZZP's).⁹ Deze vorm van bekostiging geeft (individuele) prikkels tot efficiënt functioneren.

Een vijfde reden om economische evaluatiestudies uit te voeren ligt bij beleidsmakers (bijv. het ministerie van VWS en het College voor Zorgverzekeringen) en subsidieverstrekkers (bijv. ZonMw) die eisen stellen. Iedere nieuw in te voeren behandeling moet wetenschappelijk onderbouwd worden. Hierbij wordt niet alleen gekeken of interventies effectief zijn, maar ook naar de besteding van middelen op een maatschappelijk niveau. Dit leidt vervolgens tot inventarisaties (bijv. het project AWBZ-revalidatie nader in kaart gebracht)¹⁰ en evaluaties (bijv. het project kosten en effecten van cranberry's (veenbessen) ter voorkoming van urineweginfecties bij verpleeghuisbewoners) in het specialisme ouderengeneeskunde en de verpleeghuiszorg.¹¹

Wat zijn economische evaluaties?

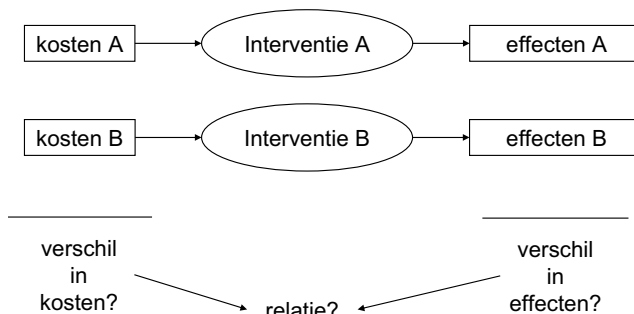
Om een antwoord te geven op de vraag wat economische evaluatiestudies zijn is het goed om inzicht te hebben in een aantal aanpalende begrippen, te weten: Medical Technology Assessment, Health Technology Assessment, economische evaluatiestudies en doelmatigheid. Volgens de laatste papieren versie van de Grote Van Dale (2005)¹² is het synoniem voor doelmatigheid, efficiëntie en betekent het in overeenstemming met of geschikt voor het doel waartoe iets gemaakt is. Doelmatigheidsonderzoek is dan ook een

containerbegrip voor efficiëntieonderzoek. De geschiedenis van dit vakgebied begint met de term Medical Technology Assessment (MTA). Aan de hand van het bloemetje van Habbema (figuur 1) is uit te leggen dat MTA een synthese van verschillende aspecten uit diverse wetenschappen bevat. MTA-studies analyseren alle aspecten en gevolgen van een medische technologie met als doel de kwaliteit en kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg te optimaliseren.¹³ Belangrijk begrip in deze definitie is medische technologie. MTA vindt zijn oorsprong in de medische wereld. Het is ontstaan omdat er een toenemende spanning was tussen hetgeen door nieuwe ontwikkelingen mogelijk werd en de beperkte beschikbare (collectieve) middelen voor de zorg. Als gevolg moe(s)ten besluitvormers een keuze maken tussen de kosten en opbrengsten van interventies. Ontwikkelingen doen zich echter allang niet meer alléén voor op medisch gebied (dus niet alleen Medical). De nieuwe term voor MTA is Health Technology Assessment (HTA). HTA is een bredere multidisciplinaire discipline, waarbij het niet alleen gaat om medische technologieën, maar om alle interventies in de zorg (health) bijvoorbeeld ook over preventieve gedragingen, innovaties in verpleegkundig handelen, logistiek, managementstijl en financiering. Bij de evaluatie van interventies in de zorg staat niet alleen de geneeskunde en/of de technologie centraal. Momenteel ligt de concentratie binnen HTA op alle veranderingen in de zorg, dus ook bijvoorbeeld op het gebied van de ouderenzorg. HTA wordt gebruikt ter ondersteuning van gezondheidsbeleid.



Figuur 1: Het bloemetje van Habbema, Habbema et al., 1989

Eén van de pijlers van HTA is de economische evaluatie. Bij een economische evaluatiestudie worden zowel kosten als effecten onderzocht. Zoals in de inleiding is aangegeven is er bij economische evaluatiestudies sprake van een vergelijking van twee interventies of technologieën. De kern van een economische evaluatiestudie wordt weergegeven in figuur 2.



Figuur 2: Kern economische evaluatie.

Economische evaluatiestudies kunnen in drie specifieke types worden onderverdeeld (tabel 1). Daarbij verschillen de drie methoden alleen in de manier waarop de effectmeting wordt uitgevoerd. De kosten-batenanalyse (KBA) is de methode waarbij ook de effecten in monetaire eenheden worden uitgedrukt. Bij een KBA worden zowel de kosten van de zorg als het effect van de interventie uitgedrukt in geld. De kosten-effectiviteitsanalyse is de methode waarbij de effecten in ziektespecifieke eenheden wordt uitgedrukt. Hierbij gaat het om uitkomstmaten die in de praktijk ook worden gebruikt binnen het specialisme ouderengeneeskunde, zoals het aantal urineweginfecties of het aantal exacerbaties bij COPD. De kosten-utiliteitsanalyse is de methode waarbij de effecten worden uitgedrukt in een combinatiemaat voor kwaliteit van leven en levensverlenging, ook wel beschreven als QALY's, dus quality adjusted life years. Eén QALY, een voor kwaliteit gecorrigeerd levensjaar, staat voor één jaar doorgebracht in een toestand van volmaakte gezondheid. Bij een QALY wordt het aantal jaren levensverlenging alsook kwaliteit van leven uitgedrukt in een getal. De kwaliteit van leven in getal wordt ook wel utiliteit genoemd, waarbij 1 staat voor volledig gezond en 0 staat voor dood.

Waar staan economische evaluatiestudies in het specialisme ouderengeneeskunde?

Om deze vraag te beantwoorden wordt gebruikgemaakt van een indeling voor doelmatigheid in vijf periodes.¹⁴

De eerste periode is de periode van goddelijke onwetendheid. Deze periode wordt gekenmerkt door de afwezigheid van schaarste. Binnen de zorg zijn er geen beperkingen op de groei, alles is mogelijk. Economische gegevens zijn relevant voor de boekhouding. Het jaarlijks budget voor de gezondheidszorg groeit. De tweede periode wordt de periode van tomeloze kritiek genoemd. Deze bestaat uit agressie tegen economie in het algemeen. Gezondheid wordt gezien als prijsloos. Er is geen streven naar doelmatigheid. De derde periode is de periode van ongebreideld gebruik. Deze periode wordt gekenmerkt door een onstuimig gebruik van

Tabel 1: Volledige economische evaluatie

Methodie	Vergelijking	Kostenmeting	Effect meting
KEA (kosteneffectiviteit)	Ja	Monetaire waarde	Natuurlijke eenheden (gewonnen levensjaren, pijnvrije dagen)
KUA (kosten-utiliteit)	Ja	Monetaire waarde	Voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALYs)
KBA (kosten-baten)	Ja	Monetaire waarde	Monetaire waarde

de economische evaluatietechnieken. Kosten worden overall tegenaan geplakt, zonder dat er echt vanuit een gedegen opzet kosten en effecten tegen elkaar worden afgezet. Een kosten-batenanalyse wordt al snel een kostenanalyse, dat wil zeggen een analyse waarbij alleen wordt gekeken naar één interventie, zonder een vergelijking en zonder de kosten af te wegen tegen de effecten. De vierde periode is een periode van constructieve ontwikkeling. Deze periode bestaat uit duidelijkheid over doelmatigheid. Tijdens deze periode wordt duidelijk wat doelmatigheid kan en wat niet. Een standaardmethode voor doelmatigheid wordt ontwikkeld. Vele studies voor doelmatigheid binnen een veld worden opgezet, in eerste instantie vaak voor farmacotherapie. De vijfde periode is de periode van sublieme distinctie. Deze periode wordt gekenmerkt door een waardering voor doelmatigheid in samenhang met de specifieke kenmerken van het specialisme ouderengeneeskunde. Echter, voor het specialisme ouderengeneeskunde is dit vooralsnog een sprookjesland. Op dit moment bevindt het specialisme zich waarschijnlijk in de periode van de constructieve ontwikkeling. Enkele economische evaluatiestudies zijn nu opgezet en gefinancierd, bijvoorbeeld de studie naar de effecten van een op maat gesneden multidisciplinair nazorgprogramma voor ouderen met een CVA na afronding van revalidatie binnen het verpleeghuis. In het specialisme ouderengeneeskunde zijn we met de ervaringen van andere disciplines op weg naar de periode van sublieme distinctie.

Welke verdere stappen kunnen we ondernemen om economische evaluatiestudies in het specialisme ouderengeneeskunde verder vorm te geven?

Bij het specialisme ouderengeneeskunde kunnen onderzoekers een aantal uitdagingen tegenkomen, indien ze een economische evaluatiestudie willen uitvoeren.

Ouderengeneeskunde richt zich vaak op het continuüm van zorg; de interventies spreiden zich uit van (vroeg)diagnostiek tot en met de behandeling en zorg. In dit zorgcontinuüm spelen verschillende disciplines een rol. Hierdoor zijn de specifieke geneeskundige behandelkosten niet of nauwelijks

afzonderlijk te destilleren uit het geheel van zorg. In economische evaluatiestudies wordt het maatschappelijk perspectief als noodzakelijke voorwaarde gesteld. Aan deze voorwaarde kan worden voldaan, mits vrijwilligershulp en mantelzorg ook in financiële termen worden gewaardeerd. Daarnaast is vanuit een maatschappelijk perspectief een belangrijk positief aspect van interventies vaak een verbetering in de arbeidsparticipatie en gewonnen levensjaren. Het overgrote deel van de verpleeghuisbewoners bestaat uit ouderen boven de 65 jaar. Toepassing van deze aspecten bij het specialisme ouderengeneeskunde leidt daarom altijd tot scheve verhoudingen, bijvoorbeeld als je de potentiële winst van deze interventies zou vergelijken met interventies bij jongvolwassenen.

In economische evaluatiestudies wordt ervan uitgegaan, dat patiënten van volledige gezondheid naar één ziekte evolueren en vervolgens weer volledig gezond worden. Binnen de ouderengeneeskunde is sprake van multimorbiditeit en zullen patiënten in de meeste gevallen nooit meer volledig gezond worden. Vanwege deze multimorbiditeit ontstaat bij economische evaluatiestudies de uitdaging die te maken heeft met het waarderen van de kwaliteit van leven. De instrumenten om deze kwaliteit van leven te waarderen, zijn gericht op één ziekte en houden met multimorbiditeit geen rekening.

Bij economische evaluatiestudies wordt vaak gebruikgemaakt van zelfrapportages door de patiënt, onder andere omdat de ervaren kwaliteit van leven centraal staat. Zelfrapportages kunnen in het specialisme ouderengeneeskunde moeilijk worden toegepast, omdat daarbij geen rekening wordt gehouden met de kenmerken van de doelgroep. De doelgroep in het specialisme ouderengeneeskunde bestaat veelal uit cognitief beperkte ouderen, die moeilijk hun mening uitdrukken en een waardering kunnen geven. De patiënt kan vanwege de cognitieve beperking zelf vaak niet aangeven door middel van een vragenlijst hoe zijn of haar kwaliteit van leven is. Daarvoor in de plaats wordt de kwaliteit van leven vaak gemeten door middel van zogenoemde proxies, meestal mantelzorgers.

Een economische evaluatiestudie wordt door de subsidiegever (ZonMw) met name gesubsidieerd nadat door middel van een experimenteel design

(Randomised Clinical Trial) of een modelstudie het effect van een interventie is aangetoond. In het specialisme ouderengeneeskunde zijn onderzoeken met een experimenteel design of een modelstudie maar mondjesmaat uitgevoerd. Een experimenteel design is vaak niet opportuun binnen de ouderengeneeskunde. Vragen als: 'Hoe zit het met de onzekerheid en variatie in diagnose en behandeling? Is de generaliseerbaarheid van de behandelingen wel relevant? Hoe definieer je in het specialisme ouderengeneeskunde een succesvolle behandeling? Is de follow-upperiode in het onderzoek voldoende lang?' kunnen nog niet worden beantwoord. Voor een modelstudie ontbreekt de evidence-based input, die de basis vormt van een model.

Conclusie

Uit het voorgaande blijkt dat economie in de gezondheidszorg en specifiek in het specialisme ouderengeneeskunde onvermijdelijk is, omdat middelen schaars zijn. Daarom kijken we breed, dat wil zeggen vanuit een maatschappelijk perspectief, naar kosten en effecten. Dus naar economische evaluaties. Helaas worden er weinig economische evaluatiestudies in het specialisme ouderengeneeskunde uitgevoerd. Dat komt mede doordat evidence-based interventieonderzoek in het specialisme ouderengeneeskunde schaars is. Een van de complicerende factoren met betrekking tot de uitvoering van economische evaluatiestudies is de doelgroep. Deze bestaat voornamelijk uit kwetsbare ouderen met multimorbiditeit. Om economisch evaluatieonderzoek binnen het specialisme ouderengeneeskunde een rijke toekomst te geven is het goed als behandelaars en onderzoekers vanuit deze groep in samenwerking met gezondheidseconomische experts zelf de handschoen oppakken. Dit kan door gezamenlijk economische evaluatiestudies op te zetten binnen het specialisme ouderengeneeskunde.

Literatuur

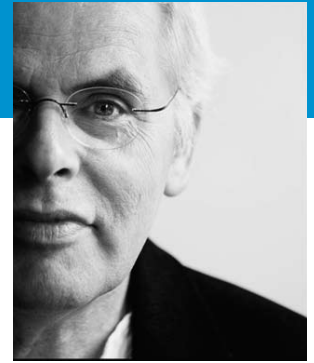
1. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, et al. *Methods for economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
2. Rutten-van Mölken MPM, Busschbach JJ van, Rutten FFH. Van kosten tot effecten; een handleiding voor evaluatiestudies in de gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2000.
3. www.hsrn.nl.
4. www.researchschoolcare.nl.
5. www.erasmussummerprogramme.nl.
6. Slobbe LCJ, Kommer GJ, Smit JM, et al. Kosten van ziekten in Nederland 2003. Zorg voor euro's-1. Bilthoven: RIVM, 2006.
7. www.cvz.nl/zorgcijfersdata.
8. www.minvws.nl/awbz.
9. Ministerie van VWS. Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging. Versie 2009, 4 november 2008, PJ/08/2877/imz.
10. Peerenboom PBG, Spek J, Zekveld G, et al. Revalidatie in de AWBZ: Omvang, aard en intensiteit. Etc Tangram en LUMC/PHEG Verpleeghuis-geneeskunde, 31 maart 2008 (www.etc-tangram.nl).
11. Project: The effects and costs of cranberry use to prevent clinical urinary tract infections in nursing home residents, www.onderzoekinformatie.nl/nl/oi/nod/onderzoek/OND1326399.
12. Grote Van Dale, Groot woordenboek. 14de druk. Utrecht: Van Dale, 2005.
13. Habbema JDF. Wat is medische technology assessment? In: Habbema JDF, Casparie AF, Mulder JH et al. (red.). *Medische technology assessment en gezondheidsbeleid*. Alphen aan de Rijn: Samson Stafleu, 1989, pp. 23-34.
14. Knapp M. Economic evaluation and mental health: sparse past ... fertile future? *J Ment Health Policy Econ* 1999; 2(4): 163-167.

Samenvatting

In toenemende mate worden ook binnen het specialisme ouderengeneeskunde kosten en effecten van interventies tegen elkaar afgewogen. Het artikel geeft een introductie van economische evaluatiestudies in het specialisme ouderengeneeskunde. Het bespreekt allereerst wat economische evaluaties inhouden, vervolgens op welke wijze deze een plek kunnen hebben binnen het specialisme ouderengeneeskunde. Vanwege de schaarste van beschikbaar evidence-based interventieonderzoek worden tot op heden binnen het specialisme ouderengeneeskunde nog weinig economische evaluatiestudies uitgevoerd. Er wordt voor gepleit dat wel te doen, onder meer door samenwerking met gezondheidseconomische experts.

Bert Keizer

Jacobien Erbrink / Correspondentie: j.erbrink@vanneynsel.nl



Bert Keizer (1947) is filosoof, schrijver en specialist ouderengeneeskunde (niet noodzakelijkerwijs in deze volgorde). Hij is binnen en buiten de beroepsgroep vooral bekend geworden met zijn boek 'Het refrein is Hein' (1994). Daarna volgden 'Tijdelijk feest' (1998, over zijn ervaringen als arts in Kenya), 'Taal, de dwalende gids' (2000, een introductie op het denken van Ludwig Wittgenstein), 'Alles wordt niets' (2002, een bundeling van columns en essays) en 'Welk een waagstuk is een brief' (2008, een selectie van vertaalde brieven van Emily Dickinson). Ook schreef hij het libretto voor de opera 'Alzheimer' (2006). Met regelmaat neemt hij deel aan het publieke en professionele debat over zaken die op het vlak van ethiek en (ouderen)geneeskunde liggen en zijn columns in *Medisch Contact* en *Trouw* vinden hun weg naar vele gretige lezers.

In 2007 liep Bert Keizer, op uitnodiging van de VU, als schrijver enkele maanden mee op de afdeling Neurochirurgie. In zijn onlangs verschenen boek 'Onverklaarbaar bewoond' (zie ook de boekbespreking op pagina 107) gaat hij aan de hand van zijn ervaringen op de afdeling neurochirurgie op zoek naar de aard van de relatie tussen het brein en de ziel van de mens.

1 In je boek 'onderzoek' je het onbegrijpelijke mysterie van de verbintenis tussen brein en ziel. Je hebt daarvoor dus ook drie maanden met de neurochirurgen meegelopen. Hoe heeft dat proces en die ervaring je huidige werk in het verpleeghuis beïnvloed?

Het heeft mijn werk in het verpleeghuis niet beïnvloed. Het was een excursie naar een ander land. Ik was daar niet op zoek naar suggesties over mijn dagelijkse werk. Het zou me ook verbazen als ik die had aangetroffen. Wat ik wilde, was materiaal zoeken voor een filosofisch getinte verhandeling met nogal overweldigende plaatjes. Overigens, kunnen we 'mysterie' schrappen? Rond een mysterie dreigt altijd iets gewijds zijn intrede te doen.

Iets waar je voor moet knielen. Mensen gaan dan dingen zeggen in de trant van: dit gaat ons bevattingsvermogen te boven. En daar zit weer de hint in naar een Hoger Bevattingsvermogen dat deze zaken wel doorziet. Vruchteloos. 'Onbegrijpelijk' moet wel blijven staan.

2 Neurochirurgie is een geheel ander vak dan ouderengeneeskunde. Wat kunnen specialisten ouderengeneeskunde en neurochirurgen naar jouw idee van elkaar opsteken?

De neurochirurg mag van mij wat meer troosten, tussen de operaties door. Dat ze dat niet doen, komt niet omdat ze niet deugen, maar door een niet uit te roeien misverstand over de aard van wetenschappelijke kennis van ziekteverschijnselen. Op een MRI-scan zie je niet hoe verdrietig een mens is. En wat ons clubje betreft: ook ik heb wel gedacht bij sommige neurochirurgische patiënten: ze snijden maar raak. Dat is een veel te lichtvaardig oordeel. De specialist ouderengeneeskunde mag zich getroost voelen in de wetenschap dat neurochirurgen heel wat verder tellen dan tot tien voordat ze een ingreep uitvoeren.

3 Je bent, mede door je publicaties, een belangrijk vertegenwoordiger van het specialisme ouderengeneeskunde in het publieke domein. Zie je dat zelf ook zo? Welke boodschap wil je daarbij in ieder geval overbrengen?

Zo'n vertegenwoordigerspositie wordt je opgeplakt. Dat meet je jezelf niet aan. Ik schrijf heen en weer tussen filosofie, geneeskunde, ethiek en literatuur. En uit elk van die domeinen word ik afwisselend bemoedigend en fronsend aangekeken. Mijn boodschap? Ik vind dat een arts bijna even veel waarde moet hechten aan MRI-scans als aan persoonlijke beslommeringen. Die balans is verdwenen uit het ziekenhuis, dat verworden is tot een diagnosefabriek. Een maand terug zat een dierbare collega uit ons verpleeghuis tegenover de internist. Zij vertelde hem dat hij een pancreascarcinoom had. Diagnose rond na een echogeleide punctie uit de cauda. Hij kon al niet meer op zijn benen staan. Haar tweede mededeling was: 'U kunt naar huis.' Inderdaad, diagnosefabriek. Maar wat moet ze dán zeggen? Nou, 'ik blijf bij u' was mooi geweest. Ach, waar hebben we het over. Al zou ze het willen, dan nog zou het ziekenhuis steigeren bij een dergelijk voornemen.

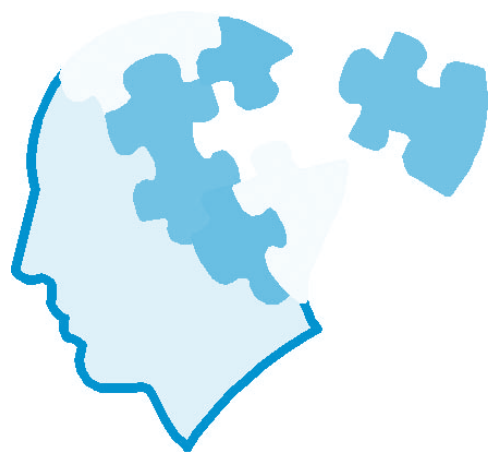
Mijn tweede boodschap is: niet afhaken, en vooral niet onverschillig, bitter of cynisch worden als je er niet in slaagt het vak op dit punt te veranderen. Geneeskunde is immers een moeilijk te vatten amalgaam van biochemie, doodsangst, werktuigbouw, biologie, informatica, magie en nog meer doodsangst. De huidige gedaante van het vak is over honderden jaren ontstaan. Het is nogal naïef om te denken dat je dat even bij kunt stellen in een richting die jou meer aanstaat.

4 Wat zal een naderend pensioen betekenen voor deze positie, gaat die wat jou betreft veranderen?

Je raakt een zenuw. Ik verlang niet naar mijn pensioen. Ik heb geen 'hobby's'. Die 'positie' zal in rook opgaan als ik van de werkvloer wegdrijf. Eens zal ik van alles wegdrijven. Kunnen we het over iets anders hebben?

5 Je hebt de laatste jaren veel geschreven. Hoe komt dat – heeft dat met de levensfase te maken? – of is dat toeval? Waar zal je volgende boek over gaan?

Ik weet eigenlijk niet of ik de laatste tijd meer schrijf. Ik denk niet dat het met rijping of rotting te maken heeft. De een schrijft als hij groeit, omdat hij groeit. De ander idem met krimp. Het is ook niet zo dat ik meer schrijf, omdat ik minder dokter. Ik werk al meer dan tien jaar drie dagen per week. Die Dickinsonvertaling was niet echt schrijven, maar vertalen. Uniek avontuur trouwens, want ik heb veel huiswerk moeten maken rond die brieven. Ik heb daar een zeer speciale vriendin aan overgehouden. Ik doel op Emily Dickinson zelf. Is het niet ongelooflijk dat je iemand na haar dood van zo heel nabij kunt leren kennen? Ik ga nu aan de gang met het libretto voor een opera over Wittgenstein met de componist Chiel Meijering, met wie ik ook de Alzheimeropera maakte.



Screening op ondervoeding in verpleeg- en verzorgingshuizen: het stoplichtsysteem van de SNAQ^{RC}

Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding

dr.ir. Hinke M. Kruizenga, diëtist-onderzoeker VUmc Amsterdam & projectleider ondervoeding, Stuurgroep Ondervoeding (www.stuurgroepondervoeding.nl) / Correspondentie: h.kruizenga@vumc.nl

Inleiding

Eten en drinken is essentieel voor het behoud van de gezondheid en hebben daarnaast ook een belangrijke sociale en genotsfunctie. Ondanks de grote betekenis van een goede voedingstoestand krijgen eten en drinken in de zorg niet altijd de aandacht die ze verdienen. De prevalentie van ondervoeding is in algemene ziekenhuizen 15-40%, in de woon-, zorg- en welzijngroepen (verpleeghuizen en verzorgingshuizen) 12-28% en in de thuiszorg 18-26% (Landelijke Preventiemeting Zorgproblemen 2004-2009).¹ We spreken bij ouderen van een slechte voedingstoestand wanneer de BMI kleiner of gelijk is aan 20 en/of wanneer er in de laatste zes maanden sprake is van een onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 10% en/of er meer dan 5% onbedoeld gewichtsverlies is ontstaan in de laatste maand. Er is sprake van een matige voedingstoestand bij een BMI van 20-22 en/of een gewichtsverlies van 5-10% in de laatste zes maanden.²

Bewaken van de voedingstoestand

Tijdige diagnostiek en behandeling van ondervoeding leiden tot verbetering van de voedsel- en vochtinname, herstel en handhaving van het gewicht, verbetering van de voedingstoestand, verbetering van parameters zoals onder meer spierkracht, vermindering van complicaties en een hogere kwaliteit van leven.

In een aantal verpleeghuizen wordt al structureel gescreend op ondervoeding. Door screening is vroegtijdige her- en onderkenning van ondervoeding mogelijk. In het verbeterde 'kwaliteitskader verantwoorde zorg' (www.zichtbarezorg.nl) is screening op ondervoeding opgenomen. Er wordt nagevraagd of er structurele risicosignalering op ondervoeding wordt uitgevoerd, wat de uitslag van deze risicosignalering was en of er adequate opvolging heeft plaatsgevonden. Verder worden de vragen van de SNAQ^{RC} (Short Nutritional Assessment Questionnaire for Residential Care; een nieuw ontwikkeld screeningsinstrument) voor elke

cliënt nagevraagd met exclusie van terminale en oncologische cliënten.

In verpleeg- en verzorgingshuizen was er, in navolging van de SNAQ^{RC}-screening in de ziekenhuizen, behoefte aan een praktisch en weinig arbeidsintensief instrument voor de screening en behandeling van cliënten met kans op ondervoeding. Daarom hebben V&VN en de Stuurgroep Ondervoeding met subsidie van het programma Zorg voor Beter van ZonMw het project 'Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in Nederlandse Verpleeg- en Verzorgingshuizen' uitgevoerd.

De doelen van dit project waren:

- de ontwikkeling van een snel en eenvoudig screeningsinstrument voor routinematige screening van verpleeg- en verzorgingshuiscliënten inclusief de kruisvalidatie (zie kader 1);
- de ontwikkeling van een screenings- en behandelplan voor ondervoeding; en
- de ontwikkeling en uittesten van een toolkit met benodigdheden voor toepassing in de praktijk.

Kader 1: Ontwikkeling van de SNAQ^{RC}

Het onderzoek is in de periode van februari tot juni 2007 (periode 1) en april tot mei 2008 (periode 2) uitgevoerd in acht Nederlandse verpleeg en verzorgingshuizen. De SNAQ^{RC} (Short Nutritional Assessment Questionnaire for Residential Care) is ontwikkeld door in periode 1 bij 308 cliënten uit een uitgebreide vragenlijst te meten welke vragen het meest voorspellend waren voor ondervoeding. De combinatie van vier vragen met de BMI bleek daarbij voldoende voorspellend. Deze vragen zijn in periode 2 gekruisvalideerd in een groep van 720 cliënten. In dit onderzoek golden de volgende definities: *Slechte voedingstoestand*: BMI \leq 20 en/of \geq 10% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste zes maanden en/of \geq 5% onbedoeld gewichtsverlies in de laatste maand.

Matige voedingstoestand: BMI van 20-22 en /of een gewichtsverlies van 5-10% in de laatste zes maanden.

In de ontwikkelgroep was 8% van de cliënten in een slechte voedingstoestand en 11% in een matige voedingstoestand. In de populatie waarin de kruisvalidatie is uitgevoerd was 23% in een slechte en 16% in een matige voedingstoestand. In figuur 1 staan de vragen die het meest voorspellend bleken voor ondervoeding. Er is gekozen voor een scoresysteem met stoplichtkleuren zodat er geen score opgeteld moet worden en de uitslag sprekend en duidelijk is. De diagnostische waarde van de SNAQ^{RC} is goed: sensitiviteit 87%, specificiteit 82%, positief voorspellende waarde 59% en negatief voorspellende waarde 95%.³



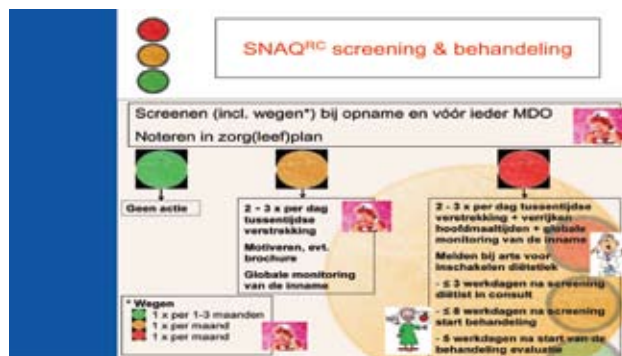
Figuur 1

Het SNAQ^{RC} screening en behandelplan

De verzorgende weegt de cliënt bij opname en voor elk MDO. De lichaamslengte wordt bij opname gemeten door de onderbeenlengte te meten en de lichaamslengte te berekenen (zie toolkit op www.stuurgroepondervoeding.nl). De verzorgende neemt bij opname en voor ieder MDO de SNAQ^{RC} af bij de cliënt, bepaalt de BMI met de draaischijf en bepaalt de stoplichtscore rood, oranje of groen. De stoplichtscore wordt opgenomen in het zorgplan van de cliënt en wordt besproken in het MDO. Vervolgens wordt het behandelplan gevolgd zoals beschreven op de achterzijde van de SNAQ^{RC} (figuur 2).

Multidisciplinaire taakverdeling

De verzorgende screent elke (nieuwe) cliënt bij opname en voor elk MDO op ondervoeding. De verzorgende zorgt bij een oranje en rode score, dat de cliënt dagelijks twee tot drie extra verstrekkingen krijgt, naast de drie hoofdmaaltijden.



Figuur 2

De verzorgende geeft een rode score direct door aan de arts, zodat deze kan bepalen of de inzet van diëtiek en/of andere professionele deskundigheid binnen het afgesproken behandelbeleid nodig is. De verzorgende stimuleert en motiveert de cliënten met een oranje of rode score en monitort globaal de voedingsinname door middel van de methode 'Meet en Weet wat de cliënt eet' (zie www.stuurgroepondervoeding.nl in toolkit V&V) en verder monitort ze het gewicht 1x/maand.

De verzorgende rapporteert in het zorgdossier als de inname van vocht en voeding verandert.

De arts schakelt de diëtist en/of zo nodig andere professionals (ergotherapeut, logopedist, fysiotherapeut) in bij de diagnostiek en behandeling van cliënten die rood scoren.

De diëtist objectiveert (het verloop van) de voedingstoestand (diagnose ondervoeding) en optimaliseert de inname van vocht en voeding door middel van adviezen aan de cliënt en de verzorging.

Behandelplan en evaluatie

De diëtist berekent de voedingsbehoefte en in hoeverre de voedingsinname hiermee in overeenstemming is. De energiebehoefte wordt berekend met de Harris&Benedict-formule of de FAO/WHO-formule. In het algemeen is een toeslag van 30% voor activiteit voldoende.

Voor de meeste ondervoede cliënten geldt dat 1,2-1,5 g eiwit per kg lichaamsgewicht voldoende is. In de formules voor energiebehoefte kan ook bij ondergewicht en overgewicht gebruik worden gemaakt van het actuele gewicht en voor de eiwitbehoefte moet bij cliënten met een BMI > 27 het gewicht bij BMI 27 gebruikt worden.

Start behandelplan

De diëtist wordt binnen drie dagen in consult geroepen en zet binnen acht dagen het behandelplan in. Binnen vijf dagen na de start van het behandelplan is het eerste evaluatiemoment. Na deze eerste evaluatie verloopt de evaluatie van de behandeling volgens schema 1.



Behandelplan **ondervoede cliënten** (onder behandeling van diëtist)

Inname versus behoefte	Advies	Vervolg (incl termijnen)
100% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding (verrijkte hoofdmaaltijden, tussentijdse verstrekingen en evt. drinkvoeding)	Globale monitoring inname door voedingsassistent / verzorging
75-100% van de behoefte	Energie- en eiwitrijke voeding (verrijkte hoofdmaaltijden, tussentijdse verstrekingen en evt. drinkvoeding)	≤ 10 werkdagen: evaluatie of de behoefte met inname wordt gedekt Continueren of aanvullen met drinkvoeding
50 - 75% van de behoefte	Drinkvoeding of sondevoeding, mits passend binnen behandelbeleid	≤ 5 werkdagen: evaluatie of de behoefte met inname wordt gedekt Continueren of overgaan op sondevoeding
< 50% van de behoefte	Volledige of aanvullende sondevoeding, indien mogelijk drinkvoeding, mits passend binnen behandelbeleid	≤ 2 werkdagen: evaluatie of de behoefte met inname wordt gedekt Continueren of orale voeding (drinkvoeding) indien mogelijk

Schema 1

Hoe de SNAQ^{RC} in te voeren?

In het project 'vroeg herkenning en behandeling van ondervoeding in verpleeg- en verzorgingshuizen' is ervaring opgedaan in de implementatie van de tijdige screening en behandeling in V&V-sector. Op de site van de Stuurgroep Ondervoeding staat een toolkit met bruikbare informatie. Het uiteindelijke doel is om te komen tot een brede implementatie van screening en behandeling van cliënten die zijn opgenomen in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Dit kan gebeuren door het instellen van een brede projectgroep in de instelling. De wenselijke samenstelling van de projectgroep is:

- verpleegkundig (of zorg)manager (vertegenwoordiger met invloed namens het management);
- specialist ouderengeneeskunde;
- hoofd facilitaire dienst/hoofd keuken;
- kok;
- kwaliteitsfunctionaris;
- (praktijk)verpleegkundige of nurse practitioner;
- verzorgende of EVV'er;
- voedingsassistent;
- diëtist.

De taak van de instellingsbrede projectgroep is:

- het agenderen van aandacht voor ondervoeding in de locaties;
- het informeren en zo nodig mobiliseren van de achterban;
- het faciliteren van de uitvoering en waar nodig belemmeringen wegnemen;
- het bewaken van de voortgang met terugkoppeling naar de raad van bestuur.

De projectgroep kan verder werkgroepen op de afdelingen in het leven roepen.

Elke deelnemende (verpleeg)afdeling formuleert daarmee een werkgroep (= verbeterteam). De werkgroepleden kennen de collega's goed en kunnen

aansluiten bij de werkwijze en de doelgroep van de (verpleeg)afdeling. De werkgroepen zijn er verantwoordelijk voor om het verbeterproject op de eigen (verpleeg)afdeling uit te voeren. In de afdelingswerkgroep kunnen de volgende mensen zitten: manager of hoofd van de afdeling; twee verzorgenden; voedingsassistenten; specialist ouderengeneeskunde van de afdeling; diëtist van de afdeling.

Website en toolkit

Op de website, www.stuurgroepondervoeding.nl, is er relevante informatie voor de verpleeg- en verzorgingshuizen beschikbaar en is de toolkit te vinden. Op deze site staat naast het wetenschappelijke artikel over de ontwikkeling en de validatie van de SNAQ^{RC} ook de richtlijn Screening & behandeling van ondervoeding.² Hierin staat beschreven hoe er op ondervoeding gescreend kan worden in alle sectoren van de gezondheidszorg.

Ten slotte

De SNAQ^{RC} lijkt een goed en praktisch hulpmiddel om de voedingstoestand van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen te verbeteren. Dit is van groot belang aangezien de gevolgen van ondervoeding ernstig zijn. Het instrument levert hiermee een belangrijke bijdrage aan verbetering van de kwaliteit van leven van cliënten in deze instellingen

Diagnostische waarde SNAQ en SNAQ^{RC}

	SNAQ ^{RC}	SNAQ
Sensitiviteit	92%	92%
Specificiteit	95%	95%
Positief voorspellende waarde	78%	92%
Negatief voorspellende waarde	94%	95%

Kader 2: Screening op ondervoeding is noodzakelijk; ook op de transferafdeling

Mede-auteurs: Diana A.P. Vredegoor Bsc, diëtist Osiragroep Amsterdam & transferafdeling VUmc Amsterdam / **drs. Dineke M. Janse van Mantgem,** specialist ouderengeneeskunde Osiragroep Amsterdam & transferafdeling VUmc Amsterdam

Achtergrond

De populatie die verblijft op een transferafdeling, valt tussen de ziekenhuis en de verpleeghuispopulatie. Er zijn nog geen onderzoeksgegevens bekend over de prevalentie van ondervoeding op de transferafdeling. Doordat er geen cijfers over de prevalentie bekend zijn, is het lastig om te beslissen welk screeningsinstrument het meest valide is in deze groep.

Op de transferafdeling van het VUmc hebben Diana Vredegoor, Dineke Janse van Mantgem en Hinke Kruizenga de prevalentie van ondervoeding gemeten en is gekeken welk screeningsinstrument het beste kan worden toegepast voor de vroege herkenning van deze groep.

Methode

De onderzoeksgroep bestond uit 100 cliënten die op transferafdeling van het VUmc verbleven in de periode maart 2008 tot en met mei 2008. De voedingstoestand is bepaald en de diagnostische waarde van de twee meest relevante screeningsinstrumenten, de SNAQ en de SNAQ^{RC}, zijn gemeten.

Resultaten

Uit het onderzoek bleek dat van de 100 cliënten die in deze periode op de transferafdeling van het VUmc verbleven, 39% ($n = 39$) ernstig ondervoed waren. Hiervan hadden 13 cliënten (33%) een $BMI \leq 20$. Zesentwintig cliënten (42%) hadden meer dan 5% gewichtsverlies gehad in een maand en tevens hadden 26 cliënten meer dan 10% gewichtsverlies in de afgelopen zes maanden. Negen cliënten hadden een mengvorm van chronische en acute ondervoeding, zich uitend in een te lage BMI en onbedoeld recent gewichtsverlies.

Van de 100 cliënten waren 25 cliënten (25%) matig ondervoed en 36 (36%) niet ondervoed. Van deze laatste groep had 50% een $BMI \geq 28$. De sensitiviteit en de specificiteit van de SNAQ en de SNAQ^{RC} waren boven de 90%.

Conclusie

De prevalentie van ondervoeding op de transferafdeling is hoog, zelfs hoger dan in de verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuizen. De SNAQ en de SNAQ^{RC} zijn beide zeer geschikt om als screeningsinstrument in deze setting te gebruiken. Gezien het hoge percentage overgewicht op de afdelingen is het een optie om met de SNAQ^{RC} te gaan screenen aangezien met dit instrument de cliënten met een $BMI > 28$ ook herkend worden. Aan de andere kant is het de vraag of het relevant is om te screenen op overgewicht aangezien de transferafdeling een tijdelijke verblijfplek is waar een behandeling van overgewicht niet gelijk prioriteit heeft. Het gebruiksgemak van de SNAQ pleit voor een keuze voor dit instrument.

Literatuur

1. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2009. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2009.
2. Richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding, Stuurgroep Ondervoeding, oktober 2009, www.stuurgroepondervoeding.nl.
3. Kruizenga HM, Vet HCW de, Marissing CME van, et al. The SNAQRC, an easy traffic light system as a first step in the recognition of undernutrition in residential care. *J Nutr Health Aging* 2010; 14(2): 83-89.

Collega's onder mekaar

Amuse

Jacobien Erbrink / Correspondentie:
j.erbrink@vanneynsel.nl

Peter keek op zijn horloge. Bijna half één, lunchtijd. Uit zijn werktas viste hij brood en een halve komkommer in een plastic zakje. Even zat hij besluiteloos met het brood voor zich aan zijn bureau. Zou hij gewoon op de kamer eten? Of zou hij haar opzoeken om samen te gaan eten? Hij betrapte zich op een voor hem ongebruikelijk verlangen naar gezelschap. Haar gezelschap. Zuchtend liet hij zijn brood van zijn ene in zijn andere hand glijden. Uiteindelijk nam hij een besluit. Hij stak de komkommer in zijn zak en ging op zoek.

Door de geopende deur van de huiskamer zag hij haar zitten. Een roze vlam naast een bleke, geagiteerde man in rolstoel. Zachtjes ging hij naar binnen en probeerde haar aandacht te trekken. De man in de rolstoel keek het eerste op.

'En wie bent u nou weer?' vroeg hij agressieverig.

Peter voelde zich ongemakkelijk. Hij wilde niet storen in hun gesprek, maar vond het ook onbeleefd om niets te zeggen. 'Dokter Prins,' stelde hij zich aan de man voor. 'Aha, een collega,' sprak de man ineens geïnteresseerd, 'dat treft!'

Sabine keek hem chagrijnig aan, ze kon de interruptie niet waarderen. Hij voelde zich nu nog ongemakkelijker. Beleefd probeerde hij zich uit de situatie te redden. 'Ik kom voor dokter Groenling,' legde hij uit.

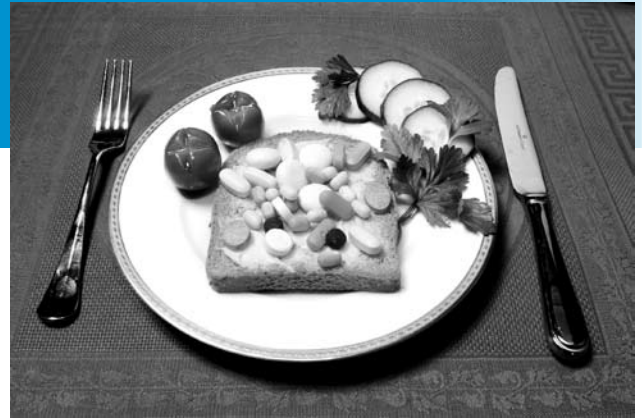
'U ziet er uit als een zeer ervaren arts,' ging de man onverstoort verder, 'bent u de baas hier?' Peter voelde zich van zijn stuk gebracht, hij wist niet of hij deze referentie aan zijn senioriteit nu als een compliment of een belediging moest opvatten. Voor hij daarover uit was ging de man alweer door. 'Ziet u, ik ben zelf namelijk ook arts,' hij ging trots rechtop zitten, 'veertig jaar eigen praktijk.' Zijn ogen glommen.

Peter knikte bewonderend. 'Een respectabele staat van dienst!' probeerde hij af te ronden.

Hij zag Sabine ongeduldig bewegen. 'Je stoort in een goed gesprek,' bitste ze.

'Nou, zo goed was dat gesprek niet, hoor,' viel de man in de rolstoel onmiddellijk in, hij boog zich naar Peter over en fluisterde 'Ze proberen mij te vergiften hier.'

Sabine draaide met haar ogen en ging zuchtend achterover zitten. Peter zag nu geen kans meer om nog fatsoenlijk te ontsnappen en besloot het spel maar mee te spelen. 'Dat is niet zo mooi,' fluisterde hij op een even samenzweerderige toon terug, 'en waarom denkt u dat?'



De man blikte veelbetekenend in de richting van Sabine en siste: 'Ze spuiten me hier iets in, ik weet het zeker, ik ben toch niet gek?!' Hij wond zich zichtbaar op en draaide een kwartslag met zijn trippelrolstoel. Hij negeerde Sabine volkomen. Peter zag hoe ze haar mond tot een streep trok en haar armen boos over elkaar sloeg. Hij keek naar haar en vroeg om wat voor medicatie het ging.

'Vitamine-B₁₂,' antwoordde ze stug. Peter keek naar de man om te zien of hij het gehoord had. De man keek strak terug. 'U krijgt vitamine-B₁₂,' herhaalde hij. Nu stak de man zijn kin in de lucht. 'Hydrocobamine bedoelt u?' zijn stem klonk neerbuigend.

Peter knikte verrast. 'En waarom moet ik hydrocobamine krijgen?' ging de man door. Peter keek naar Sabine. Ze antwoordde met tegenzin, 'Omdat u een bloedarmoede hebt.' De man bleef stoicijns naar Peter kijken. Peter schraapte zijn keel. 'Vanwege een megaloblastaire anemie.'

Nu leek de man zich te ontspannen. 'Pernicieuze anemie noemden wij dat vroeger,' doceerde hij. Peter grijnsde. 'Zo heet het nog steeds.'

De man grijnsde ook. 'U spreekt tenminste met gezag,' constateerde hij tevreden, 'u lijkt me een betrouwbare collega.' 'Dank u,' zei Peter, en hij voelde zich warempel gevleid.

'En denkt u dat die anderen hier ook te vertrouwen zijn?' vervolgde de man ernstig.

Peter trok een serieus gezicht. 'Ik heb het volste vertrouwen in het personeel en in dokter Groenling,' gaf hij aan.

'Dan moet het maar zo.' Berustend ging de man achterover zitten.

Peter stond op en gaf hem een hand. Hij liep naar de gang. Daar wachtte hij Sabine op. Ontstemd liep ze langs hem heen, 'Ik had het zelf ook wel afgekund, hoor.' Hij kromp ineen onder haar afkeurende blik. 'Ga je mee lunchen?' vroeg hij deemoedig.

Hij zag haar weifelen. 'Nee,' zei ze gedecideerd en liep van hem weg.

Onverklaarbaar bewoond

Jacobien Erbrink / Correspondentie: j.erbrink@vanneynsel.nl

Titel: Onverklaarbaar bewoond. Het wonderlijke domein van de hersenen ★★★★★

Auteur : Bert Keizer

Uitgever: Balans te Amsterdam

Aantal pagina's: 269

ISBN: 9789460032226

NUR: 870, 320



Het VUmc nodigde Bert Keizer uit in het kader van het project 'schrijver op de afdeling' mee te lopen op een afdeling. Hij koos, niet zonder reden, voor de neurochirurgie, liep drie maanden mee met de neurochirurgen, en legde zijn belevenissen vast in het recent verschenen boek 'Onverklaarbaar bewoond'. Zijn keuze voor neurochirurgie vloeide voort uit zijn fascinatie voor de onbegrijpelijke verbintenis tussen geest en brein. Datzelfde brein nu eens open en bloot te kunnen bestuderen via de weg van de neurochirurgie zou wellicht een tipje van die sluier van onbegrijpelijkheid kunnen oplichten.

Wat de lezer vervolgens opgediend krijgt, is een beeldende en voortvarend beschreven reeks gebeurtenissen uit de dagelijkse praktijk van de neurochirurg, afgewisseld met de overpeinzingen van de schrijver zelf aangaande voornoemde onbegrepen verbintenis. Alles in dat typisch Keizeriaanse voorthollende jargon dat ook veel van zijn andere publicaties (onder andere *Het refrein van Hein*) kenmerkt; dicht tegen gewone spreektaal aan schurend, doorspekt met hilarische metaforen en voorzien van even cynische als komische observaties. Jargon dat bedrieglijke eenvoud uitstraalt, maar op uitgebreide kennis drijft.

Wie het boek leest, krijgt naar mijn idee een behoorlijke indruk van het bijzondere werk der neurochirurgen. Zij komen als zeer vaardige, supergespecialiseerde durfals uit de kast. En grappig bovendien. Zij zijn daarbij wel vooral geïnteresseerd in het brein, niet in de geest of de ziel die eraan vastzit. Niet omdat zij contactgestoorde elektriciens zijn, maar omdat het uitoefenen van hun superspecialisme een intense focus vraagt op dat brein in engere zin. Het verschil tussen specialisten ouderengeneeskunde en neurochirurgen komt – via de avonturen van Bert Keizer zelf – dan ook steeds duidelijker naar voren naarmate het boek

vordert. Neem bijvoorbeeld dat koffiegesprek met neurochirurg-in-opleiding Suzanne. Het gesprek begint hoopvol met de gezamenlijke en spijtige constatering dat er nauwelijks tijd is om even bij patiënten binnen te lopen voor betekenisvol, niet-invasief contact. Dat duurt welgeteld twee regels. Daarna schakelt Suzanne soepel door naar een vurig en paginalang betoog over de anatomie van perifere zenuwen en van de wervelkolom, een onderwerp dat haar duidelijk meer aanspreekt dan het contact met de patiënt.

De ouderengeneeskundige met zijn integrale benadering van de mens en zijn overwegingen inzake wel of niet behandelen blijft een vreemde eend in de neurochirurgische bijt. En ook de daar heersende beeldvorming over het verpleeghuis kan nog wel een stevige *pimp* gebruiken.

Zoals de spitsvondige titel al doet vermoeden, komt aan de queeste naar het hoe en wat van de verbintenis tussen brein en geest met dit boek overigens niet meteen een einde. Het stellen van de vraag en het overpeinzen van de consequenties van die vraag blijken, zoals het hoort in de filosofie, belangrijker dan het antwoord. En laat het mysterie eigenlijk ook nog maar even mysterie blijven, het levert fraaie literatuur op. Het boek is inmiddels dan ook een bestseller geworden, de vijfde druk is gaande. Voor wie het nog niet las: snel doen!

De digitale revolutie: een basiscursus voor de specialist ouderengeneeskunde

Lonneke Schuurmans, specialist ouderengeneeskunde / Correspondentie: lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

De ontwikkelingen op mobiel digitaal gebied gaan razendsnel en doen het hart van iedere gadgetfan sneller kloppen. *Smartphones, e-readers, netbooks...* iedere maand verschijnt er wel een nieuw type dat nog sneller, nog beter en nog hipper is. De mogelijkheden zijn eindeloos. De studenten en coassistenten van nu weten deze nieuwe technologie moeiteloos te integreren in hun dagelijkse werk. Voor de gevestigde orde is het echter heel wat moeilijker om afscheid te nemen van hun met zorg door de jaren heen samengestelde klapper. De ezelsoren helpen om te navigeren naar het juiste protocol, de koffievlek herinnert aan een 'eureka'-moment, in de kantlijn staan duizendeneen handige aantekeningen gekriebeld. Je hebt het al die jaren gered zonder *touchscreen, WiFi of e-ink*, waarom dan nu overstappen? En als je zover bent om over te stappen, hoe maak je dan een keuze uit het ongelimiteerde aanbod van nieuwe technologieën?

De hardware

De mobiele digitale hardware kan grofweg worden ingedeeld in PDA's, smartphones, netbooks, e-readers en tablet-pc's (zie tabel 1). Wat is het en wat kun je ermee?

PDA & smartphone

De PDA (personal digital assistant) is in de jaren negentig oorspronkelijk begonnen als zakcomputer met agendafunctie (een persoonlijke organisator) ter vervanging van de papieren agenda. Stilaan hebben de functies zich uitgebreid tot een volwaardige zakcomputer, ook wel handheld genoemd. Veel software van de gewone desktop-pc is inmiddels ook in een mobiele variant beschikbaar. Denk hierbij aan tekstverwerking, internet, e-mail, het gebruik van naslagwerken en databases, GPS-navigatie en games. Een PDA werkt in principe hetzelfde als een gewone desktopcomputer en bevat eveneens een – zij het minder krachtige – processor. Invoer van data gebeurt via een klein toetsenbordje en/of een aanraakscherm (touchscreen) met pen (stylus) of vinger.

Een PDA kan worden verbonden met een desktop-pc of laptop, draadloos of met een directe verbinding. Op deze manier kun je eenvoudig je agenda en mailbox synchroniseren, bestanden overzetten en software installeren. Je kunt een PDA dus volledig

personaliseren met de software en data die je graag mobiel wilt gebruiken.

Door het kleine formaat is een PDA vooral een mobiel hulpmiddel, praktisch om bij de hand te hebben om informatie op te zoeken, om je agenda te raadplegen of om snel een aantekening te maken. Op deze manier kan een PDA een waardevolle bijdrage leveren aan bijvoorbeeld een visite. Denk bijvoorbeeld aan het opzoeken van juiste doseringen bij het voorschrijven van medicatie of het snel nalezen van stappenplannen bij het instellen van een therapie of het inplannen van een familiegesprek in je agenda.

de smartphone is multifunctioneel en populairder dan de PDA

De smartphone is eigenlijk een specifiek type PDA, waarbij een telefoonfunctie wordt gecombineerd met PDA-functionaliteit. Dit betekent dat je geen losse telefoon meer nodig hebt. Bellen en tegelijk iets opzoeken (denk aan een telefoontje in de dienst) kan via de speakerfunctie of een oortelefoontje. Een smartphone heeft daarnaast als voordeel dat je (via een data-abonnement bij je telefoonprovider) ook via het telefoonnetwerk gebruik kunt maken van internet en dus niet afhankelijk bent van een wel of niet beschikbaar draadloos netwerk. Hiermee heb je dus te allen tijde toegang tot e-mail en internet. Tot slot beschikken veel smartphones ook over GPS, waarmee je dus ook een navigatiesysteem aan boord hebt. Een smartphone is dus multifunctioneel, vervangt meerdere apparaten en is daarmee veel populairder dan zijn oudere broer, de gewone PDA. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er op dit moment voornamelijk smartphones geproduceerd worden en er nog maar weinig zuivere PDA's op de markt zijn.

E-reader

Een nieuwe, maar rijzende, ster aan het firmament is de e-reader. De e-reader dient eigenlijk maar één belangrijk doel: lezen. Je kunt er niet mee bellen, niet mee internetten, het heeft geen agendafunctie en er is geen aanvullende software. De e-reader is

simpelweg een apparaat om digitaal boeken te lezen. Feitelijk moet het gezien worden als een digitale boekenkast. Het biedt toegang tot honderden, zo niet duizenden, boeken en naslagwerken, waaronder ook eventuele eigen aantekeningen of tekstbestanden. De gemiddelde e-reader is ongeveer twee keer zo groot als een PDA of smartphone. Het grote verschil zit hem behalve de toepassingen, ook in de gebruikte technologie. Een e-reader is gebaseerd op e-ink, ofwel elektronische inkt. Elektronische inkt gebruikt elektrische lading om miljoenen microcapsules zwart of wit te kleuren, met als eindresultaat een perfect leesbare zwart-witte pagina. Iedere keer als een pagina wordt 'omgeslagen', verandert de elektrische lading en dus de inhoud.

Het grote voordeel van e-ink is dat er geen gebruik wordt gemaakt van achtergrondverlichting (ofwel backlight), zoals bij een gewone pc of laptop. Dit vermindert de belasting voor je ogen aanzienlijk. Het scherm van een e-reader is dus niet verlicht, maar de elektrische lading zorgt dat de tekst zichtbaar wordt. Een e-reader kun je daarom niet in het donker lezen, maar wel pal in de zon.

E-reader: de digitale boekenkast

Een e-reader heeft zo zijn voordelen boven een papieren boek. Allereerst het gewicht: je kunt duizenden boeken kwijt op een e-reader zonder dat deze zwaarder wordt. Dit is niet alleen praktisch op reis, maar ook op het werk. Weg met de zware tas! Ten tweede kun je een e-reader volledig personaliseren: je kunt zelf bepalen welk lettertype en welke lettergrootte je voorkeur heeft. De leesbril kan dus in de kast. Ten derde is de e-reader door zijn compacte formaat gemakkelijk in gebruik. Dikke pillen zoals *The Lord of the Rings* of *Harrison's* zijn via een e-reader heel wat comfortabeler in de hand te houden. Tot slot maakt de e-reader het makkelijk om je bibliotheek te organiseren en te zoeken naar net dat ene boek of bestand. Zeker bij een uitgebreide boekenkast bespaart dit veel zoekwerk.

Bij de aanschaf van een e-reader is het belangrijk goed te letten op de specificaties en dan met name welke bestandsformaten door het apparaat worden ondersteund. Naast de standaardbestandsformaten (zoals pdf, txt en html) zijn er ook specifieke formaten voor digitale boeken (zoals mobipocket en e-pub). Concurrentieafspraken hebben ertoe geleid dat een apparaat nooit alle beschikbare formaten kan lezen. Verdiep je dus altijd eerst (op internet) in de mogelijkheden en de verschillende formaten voordat je tot aankoop overgaat.

Net zoals een PDA of smartphone kun je een e-reader ook synchroniseren met een laptop of desktop-pc. Op deze manier kun je een back-up maken van je bibliotheek en ook je eigen tekstbestanden en protocollen naar je e-reader verplaatsen. De e-reader is daarmee een moderne variant van de ouderwetse klapper, vol naslagwerken, protocollen, aantekeningen, artikelen en met genoeg ruimte voor een paar leuke romans voor de saaie momenten in een dienst.

Uitgelicht: handige tips voor digitaal lezen

Project Gutenberg: meer dan 30.000 boeken in het publieke domein en dus gratis te downloaden, waaronder alle grote klassiekers.

www.gutenberg.org

Calibre: handige software om je collectie boeken te beheren op je desktop-pc en vervolgens te synchroniseren met je mobiele apparaat, inclusief mogelijkheid om te converteren tussen bestandsformaten (mits niet beveiligd).

www.calibre-ebook.com

Selexyzebooks.nl: Nederlandse of Engelse digitale boeken meteen bezorgd in je mailbox! Bevat ook veel informatie over e-readers.

www.selexyzebooks.nl

Mobipocket Reader: uiterst handig gratis programma om digitale boeken te lezen, beschikbaar voor desktop-pc en diverse andere besturingssystemen. Inclusief woordenboekfunctie, conversiefunctie, synchronisatie met je mobiele apparaat en de optie om in te loggen op je onlineaccount bij een internetboekhandel.

www.mobipocket.com

Ereaders.nl: informatie over digitaal lezen, bevat onder andere nieuws, een kieswijzer en een forum om ervaringen te delen.

www.ereaders.nl

Netbook

Naast de e-reader wint ook de netbook snel aan populariteit. De netbook, ook wel minilaptop genoemd, moet gezien worden als een kleinere en goedkopere (maar minder krachtige) variant van de gewone laptop. Een netbook is met name bedoeld om onderweg toegang te hebben tot bijvoorbeeld je bedrijfsnetwerk of internet en dus je mail te lezen, agenda te beheren, bestanden op te halen, maar

ook om aantekeningen te maken of nog snel even je presentatie door te nemen.

Een netbook heeft een gewoon toetsenbord, bevat vaak een kaartlezer en heeft een USB-aansluiting. In tegenstelling tot een laptop heeft een netbook echter geen cd-rom of dvd-speler.

Een netbook is – door de speciale hardware – erg zuinig. De accu gaat dus langer mee dan die van een laptop, sommige fabrikanten claimen tot wel acht uur gebruiksduur. Bovendien is het gewicht – niet onbelangrijk – zo'n 60% lichter dan die van een gewone laptop. De schermgrootte varieert van 7-12 inch, ten opzichte van de gangbare 11-18 inch bij de laptop.

De verkoop van netbooks zit enorm in de lift. Meer en meer wordt het voordeel gezien van een lichte minilaptop die je gemakkelijk mee kunt nemen en die geschikt is voor de belangrijkste taken, boven een zware laptop met veel functionaliteit, maar die je noodgedwongen thuis moet laten staan.

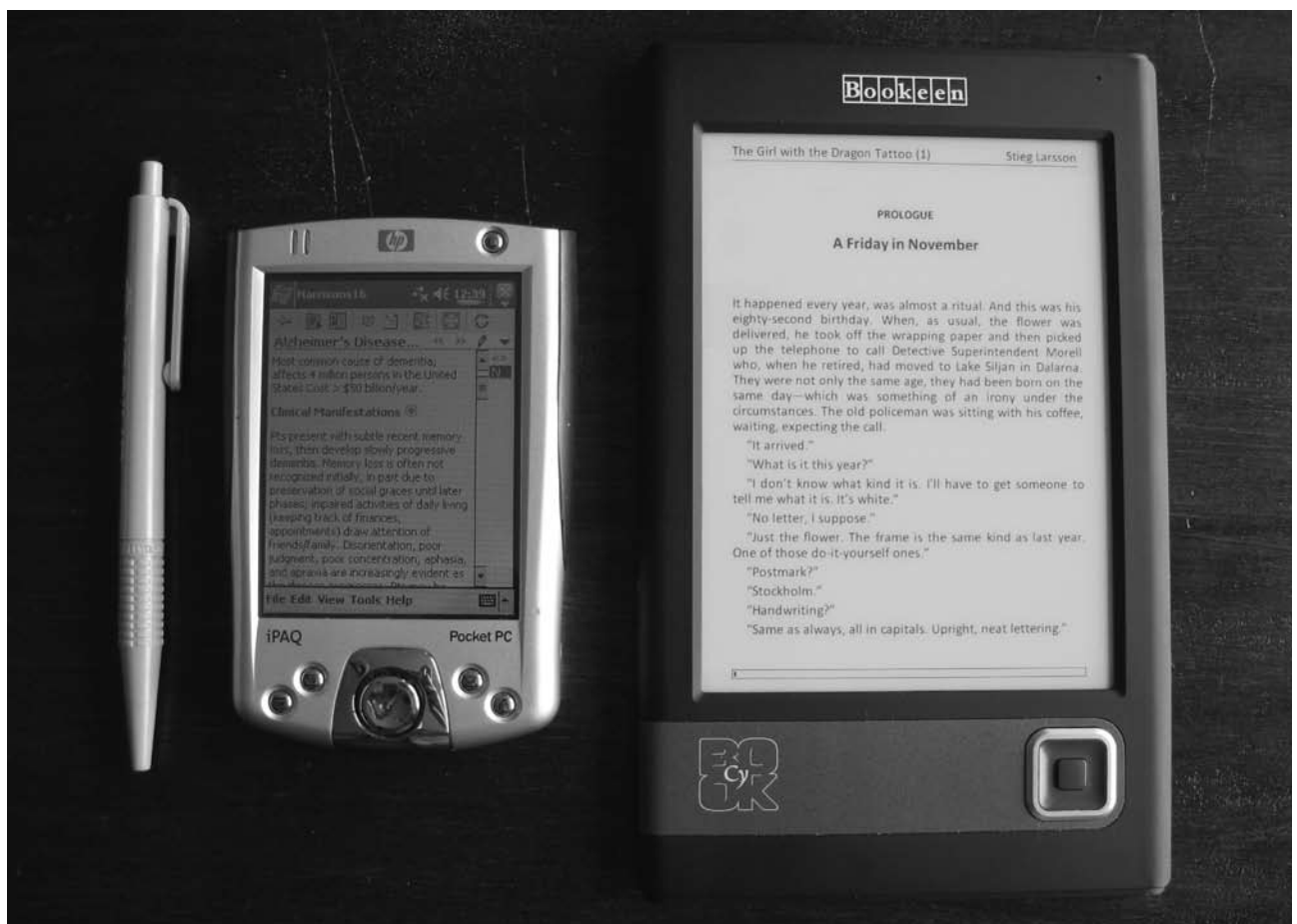
Bovendien werken netbooks vaak met de bekende besturingssystemen, zoals Windows. Dit maakt uitwisseling met je desktop-pc of laptop zeer eenvoudig. Ook de bekende tekstverwerkingsprogramma's (zoals Microsoft Office of Open Office) kunnen worden ge-

bruikt op een netbook. Je kunt daarnaast ook je eigen gewenste software installeren en gebruiken.

Een netbook is vanzelfsprekend groter dan een PDA of smartphone en past dus niet in je binnenzak, maar wel in je tas. Bediening en gebruik is door het grotere formaat scherm en het toetsenbord snel en gemakkelijk. Ideaal dus om mee te nemen naar een visite of overleg. Je hebt altijd direct toegang tot je bestanden, je agenda en internet. Je kunt snel en makkelijk aantekeningen maken of een mail sturen (bijv. een verwijzing voor de fysiotherapeut). Indien er ook nog eens gebruik wordt gemaakt van een elektronisch cliëntendossier is het plaatje helemaal compleet en kan een netbook zowel het papieren dossier, als je eigen papieren klapper in één keer vervangen.

Tablet-pc

Tot slot is er de tablet-pc. Qua uiterlijk een grotere variant van de PDA of smartphone, maar qua functionaliteit vergelijkbaar met een netbook. Er zijn verschillende tablet-pc's op de markt, veelal bedoeld als multimedia-apparaat. Muziek luisteren, films bekijken, internetten, e-mailen, lezen, notities maken. Het is allemaal mogelijk.



Figuur 1: Links een PDA, de HP Ipaq 2210 Pocket PC, met een screenshot van een pagina uit Harrison's Manual of Medicine. Rechts een e-reader, de Bookeen Cybook Gen 3, met een screenshot van de eerste pagina van het boek 'The Girl with the Dragon Tattoo' door Stieg Larsson.

Een tablet-pc wordt bediend door een touchscreen. Tekstinvoer is mogelijk via handschrijfherkenning (via een stylus of vinger) of via een virtueel toetsenbord. Combinaties van een tablet-pc met een netbook zijn ook mogelijk: dichtgeklapt fungeert het scherm als tablet, opengeklapt kun je het toetsenbord gebruiken. Tablet-pc's zijn op de markt gebracht om het gat tussen de PDA en de laptop te overbruggen, maar zijn nooit echt een doorslaand succes geworden. Met de komst van de nieuwe iPad van Apple staat echter ook de tablet-pc weer in de schijnwerpers.

De software

Naast de hardware is ook de software, de inhoud van het apparaat, belangrijk in succesvol gebruik. Alle mobiele apparaten hebben gemeen dat ze – net als een laptop of desktop-pc – draaien op een besturingssysteem. Er zijn verschillende besturingssystemen in omloop, waarvan Windows het bekendste voorbeeld is. Apple (met de iPhone en iPad) kent echter zijn eigen besturingssysteem. Het besturingssysteem bepaalt vervolgens welke software gebruikt kan worden. Programma's zijn niet zonder meer uitwisselbaar tussen verschillende besturingssystemen. Let er bij aanschaf van software dus altijd op of deze compatibel is met het besturingssysteem (ook wel platform genoemd) van je mobiele apparaat. Er is veel verschillende software in omloop voor mobiele apparaten. Vaak wordt het apparaat geleverd met een standaardpakket (met agendabeheer,

e-mail, internet, tekstverwerking) en kun je dit naar eigen wens aanvullen met andere software. Sommige software is gratis beschikbaar op internet (dit wordt ook wel freeware genoemd), andere software kun je alleen tegen betaling downloaden. Ook voor de medicus is veel bruikbare software op de markt. De gezondheidszorg is dé bedrijfstak (naast de ICT) waarin gebruik van mobiele apparatuur een vogelvlucht heeft genomen. De commercie speelt handig in op de wens van veel artsen om informatie snel bij de hand te hebben. Nagenoeg alle Amerikaanse handboeken zijn digitaal beschikbaar en ook Nederlandse naslagwerken worden meer en meer gedigitaliseerd. Daarnaast is er nog specifieke medische software, bijvoorbeeld medische calculators of programma's om snel tot een differentiaaldiagnose te komen (zie tabel 2 en 3). De meeste software is beschikbaar in verschillende formaten, zodat er altijd wel een formaat is dat past bij het besturingssysteem van je apparaat.

Uitgelicht: PDA in de Praktijk, door M. Tjoe.

Een papieren (!) boek, voor zowel de beginnende als de gelouterde PDA-gebruiker, gericht op de medische professional, met informatie voor een effectief en efficiënt gebruik van de PDA. Bevat onder meer uitgebreide informatie over hard- en software, praktische tips en een verklarende woordenlijst.

Tabel 1: Een overzicht van de beschikbare mobiele digitale media

	PDA ²	Smartphone	Netbook	E-reader	Tablet-pc
Functies ¹	agenda, adresboek, tekstverwerking, data-beheer & naslag, e-mail & internet	als PDA, aangevuld met belfunctie en GPS	minilaptop voor algemeen pc-gebruik, e-mail en internet	lezen, digitale bibliotheek	multimedia, e-mail & internet
Bediening ¹	touchscreen, minitoetsenbord, knopbediening	touchscreen, minitoetsenbord	QWERTY-toetsenbord. touchpad	knopbediening, touchscreen	touchscreen
Schermttechnologie	LCD (backlight)	LCD (backlight)	LCD (backlight)	E-ink (geen backlight)	LCD (backlight)
Schermgrootte ¹ (inch)	3-4	3-4	7-12	5-10	9-12
Resolutie ¹ (pixels)	240 × 320 320 × 480	240 × 320 320 × 480	1024 × 600	600 × 800	1024 × 768
Gewicht ¹ (gram)	100-200	100-200	500-1500	150-250	600-1200
Uitbreiding ¹	kaartlezer	kaartlezer	multi-in-1-kaartlezer, USB	kaartlezer	kaartlezer, USB
Prijs ¹ (euro)	200-300	100-1000	200-500	200-600	600-2000
Bekende merken	HP Ipaq, Palm	Blackberry, iPhone, HTC, Nokia, Samsung, LG	Psion, HP Mini, Acer Aspire One, Asus Eee PC	Cybook, Sony Reader, BeBook, iLiad, Cool-ER	iPad

1 = Afhankelijk van model; 2 = personal digital assistant.

Tabel 2: Een greep uit het beschikbare aanbod van medische software

Naam	Website	Prijs	Omschrijving
Archimedes	www.skyscape.com	gratis	Medische calculator voor ruim 150 medische berekeningen
Diagnosaurus	www.diagnosaurus.com	gratis	Van klacht naar DD, automatische updates wanneer verbonden met internet
Epocrates	www.epocrates.com	gratis	Bekend Amerikaans naslagwerk voor medicatie, wekelijkse updates
Zakboek Huidziekten	www.huidziekten.nl (zoeken op 'PDA')	gratis	Mobiele versie van het handige onlinenaslagwerk voor huidziekten. Zeer toepasbaar, ook in de verpleeghuispraktijk
Pallialine & Oncoline richtlijnen palliatieve en oncologische zorg	www.pallialine.nl www.oncoline.nl	gratis	Via de optie 'downloaden voor zakcomputer' zijn alle richtlijnen ook beschikbaar voor de PDA. Een aanrader!
Handboek Enteralia	www.bsl.nl/pda	€24,50	Handig naslagwerk voor de veelvuldig gestelde vraag: mag deze tablet gemalen worden?
Farmacotherapeutisch Kompas	www.bsl.nl/pda	€39,90	Hét Nederlandse naslagwerk voor medicatie. Ook in abonnementsvorm verkrijgbaar
Oxford Handbook of Clinical Medicine	www.bol.com www.unboundmedicine.com	€60,99 \$44,95	Het bekende handboek dat in papieren pocketvorm al in menig witte jas mag vertoeven
Harrison's Manual of Medicine	www.skyscape.com www.amazon.com www.unboundmedicine.com	\$59,95	Het uitgebreide medische naslagwerk
Pinkhof Geneeskundig Woordenboek	www.bsl.nl/pda	€99,75	Het bekende Nederlandse medische woordenboek

Tabel 3: Enkele aanbieders van digitale medische handboeken

Uitgever/Website	Omschrijving
BSL www.bsl.nl/pda	Nederlandse uitgever van medische handboeken met ook digitale versies voor de PDA of smartphone, inclusief uitleg over PDA's en de mogelijkheid tot uitproberen van een demoversie
Geneeskundeboek.nl www.geneeskundeboek.nl	Nederlandse aanbieder van medische boeken, zowel Nederlands als Engelstalig en ook voor de PDA. Helaas geen aparte pagina voor digitale boeken en dus is zoeken wat omslachtig
Skyscape www.skyscape.com	Amerikaanse marktleider in mobiele medische informatie, biedt software en handboeken voor artsen, verpleegkundigen en studenten. Mogelijkheid om te zoeken op specialisme
Mobipocket www.mobipocket.com	Onderdeel van de Amerikaanse uitgeverij Amazon, heeft naast een zeer uitgebreide collectie fictie ook non-fictie, waaronder een zeer grote categorie 'medical' (>1700 boeken)
Medical Wizards www.medicalwizards.com	Medische software en handboeken voor medische professionals
Unbound Medicine www.unboundmedicine.com	Medische software en handboeken voor medische professionals

Samenvatting

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de beschikbare mobiele digitale media wat betreft de geboden functies, de wijze van bediening, schermtechnologie en schermgrootte, gewicht en prijsmarges en de bruikbaarheid ervan voor artsen en in bijzonder specialisten ouderengeneeskunde. Achtereenvolgens worden PDA, smartphone, e-reader, netbook en tablet-pc besproken. Tevens wordt een greep uit het beschikbare aanbod van medische software gepresenteerd.

Patiënten met eindstadium ALS

Drs. P.W. van Leeuwen, specialist ouderengeneeskunde/hospice-arts /
Correspondentie: pietwvanleeuwen@hetnet.nl

Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In de rubriek Hora est wordt aan het proefschrift van Maud Maessen aandacht besteed.

Op 29 september 2009 promoveerde Maud Maessen aan de Universiteit Utrecht op het proefschrift 'Care and decision-making at the end of life of ALS patients' (promotor: prof.dr. J.C. Sloof).

Laatste levensfase ALS

Vanaf het moment waarop de diagnose ALS wordt gesteld, maken patiënt en diens omgeving, inclusief de behandelend arts, zich vaak ernstig zorgen over hoe het laatste stuk van het ziekteproces zal verlopen. Welk lijden staat de patiënt nog te wachten? Zal het laatste traject (on)draaglijk zijn? Waar kan iemand terecht als de zorg thuis tekortschiet? Bestaat er een kans dat de patiënt door stikken overlijdt? En de patiënt vraagt zich mogelijk af: Kan ik die laatste fase van mijn ziekte wel aan? Wil ik dat wel meemaken?

Een ieder die hiermee te maken heeft, is dus gebaat bij nadere gegevens over de zorg- en keuzemogelijkheden voor een patiënt met eindstadium ALS. Dus alleen al daarom is het verheugend dat er in 2009 een proefschrift over deze materie is verschenen.

Wat is ALS?

ALS is een progressieve neuromusculaire aandoening waarbij motorische zenuwcellen in het ruggenmerg en in de hersenstam verloren gaan met als gevolg toenemende spierzwakte van de dwarsgestreepte spieren. De oorzaak van de ziekte is onbekend. In het beginstadium, dat meestal optreedt tussen het 40^e en 60^e levensjaar, ervaren patiënten vage klachten zoals spierzwakte en moeheid, beginnend in één van de ledematen ofwel geringe spraak- en slikproblemen. Uiteindelijk ontstaat echter een levensbedreigende situatie door dysfagie en door spierzwakte van de ademhalingsspieren. Van de patiënten overlijdt 50% binnen drie jaar na de eerste ziekteverschijnselen en slechts ongeveer 20% leeft langer dan vijf jaar. Er bestaat geen therapie voor ALS, maar soms kan Riluzol de mate van progressie iets doen verminderen wanneer er in een vroeg stadium mee wordt gestart.

ALS en euthanasie

Toen in 1999 een Nederlandse delegatie van artsen deelnam aan een Europees congres over palliatieve zorg in Genève werden deze bestookt door congresgangers met vragen over de IKON-documentaire 'Dood op verzoek'. Deze documentaire over het traject van een huisarts en een ALS-patiënt richting euthanasie, inclusief beelden van de uitvoering ervan, heeft wereldwijd destijds veel opschudding veroorzaakt. We waren als Nederlanders al wel gewend aan kritiek over het euthanasiebeleid, maar wat nieuw was, was dat aan ons werd gevraagd hoe het toch mogelijk was dat er in deze documentaire twee artsen aan het woord kwamen die meenden dat een ALS-patiënt in de allerlaatste fase zou gaan stikken? We dachten aanvankelijk dat dergelijke vragen bedoeld waren om ons te doen twifelen aan de barmhartigheid van de betrokken artsen, maar doorpratend bleek het de vragenstellers echt te gaan om bezorgdheid over de vak kennis in Nederland over ALS. Dat onderwerp heeft sindsdien altijd in het brandpunt van mijn belangstelling gestaan en vandaar ook dat ik blij ben met het proefschrift van Maud Maessen.

Situatie in Nederland

In het proefschrift wordt gerefereerd aan een retrospectieve studie in 2002 over de wijze waarop 203 ALS-patiënten in Nederland in het tijdvak 1994 en 1998 zijn overleden.¹ Hieruit komt naar voren dat er in 20% van deze gevallen euthanasie of hulp bij zelfdoding (samen afgekort als EHZ) had plaatsgevonden, een opmerkelijk hoog cijfer vergeleken met het geschatte gemiddelde voorkomen van euthanasie in die periode (ca. 2,3%). Van de 203 patiënten had 36% in een eerdere fase een euthanasieverzoek opgesteld. Dit gegeven gaf aanleiding tot de onderzoeksvraag in hoeverre ALS-patiënten in Nederland gebukt gaan onder een tekortschietende palliatieve zorg aan deze doelgroep en/of onder een depressie en/of onder het gevoel anderen tot last te zijn of onder andere gevoelens van wanhoop/hopeloosheid. Het onderzoek heeft zich vervolgens gericht op kenmerken van terminale ALS-patiënten die in de periode 2000-2008 wel of niet kozen voor EHZ. Kenmerken in de zin van persoonlijke kenmerken, kenmerken van de geboden palliatieve zorg en de mate waarin symptomen van een depressie aanwezig waren.

Uitgebreid onderzoeksinstrumentarium

Om de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven te kunnen 'meten' van met name ALS-patiënten werd een voor dit doel in Engeland ontwikkelde vragenlijst vertaald en gevalideerd. Om een indruk te krijgen welke factoren meespeelden in een keuze voor EHZ zijn vragenlijsten en consultatielijsten van de betrokken behandelend arts en SCEN-arts bestudeerd. Deze uitkomsten werden vergeleken met die met betrekking tot patiënten met een andere medische achtergrond die voor EHZ kozen, namelijk terminaal hartfalen en kanker. Bij 204 artsen en 198 informele zorgverleners werden (retrospectief) vragenlijsten afgenomen over de omstandigheden rond het levenseinde van de patiënt. 102 ALS-patiënten werden observationeel prospectief gevolgd over de omstandigheden rond hun levenseinde en ten slotte werd er studie gemaakt van de zorglast van informele zorgverleners van ALS-patiënten. Daarbij werden door hen gestructureerde vragenlijsten ingevuld over kwaliteit van leven, gezondheidszorg kenmerken, symptomen van depressie en copingstijlen. Zes maanden na het overlijden van de patiënt werd de zorgverleners gevraagd om nogmaals een dergelijke vragenlijst in te vullen, maar dan uitgebreid met het item rouwverwerking. Kortom: een waaier van onderzoeksstrategieën in de hoop belangrijke gegevens boven tafel te krijgen.

De belangrijkste uitkomsten

Wat betreft de beweegredenen voor een EHZ-verzoek, blijkt dat het bij ALS-patiënten met name gaat om angst om te stikken (45%) en om het ervaren van afhankelijkheid (29%). Bij patiënten met hartfalen en kanker blijkt het vaker te gaan om redenen op het somatische vlak.

Uit gegevens over het levenseinde van 209 ALS-patiënten in 2005 blijkt dat 16,8% van hen overleed ten gevolge van EHZ en 14,8% van hen onder palliatieve sedatie. Er bleek tussen de groepen met EHZ vergeleken met de groep niet EHZ significante verschillen te bestaan met betrekking tot factoren als affiniteit met religie, opleidingsniveau en verblijfplaats. Er werd geen associatie gevonden tussen EHZ en depressieve kenmerken of met kwaliteitskenmerken van de geboden zorg. Wel met de angst om te stikken, uitzichtloosheid, ontluistering, afhankelijkheid en moeheid. Bij de observationeel prospectieve studie werd de afhankelijkheid door de EHZ-patiënten het vaakst als belastend symptoom genoemd. Opvallend was dat bijna alle sterfbedden (ca. 96%) werden omschreven als 'vredig verlopen' en dat dat voor de sterfbedden zonder EHZ zelfs nog iets meer gold. Waar een niet of minder vredig sterfbed werd geconstateerd bleek dit te gaan om onrust, angst of psychotische kenmerken. Stikken kwam niet voor. Uit de wijze waarop de informele

zorgverleners dealen met de zorglast, komt onder andere naar voren dat er regelmatig een discrepantie is tussen de mate waarin een zorgverlener zich belast voelt en de mate waarin de patiënt denkt dat de zorgverlener zich (over)belast voelt.

Uitkomsten uit onderzoek elders

Uit retrospectief onderzoek in 2000 onder 121 patiënten in Duitsland en 50 patiënten in Engeland komt naar voren dat respectievelijk 88% en 98% van deze patiënten vredig is gestorven.^{2,3} Het sterven ging bij respectievelijk 1% en 2% gepaard met ernstig lijden. Eén patiënt overleed door suïcide. De studieresultaten zijn onderling vergeleken en als uitkomst wordt gesteld dat de eindfase bijna altijd wordt gekenmerkt door hypercapnie ten gevolge van hypoventilatie waarbij de patiënt tijdens slaap of in coma overlijdt. Het percentage van 88% bij de patiënten in Duitsland kan mogelijk iets te maken hebben met het feit, dat die groep geïntubeerde patiënten omvatte, in tegenstelling tot de Engelse groep. Symptomen die soms niet goed verlicht konden worden in de allerlaatste fase, betroffen een aanhoudende hoestprikkel, rusteloosheid en angst. De uitkomsten van een uitgebreide studie gebaseerd op gegevens rond 1014 Amerikaanse en Canadese ALS-patiënten onderstreept de gedachte dat de overgrote meerderheid van ALS-patiënten mag rekenen op een 'zeer zachte landing van nature', doordat koolzuur-stapeling een bewustzijnsdaling veroorzaakt: palliatie van binnenuit.^{4,5}

Commentaar

De studie van Maud Maessen is een zeer waardevolle poging om zicht te krijgen op factoren die in Nederland meespelen bij het (medisch) beleid rond een ALS-patiënt in de laatste fase. Naast alle bewondering en lof voor de uitgebreide manier van gegevensverzameling passen toch ook een tweetal kanttekeningen. Ten eerste is er geen aandacht besteed aan de mate waarin de bij het onderzoek betrokken patiënten en (informele) hulpverleners wel of niet beschikten over adequate informatie over de eindfase van ALS. Uit bovenstaande gegevens komt immers de angst om te stikken als een van de belangrijkste determinanten naar voren als het gaat om wel of niet te kiezen voor EHZ. Zou de mate waarin arts en patiënt geplaagd worden door dit feitelijk onjuiste schrikbeeld niet heel bepalend kunnen zijn voor het verloop van het laatste stuk? De tweede kanttekening hangt daarmee samen: waarom is er niet meer gebruikgemaakt van kennis op dit terrein van collega-onderzoekers uit andere landen? Dat zou misschien hebben geleid tot de vraagstelling: Waarom is destijds in Nederland zo zwaar ingezet op euthanasie bij ALS-patiënten als ultieme vorm van hulpverlening? Wat heeft de inhoud van de

IKON-documentaire destijds teweeggebracht in dit opzicht, tot op vandaag? Zit in die ongeverifieerde beeldvorming over ALS niet een verklaring voor de 20% EHZ bij 'onze' ALS- patiënten?

Literatuur

1. Veldink JH, Wokke JH, Wal G van der, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands. *N Engl J Med* 2002; 346: 1638-1644.
2. Neudert C, Oliver D, Wasner M, Borasio GD. The course of the terminal phase in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol* 2001; 248: 612-616.
3. Mandler R.N, Anderson FA Jr, Miller RG, et al. The ALS Patient Care Database: Insights into End-of-Life Care in ALS. *Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord* 2001; 2: 203-208.
4. Leeuwen PW van, Uitzonderlijke innerlijke kracht. *Pallium* 2006; 4: 7-11.
5. Leeuwen PW van, Zorgen van en zorgen voor een ALS-patiënt. *Pallium* 2008; 1: 13-16.

Anna Reynvaan Wetenschapsprijs naar NIVEL-onderzoeker Patriek Mistiaen

NIVEL-onderzoeker Patriek Mistiaen wint de Anna Reynvaan Wetenschapsprijs 2010 voor zijn artikel over onderzoek naar Australische medische schapenvachten tegen decubitus. Het onderzoek is uitgevoerd met subsidie van ZonMw-Doelmatigheid.

Het winnende artikel is gepubliceerd in het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2009; 34(5): 186-190 onder de titel 'Australische Medische Schapenvacht effectief bij de preventie van stuitdecubitus'. De auteurs zijn P. Mistiaen, A. Francke, W. Achterberg, A. Ament, R. Halfens, J. Huizinga, H. Post en P. Spreeuwenberg.

Het AMC stelt jaarlijks twee Anna Reynvaan Prijzen van 5000 euro beschikbaar. De prijzen gaan vergezeld van een sculptuur. De Wetenschapsprijs, mede mogelijk gemaakt door het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)*, gaat naar de beste wetenschappelijke publicatie van een verpleegkundige. Het *NTvG* beoordeelt het winnende artikel tevens op geschiktheid voor dubbelpublicatie in het tijdschrift. De Praktijkprijs, mede mogelijk gemaakt door *V&VN*, gaat naar het beste verpleegkundige initiatief om de patiëntenzorg te verbeteren.

Voor zowel de Praktijkprijs als de Wetenschapsprijs worden drie inzenders genomineerd. De winnaars zijn bekendgemaakt tijdens de Anna Reynvaan Lezing op 20 mei. De prijzen zijn bedoeld voor een studiereis of stage. Met de instelling van deze prijzen wil het AMC duidelijk maken dat verpleegkundige initiatieven

niet alleen belangrijk zijn voor de ontwikkeling van het vakgebied, maar bovendien dat deze initiatieven gezien en gewaardeerd worden.

Bron: NIVEL



Over de ouderdom: ethiek en kwetsbaarheid

Jacobien Erbrink / Correspondentie:
j.erbrink@vanneynsel.nl



De hooggeleerde Hertogh aan het woord.

Op 31 maart jongstleden was het zover. Cees Hertogh aanvaardde met zijn oratie het ambt van hoogleraar in de Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen aan de VU. Ter gelegenheid van dit heuglijke feit vond het Cicero Symposium dit jaar op dezelfde dag plaats. Cicero immers was het die een zeer bekend geworden essay over de ouderdom schreef – de senectute. Vooraanstaande spelers uit het veld van de ouderenzorg in Nederland hielden een voordracht om de hooggeleerde Hertogh van prikkelende dilemma's en opdrachten te voorzien en hem al het goede te wensen bij zijn missie. De belangstelling voor deze feestelijke dag was groot. Er heerste een sfeer van ontmoeten en geanimeerd samenzijn, met natuurlijk Cees zelf, maar ook de liefde voor de Kwetsbare Oudere als verbindende factor. Een samenzijn dat precies uitdrukte waar Cees in zijn oratie over sprak. Geen mens staat volledig autonoom in de wereld, wij zijn allen in zekere zin afhankelijk van en verbonden met anderen om ons heen. Zelfs dwars

door de grenzen van tijd en ruimte, over generaties en landsgrenzen heen. Dat geldt voor ons, niet alleen in ons persoonlijke leven, maar ook in ons werk, als hoogleraar of als ouderengeneeskundige. En in het bijzonder geldt dat voor de kwetsbare verouderende mens die zich het onderwerp van ons werkveld weet.

Dit artikel bevat een korte samenvatting van de rede die Cees Hertogh uitsprak, ingebed in de speerpunten uit de presentaties van het Cicero Symposium. Op www.gerion.nl vind u zowel de originele oratie, als de complete presentaties van de andere sprekers terug.

De redactie wenst de Hooggeleerde Hertogh vanaf deze plaats een vruchtbare en zeer plezierige ambtsperiode toe.

Lees ook eens het artikel over waardige zorg dat Cees schreef voor het themanummer Ethiek uit 2009 (TvV 3), het is de moeite van het (her)lezen waard.

Raymond Koopmans (hoogleraar ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg, UMC St.Radboud) *over de goede dood in het verpleeghuis.*

Een toepasselijk thema, want kwetsbare ouderdom leidt veelal tot een spoedige en vaak ook geïnstitutionaliseerde dood. Koopmans verkent het thema aan de hand van recente publicaties over begrippen en verwachtingen die samenhangen met (goed) sterven. Een goede dood is voor veel mensen synoniem met een plotselinge en snelle dood. Doodgaan in een verpleeghuis, langzaam doodgaan of sterven onder fysiek/emotioneel zware omstandigheden

ziet men als een slechte (i.e. niet als een goede) dood. In Nederlandse verpleeghuizen sterft echter slechts 9% van de bewoners een mors subita. Koopmans concludeert dat er een redelijk goede kwaliteit van terminale zorg bestaat in het verpleeghuis, dat kan dus beter. Fysieke en observeerbare aspecten van zorg lijken onder controle, maar de psychische en spirituele aspecten krijgen onvoldoende aandacht. Kwaliteit van sterven mag dus de komende jaren op de agenda van hoogleraar Cees Hertogh.



Verkorte weergave oratie Cees Hertogh: De Senectute: ethiek en kwetsbaarheid

Cees vangt zijn openbare les aan met woorden van dank. Hij treedt daarbij in de sporen van Pierre Hadot, die datzelfde deed bij het aanvaarden van zijn ambt aan het collège de France in 1983 waar hij op zijn beurt refereerde aan de woorden van Pierre de la Ramée in 1551. Woorden van dank en respect, om duidelijk te maken dat een mens altijd, ook in zijn beste vermogens, op zorg en ondersteuning van anderen is aangewezen. Een constatering die alles te maken heeft met het mensbeeld en de visie op zorg die Cees voorstaat.

Bij een leerstoel Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen hoeft het niet te verbazen dat het over de volgende drie onderwerpen zal gaan, over ethiek van de zorg, over kwetsbaarheid en over de relevante thema's voor onderzoek en onderwijs.

Waarom een ethiek van de zorg voor ouderen?

Ouder worden is van alle mensen – als het gaat over ouderen, gaat het dus ook over onszelf. Tegelijkertijd staat de samenleving ambivalent ten opzichte van ouderdom en ouder worden. Ouderen zijn daarmee in de samenleving niet gelijkwaardig en hun positie verdient om die reden aandacht.

Plato noemde het bestaan voor elk levend wezen lastig. 'Geboren worden', 'gevoed' en 'opgevoed worden' valt niet mee, daarin ben je als mens afhankelijk van anderen. Na het opgroeien volgt slechts een korte periode van redelijke stabiliteit en zelfstandigheid, waarna de ouderdom (met opnieuw afhankelijkheid) je alweer rap overmeestert. Plato beschrijft een natuurlijke beweging van groei, rijpheid en verval, waarbij ook de behoeften aan zorg een belangrijke plaats innemen. Het leven brengt dus zowel activiteit als passiviteit met zich mee, passiviteit in de zin van ontvankelijk zijn en aangedaan kunnen worden. De moderne ethiek echter gaat uit van een smalle moraal, die van respect voor

Aafke de Groot (specialist ouderengeneeskunde Vivium Zorggroep) *over zorg tegen wil en dank*. Een onderwerp dat ook prachtig aansluit bij de portefeuille van Cees Hertogh, haar collega bij Vivium Zorggroep. In het spectrum van de veroudering neemt de kwetsbare veroudering een behoorlijke plek in. De inrichting van onze gezondheidszorg past niet goed bij de problematiek van de kwetsbare oudere cliënt. Zij heeft haar focus op enkelvoudige ziekten, acute medische symptomen en aanbod van interventies. Bovendien heeft zij een reactief, gefragmenteerd en solistisch karakter. Dat past niet bij de behoefte aan opvang van meervoudige problemen

bij cliënt en zijn systeem en de behoefte aan continuïteit, proactiviteit en integratie van zorg en behandeling. De ambulante ouderenzorg vanuit het verpleeghuis maakt daarom gebruik van een interdisciplinaire systeemgerichte aanpak. In de zorg voor ouderen thuis zonder expliciete zorgvraag is samenwerking met de huisarts onontbeerlijk. Insteek kan bijvoorbeeld zijn kwetsbaarheid, postacute zorg of dreigende zorgovergangen. Een brede eerste lijn, waarbinnen proactieve systeemgerichte ouderenzorg ook vanuit het verpleeghuis beschikbaar is, draagt bij aan verbetering van het perspectief van ouderen.

Johan Legemaate (bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht VUmc) *over juridische aspecten van de bemoeizorg: Mijn broeders hoeder?*

Het mensbeeld van de wetgever is de autonome cliënt die weloverwogen beslissingen kan nemen, mondig is en vraagt wat hij nodig heeft. Een cliënt die zelfbeschikking en privacy van het grootste belang acht. Alleen bij bewezen (tijdelijke) wilsonbekwaamheid kan een vertegenwoordiger optreden en kunnen de criteria van de Wet BOPZ van toepassing zijn. Het mensbeeld van de wetgever past niet goed bij de situatie van kwetsbare (al dan niet oudere) cliënten, die zorg behoeven, maar dit zelf niet vragen of zelfs mijden. Daar komt bemoeizorg in beeld. Bemoeizorg richt zich op mensen die in behoeftige of kommervolle omstandigheden leven, maar de stap naar de hulpverlening niet kunnen of

willen maken. Het gaat dan steevast om mensen met psychische problematiek. Het doel van bemoeizorg is om een vangnet te creëren ten behoeve van zo lang mogelijk zelfstandig leven ondanks beperkingen en daarmee de kwaliteit van het leven van de cliënt te verbeteren. De wet belemmert hulpverleners om iemands autonomie en/of privacy te schenden. Legemaate stelt dat de betekenis van de juridische begrippen autonomie en privacy relativering behoeft, zij kunnen in de praktijk van de ouderenzorg soms beter als doel dan als uitgangspunt fungeren. Verder stelt hij dat operationaliseren van het begrip 'goed hulpverlenerschap' in de zorg voor kwetsbare ouderen nodig is. Suggesties die natuurlijk koren op de molen zijn van de nieuwe hoogleraar Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen.

de autonomie. Een moraal die vooral aansluit bij de korte periode die volgens Plato halverwege het leven even lucht geeft. Daaruit vloeit het beeld voort dat succesvol verouderen zou betekenen 'zo veel mogelijk lijken op actieve volwassenen'. Het respecteren van autonomie lijkt ook een negatieve plicht te zijn, een plicht om met rust te laten, wat haaks staat op de motieven van zorgverleners om voor anderen te zorgen. Met deze smalle moraal komen we in de zorg dan ook niet uit. Zorgethiek biedt een beter kader voor het denken over kwetsbaarheid en ouderdom. Zorgethiek kenmerkt zich door een nadruk op een sociaal ingebed, relationeel mensbeeld, doordat het zich richt op verantwoordelijk handelen in reactie op zorgbehoefte en kwetsbaarheid. Het heeft een focus op concrete praktijken vanuit het inzicht dat ethisch handelen altijd situationeel is en daarmee een oriëntatie op empirisch onderzoek dat tot doel heeft om zorgpraktijken te beschrijven, te analyseren en te evalueren en om de deelnemers aan die praktijk te

betrekken bij de ontwikkeling van normen voor goede zorg.

Dan naar kwetsbaarheid. Cees omschrijft kwetsbaarheid vanuit ethisch perspectief als een algemeen menselijke conditie, en vraagt zich daarna af of het in relatie tot ouderen toch niet dezelfde betekenis heeft als het Engelse begrip 'frailty'. Frail elderly, frailty, een begrip dat nog alles behalve uitgekristalliseerd is, heeft echter een negatieve connotatie. Wie frail is, bevindt zich in een toestand van risico's en verlies. Een toestand die met het negatief gelabelde begrip afhankelijkheid gepaard gaat. Een toestand die je moet zien te vermijden.

Dat gaat voorbij aan de vermogens die ouderen nog wel hebben en aan hun eigen perspectief op het leven als oudere. Het is de vraag of inzetten op 'frailty' als iets dat uitgesteld of afgeremd moet worden, niet getuigt van overwaardering van het nut van geriatrische interventies. En de ethische vraag die daar achteraan komt, is of een voortdurende inzet

Dorly Deeg (hoogleraar epidemiologie van de veroudering, VUmc) *over ouder worden: Steeds meer gebreken?*

Gebreken hebben betekent kwetsbaar zijn, en daar gaat de leeropdracht van Cees Hertogh bij uitstek over, kwetsbaarheid. De bevolking leeft steeds langer, de ouderdom neemt daarmee een steeds groter deel van het leven in. Een ouderdom die vast met gebreken komt, maar je weet nooit wanneer en hoe, het loopt bij iedereen anders. Uit LASA-onderzoek blijkt dat de morbiditeit en de functionele beperkingen onder ouderen toenemen, evenals de afhankelijkheid van zorginstellingen.

Van de 95-jarigen woont ongeveer de helft in een zorginstelling, van de 70-jarigen bijna niemand. Er is sprake van toenemende kwetsbaarheid door multisysteemachteruitgang, bij twee of meer chronische ziekten neemt de 5-jaarsoverleving af. Het is bekend dat kwetsbaarheid leidt tot tweemaal zoveel opnames in zorginstellingen binnen zes jaar, en tot verhoogde sterfte binnen vijf jaar. Kwetsbaarheid heeft een grote overlap met multimorbiditeit en beperkingen, maar voegt daar dus een voorspellende waarde ten aanzien van ongunstige uitkomsten aan toe. Het is goed dat de leeropdracht van Cees Hertogh een focus op kwetsbare ouderen heeft.

Luc Deliens (bijzonder hoogleraar publieke gezondheid en palliatieve zorg, VUmc) over *palliatieve zorg en ouderenzorg: op weg naar geïntegreerde kaders?*

Het doel van palliatieve zorg is kwaliteit van leven en sterven voor de cliënt en kwaliteit van zorg en aandacht voor het systeem. Ouderen staan dicht bij hun dood, dus wie zorgt voor ouderen doet bijna automatisch aan zorg voor het levenseinde. De helft van de ouderen boven de 80 sterft in een VPH of VZH. 90% van de ouderen met dementie in Nederland komt te overlijden in een verpleeghuis. Palliatieve zorg en geriatrische zorg hebben veel gemeen: gericht op kwaliteit van leven, acceptatie van sterven, cliënt met zijn normen en waarden staat centraal in plaats van

de ziekte, er is een multidisciplinaire benadering die systeemgericht is en integraal, en je moet een keer van ophouden weten. In de context van het levenseinde zijn de kernbegrippen van palliatieve en van geriatrische zorg nagenoeg hetzelfde. Een integratie van deze twee modellen is de beste manier om goede zorg rondom het levenseinde te organiseren in een vergrijzende maatschappij. Deliens pleit voor Advance Care Planning: een dynamisch interactief proces dat een beroep doet op de competenties van de cliënt met als doel kwaliteit van leven en sterven. Boodschap voor hooggeleerde Cees Hertogh: *let no one walk alone*.

op onderzoek naar levensverlenging en uitstel van 'frailty' wel te rechtvaardigen is, als die investering niet meer in balans gebracht wordt met evenredige inzet op bestaanskwaliteit van de alleroudsten. Het is tijd om 'frailty' een positievere connotatie te geven, als transitiefase naar leven met beperkingen en zorgafhankelijkheid, als een manier om naar een nieuw evenwicht te gaan. Een evenwicht dat aanpassing betekent aan de kenmerken van de hoge ouderdom, te weten ontvankelijkheid voor zorg en het bijstellen van levensdoelen in het perspectief van een levensfase die weliswaar is gekenmerkt door beperkingen en afhankelijkheid, maar niet door de onmiddellijke nabijheid van de dood. Die adaptatie, het om kunnen gaan met toenemende afhankelijkheid, vergt een kracht die beslist levenskunst mag heten. Tot slot benoemt Cees zijn thema's voor onderzoek en onderwijs. Wij kunnen van hem een accent op empirisch onderzoek verwachten, omdat

dit van groot belang is voor een ethiek die praktijkgericht wil zijn. Het feit dat kwetsbare ouderen zijn ondervertegenwoordigd in wetenschappelijk onderzoek zal voor een deel de onderzoeksportefeuille bepalen. Actiever beleid is nodig om onderzoeksdeelname van ouderen te stimuleren en ook passende effectmaten voor ouderen te ontwikkelen. Cees neemt in dit kader al deel aan de ontwikkeling van een handvest in Europees verband. Speerpunt blijft ook het onderzoek bij mensen met dementie. Hij noemt daarbij vier thema's die zijn aandacht hebben. Ten eerste het gebruik van psychofarmaca. Ondanks ons multidisciplinair zorgmodel gebruiken wij in Nederland even veel psychofarmaca als in andere landen zonder dit zorgmodel. Daarom is verder onderzoek naar contextuele, emotionele en rationele factoren die aan prescriptiebeleid van psychofarmaca voor ouderen met dementie ten grondslag liggen, nodig. Daarnaast zal er aandacht zijn voor belevingsgerichte

Rudi Westendorp (hoogleraar ouderengeneeskunde LUMC) over *de achterliggende levensverwachting: zorg of zegen?*

Mensen leven langer en sterven ouder, ze kosten ook het meeste geld in hun laatste levensfase. De levensverwachting van Nederlanders blijft, om onduidelijke redenen, enigszins achter in vergelijking met andere Europese landen. Er zijn relatief veel alleenstaanden boven de 65 in Nederland, zou dat ermee te maken hebben? Ongeveer 6,5% van de ouderen boven 65 jaar maakt gebruik van geïnstitutionaliseerde zorg. Oude mensen hebben een steeds ingewikkelder zorgsysteem: een kluwen van verschillende

contacten met zorgverleners, instanties en professionals. Het blijkt dat de hoeveelheid specialistische bemoeienis bij ouderen omgekeerd evenredig is met hun geluk. Ouderen geven – ook bij toenemende beperkingen – toch gemiddeld een acht aan hun leven, dat is voor Europese begrippen vrij hoog, – de waardering van het leven is dus zeer subjectief. Welbevinden van een individu lijkt af te hangen van *coping* en *tuning* van zijn ziekte, zijn beperkingen en zijn sociale context. In dat veld kan professor Hertogh de komende jaren veel betekenen voor de ouderenzorg.

Rose-Marie Dröes (hoogleraar psychosociale hulpverlening voor mensen met dementie, VUmc) *over de toekomst van de ouderenzorg in ethisch perspectief.*

Dröes ziet in het ethisch domein een drietal uitdagingen voor haar hooggeleerde collega opdoemen. De komende jaren zal het percentage ouderen in de bevolking toenemen en daarmee ook het aantal kwetsbare en zieke ouderen.

Dementie zal veel meer voorkomen terwijl het aantal werkenden per dementie zal afnemen. Dit vraagt om nieuwe concepten ten aanzien van zorgverlening. Domotica, robotica en andere technische ontwikkelingen zullen vast onderdeel van het zorgplan moeten worden.

Maar wat betekent dat voor de (behoefte aan) sociale context en intermenselijk contact?

Tweede uitdaging is de verschuiving van aanbod naar vraaggestuurde zorg. Behoeften (= vraag) van mensen met dementie zijn niet altijd hetzelfde als die van hun mantelzorgers, bijvoorbeeld in de balans tussen autonomie en veiligheid. Ten slotte is er de uitdaging van het waardige levenseinde in het verpleeghuis. Goede ouderenzorg kan alleen maar ontstaan in dialoog met de oudere zelf en diens naasten.

Deze ethische uitdagingen zijn een kolfje naar de hand van de hooggeleerde Hertogh.

bejegening. Versterking van de positie van ouderen met dementie vindt immers ook plaats door aandacht te besteden aan de competenties van hun zorgverleners. Het derde thema is onderzoek naar wilsverklaringen bij dementie. Anticiperende periodiek te evalueren zorgplanning, waarmee vroegtijdig na de diagnose een begin wordt gemaakt, kan een alternatief bieden voor het probleem van wilsverklaringen bij dementie. En tenslotte zorgtechnologie. Vooral de effecten van zorgtechnologie op de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen is daarbij een aandachtspunt. Gaat dit niet ten koste van het broodnodige contact in nabijheid?

Onderwijs is misschien wel de voornaamste toepassing van ethiek. De arts van morgen zal in hoge mate kwetsbare ouderen in zijn praktijk hebben, uitwerking van de ethische onderwerpen in basiscurriculum en vervolgopleiding is daarom hard nodig. Daarbij past een herijking van het medisch

model, naar een integrale probleemgerichte en persoonsgerichte benadering waarin afstand wordt genomen van het nosologische medische model. In zijn afsluitend woord benoemt Cees nog eens het belang en het plezier van samenwerking met vele anderen om tot een goede invulling van zijn ambt te komen. En hij eindigt, naar het voorbeeld van de Romeinse senator Marcus Porcius Cato (ook wel *Cato de Oudere* genoemd), met een door de aanwezigen duidelijk omarmde stellingname: 'overigens ben ik van mening dat het CIZ opgeheven moet worden'.



...dat wij zelfs in onze sterkste vermogens afhankelijk zijn van anderen...

Gezamenlijke taal voor kwaliteit: van alarmbellen naar klinkende klokken?

Dr. M. Dolders en drs. I. van der Stelt, beleidsmedewerkers Verenso / Correspondentie: mdolders@verenso.nl of ivdstelt@verenso.nl

In 2000 klonk voor het eerst de oproep om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen voor de langdurige en/of complexe zorg. De sector schrok op van berichten over onverantwoorde zorg. Bijvoorbeeld door personeelstekorten in de zomermaanden. De eerste indicatoren voor de kwaliteit van zorg werden geboren. De eerste set aan indicatoren staat bekend onder de naam: de tien alarmbellen. Deze indicatoren gaven een ondergrens aan voor de kwaliteit van zorg. Vervolgens werd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op deze tien alarmbellen gehandhaafd. In de inspectierapporten van 2004 en 2005 werden de resultaten gerapporteerd. Tachtig procent van de verpleeghuisinstellingen haalden de ondergrens niet. En de media kopte: 'Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet'.

Verantwoorde zorg

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen staat, dat er verantwoorde zorg moet worden geleverd. Maar wat is verantwoorde zorg dan? De visiedocumenten¹ 'Op weg naar normen voor verantwoorde zorg' en 'Normen voor verantwoorde zorg thuis' omschrijven verantwoorde zorg als volgt: 'zorg die effectief, efficiënt, cliëntgericht en veilig is'. Voorwaarden voor verantwoorde zorg zijn de kwaliteit van de zorgorganisaties, de kwaliteit van de zorgverleners en de zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid. Deze zijn noodzakelijk om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de patiënt te realiseren.

De langdurige zorg bestaat uit verschillende partijen² met ieder hun eigen perspectief. Die perspectieven zijn in 2007 verenigd tot één gezamenlijke taal voor kwaliteit: het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging, Verzorging en zorg Thuis (VV&T). Wel wordt de gezamenlijke taal in het kwaliteitskader VV&T voor verschillende doelen gebruikt.

1. De uitkomsten van de metingen bieden de zorginstelling informatie voor de interne sturing en ter verbetering van de zorg.

2. Het kwaliteitskader VV&T biedt informatie voor de externe verantwoording en de zichtbaarheid over de kwaliteit van zorg.
3. De patiënt kan gebruikmaken van de informatie bij het maken van keuzes.

Indicatoren

Het kwaliteitskader VV&T koos voor de ontwikkeling van uitkomstindicatoren. Dit zijn externe indicatoren. Op basis van vier levensdomeinen³ werden tien thema's vastgesteld. Binnen deze tien thema's worden jaarlijks zorginhoudelijke aspecten van de geleverde zorg nagevraagd. In het verbeterde kader 2010 vallen 14 uitkomstindicatoren onder zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid. Voor deze indicatoren is de zorginhoudelijke rol van de specialist ouderengeneeskunde relevant.

Rol specialist ouderengeneeskunde

Wat is dan de rol van de specialist ouderengeneeskunde in het kwaliteitskader VV&T? Deze rol ligt besloten in het kwaliteitssysteem van de eigen beroepsgroep. Dit systeem is een samenhangend geheel van verschillende kwaliteitsinstrumenten. Deze instrumenten bevorderen de deskundigheid van de beroepsgroep en zijn zowel gericht op inhoudelijke kennis als op communicatie en attitude naar patiënten. Het kwaliteitssysteem van de beroepsgroep beïnvloedt de kwaliteit van de zorg voor de patiënt positief. De deskundigheidsbevorderende activiteiten richten zich op de beroepsopleiding, bij- en nascholing, functieomschrijving en takenpakket, toetsende activiteiten en richtlijnontwikkeling. Deskundigheid wordt geborgd door accreditatie en herregistratie.

Naast de externe indicatoren ontwikkelt Verenso van oudsher interne indicatoren. Het is onderdeel van het proces van richtlijnontwikkeling. Interne indicatoren zijn bedoeld voor zelfevaluatie en/of om vergelijkingen tussen collega's te maken. Interne indicatoren worden gebruikt om te monitoren. Vraag hierbij is of de invoering van de richtlijn daadwerkelijk

het gewenste effect heeft op de kwaliteit van zorg. Interne indicatoren zijn gericht op het sturen en verbeteren van het eigen zorgproces van de specialist ouderengeneeskunde. Het eigen handelen kan aan de in de richtlijn opgenomen indicatoren worden afgemeten.

Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Neem bijvoorbeeld de uitkomstindicator voor Probleemgedrag. De uitkomstindicator is: het percentage patiënten, dat één of meer symptomen van probleemgedrag vertoonde. Stel dat, op deze indicator door de zorginstelling onder het landelijk gemiddelde wordt gescoord.

De vraag is dan: welke rol speelt de specialist ouderengeneeskunde in de uitkomst van deze score? Kan de specialist ouderengeneeskunde antwoord geven op de volgende vragen, afgeleid uit de richtlijn Probleemgedrag:

Betreffende diagnostiek en anamnese:

1. Is in multidisciplinair verband (in ieder geval met verzorgenden) het probleem verhelderd en is gezocht naar mogelijke oorzaken van probleemgedrag?
2. Is in overleg met het multidisciplinaire team, op basis van de probleemverheldering en eventueel aanvullend onderzoek, een probleemdefinitie geformuleerd?

Betreffende behandeling:

3. Zijn in overleg met het multidisciplinaire team, de patiënt en/of diens (wettelijke) vertegenwoordiger concrete behandeldoelen en een aangepaste behandeling/interventie vastgesteld?

Betreffende de sociale omgeving:

4. Is informatie verstrekt aan de patiënt en/of diens (wettelijke) vertegenwoordiger en is instemming gevraagd voor de behandeling?
5. Zijn in het zorgdossier van de patiënt met probleemgedrag op de patiënt gerichte omgangsadvisen opgenomen?

Bovenstaande vragen sluiten aan op het in 2007 verschenen rapport over kwaliteitsindicatoren voor de medische zorg.⁴ Dit rapport is samengesteld om te gebruiken in de tweede fase van het gelaagd en gefaseerd toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Tot op heden gebruikt de IGZ deze vragen niet structureel. Wel vraagt de IGZ naar de toepassing van richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten. Alleen de Verenso-richtlijnen en richtlijnen die geautoriseerd zijn door Verenso komen hiervoor in aanmerking. Ook indicatoren moeten door Verenso zijn vastgesteld. Om de deskundigheid van de beroepsgroep te

blijven bevorderen, wordt door Verenso een richtlijnenprogramma opgesteld. Procesindicatoren die in Verenso richtlijnen staan worden gebruikt bij onderlinge toetsing en visitatie. Uitkomstindicatoren zouden in de toekomst gebruikt kunnen worden als duidelijk is, dat deze van toepassing zijn op de eigen rol en verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

Met de resultaten op de uitkomstindicatoren van het kwaliteitskader VV&T, en de rol van de specialist ouderengeneeskunde bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg zijn we gezamenlijk op weg van alarmbellen naar klinkende klokken.

Noten/Literatuur

1. In 2010 zijn de twee visiedocumenten en het kwaliteitskader in één document verenigd. Dit document is het kwaliteitskader Verantwoorde Zorg en kan via www.zichtbarezorg.nl worden gedownload.
2. Brancheorganisatie van zorgondernemers (ActiZ), Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), cliëntenorganisatie (LOC Zeggenschap in Zorg), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), landelijke beroepsvereniging verzorging en zorgprojecten (Sting), vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters (Verenso), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), ministerie van Volksgezondheid en Sport (VWS).
3. De levensdomeinen zijn: lichamenlijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefsituatie, participatie, geestelijk welbevinden.
4. Spijkers KFJ, Francke AL, Schols JMGA. Indicatoren voor medische zorg in verpleeghuissettings. Utrecht: Nivel/Tranzo; 2007.

Verenso, innovatie in de zorg voor ouderen

Mieke Draijer, voorzitter Verenso / Correspondentie: redactie@verenso.nl



De roep om bezuinigingen is groot, maar tegelijkertijd is iedereen zich ervan bewust, dat zorg te belangrijk is om op te bezuinigen. Dat de zorg anders en beter georganiseerd moet worden, daar is iedereen het over eens. Verenso wil een andere medische zorg voor ouderen. Een zorg waarin:

- de patiënt *maatwerk* krijgt ongeacht de woonomgeving waarin hij verblijft;
- *preventie* ervoor zorgt, dat patiënten in een vroeg stadium de zorg krijgen die ze nodig hebben;
- *samenwerking* tussen artsen leidt tot een betere inzet van mensen en middelen;
- jong en oud wil *werken*;
- *kwaliteit* wordt geborgen door wetenschappelijk onderzoek en richtlijnontwikkeling;
- wordt gewerkt vanuit de 'Voorziening Ouderengeneeskunde'.

Maatwerk

Het overhevelen van de financiering van de component 'behandeling' uit de AWBZ naar de ZVW maakt het mogelijk iedere patiënt te geven wat nodig is. Niet te veel en niet te weinig. Omdat ook andere behandelaars, de huisarts en medisch specialisten, uit de ZVW gefinancierd worden, is daarnaast flexibele samenwerking en ketenzorg beter te realiseren.

Preventie

Preventie voorkomt dure interventies, die nodig zijn om het gewenste herstel te bereiken. De specialist ouderengeneeskunde kan binnen de eerste lijn eerder en beter ingezet worden. Voorwaarde hiervoor is, dat de specialist als zelfstandig beroepsbeoefenaar kan werken binnen de eerste lijn. De huisarts moet naar hem kunnen verwijzen, zoals hij nu ook verwijst naar de medisch specialist. Financiering vanuit de ZVW is daartoe een voorwaarde. Daarnaast moet de specialist ouderengeneeskunde zelf kunnen contracteren met een zorgverzekeraar.

Samenwerking

De driehoek specialist ouderengeneeskunde, huisarts en klinisch geriater is cruciaal voor een op maat toegesneden zorg. Voor deze samenwerking staan nu nog te veel financieringsschotten in de weg. Consulten en het mede behandelen door verschillende artsen moeten uit dezelfde bron gefinancierd worden.

Imago en arbeidsomstandigheden

We moeten werken aan imagoverbetering, jonge basisartsen interesseren voor onze opleiding. Diverse maatregelen zijn nodig, zoals een verplicht *coschap* ouderengeneeskunde en een brede maatschappelijk georiënteerde campagne over de positieve kanten van de zorg voor ouderen. Daarnaast is het verbeteren van de arbeidsomstandigheden belangrijk: een goede beloning, professionele standaarden, voldoende tijd om zorg op maat te leveren, carrièremogelijkheden en diversiteit. Meer keuze in (sub)specialisaties, locatie en soorten dienstverbanden.

Kwaliteit

Wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling van richtlijnen zijn nodig om specifiek op ouderen gerichte behandeling en medicatie te verbeteren. Er wordt te veel geleund op expertise ontleend aan de behandeling van jongere leeftijdsgroepen. Het ontbreekt aan structurele fondsen. Samen met het CBO wil Verenso wetenschappelijk onderzoek en richtlijnen ontwikkelen.

De Voorziening Ouderengeneeskunde

Voor Verenso is de Voorziening Ouderengeneeskunde een organisatievorm waarbinnen het specialisme ouderengeneeskunde op een goede manier tot ontwikkeling kan komen. Verenso ziet de Voorziening Ouderengeneeskunde als een organisatorische eenheid, zowel binnen het verpleeghuis als daarbuiten, waar de specialisten ouderengeneeskunde samen met gespecialiseerde verpleegkundigen, nurse practitioners en doktersassistenten de medische zorg voor ouderen regisseren, aansturen en uitvoeren. Communicatie met andere hulpverleners verloopt zo efficiënt. Vanuit deze voorziening kan de patiënt krijgen wat nodig is, kunnen preventieprogramma's ontwikkeld en aangeboden worden en wordt de kwaliteit van zorg bewaakt.

Ouderengeneeskunde is de geneeskunde van de toekomst. Is verantwoordelijkheid nemen voor een bevolkingsgroep die straks in hoge mate is aangewezen op zorg. Daar staan wij voor!

Herbenoeming van Raymond Koopmans

Op 1 april jl. is Raymond Koopmans, specialist ouderengeneeskunde en hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde, voor een nieuwe periode van vijf jaar herbenoemd. Wat bijzonder verheugend in deze is, is te melden dat de titel van de leeropdracht van 'Verpleeghuisgeneeskunde' is veranderd in



'Ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg'. Daarmee is Raymond Koopmans de eerste hoogleraar die de naamswijziging van ons specialisme vertaald ziet in zijn leeropdracht. De toevoeging 'in het bijzonder de langdurige zorg' is wat Nijmegen betreft, ook voldoende onderscheidend van de klinische geriatrie en biedt ruimte om de ouderengeneeskunde ook in de eerste lijn verder te profileren. Wat ook verheugend is, is dat de leerstoel van een *profilings leerstoel* in een *strategische leerstoel* is veranderd. Het UMCN zegt daarmee dat het vakgebied voldoende geprofileerd is en dat het de ouderengeneeskunde van strategisch belang vindt voor hun beleid.

In de afgelopen vijf tot tien jaar is de ouderengeneeskunde dan ook niet meer weg te denken in Nijmegen. Er is een stevig aandeel in de geneeskundeopleiding waarbij alle studenten in ieder geval een keer meelopen met een specialist ouderengeneeskunde en de helft van hen (160 in aantal) een coschap ouderenzorg in een verpleeghuis loopt. Daarnaast is er de mogelijkheid voor een keuzecoschap en zelfs voor een twaalf weken durend senior coschap. Ook de vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde (VOSON) heeft een goede reputatie, al is de overgang naar de driejarige opleiding een grote uitdaging.

Sinds 2003 is er een academisch netwerk dat sinds 2009 het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON, zie www.uko-n.nl) heet en waarin veel van de ambities op het gebied van de verdere professionalisering van de ouderenzorg worden waargemaakt. Wetenschappelijk onderzoek speelt daarbij een belangrijke rol. Raymond Koopmans is momenteel betrokken bij 16 promotieonderzoeken, waaronder acht specialist ouderengeneeskunde-promovendi. Kortom, hij ziet de toekomst van het specialisme met vertrouwen tegemoet en roept alle collega's op door te gaan het vak verder te profileren en te professionaliseren.

Vertrek redactielid Didi Kriegsman

Gedurende een drietal jaren was Didi Kriegsman een zeer gewaardeerd redactielid die met haar kritische blik een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de kwaliteit van de artikelen in ons tijdschrift. Met enige regelmaat had zij ook met eigen manuscripten haar inbreng. Helaas vertrekt Didi nu als redactielid, onder meer vanwege een andere prioriteitsstelling betreffende haar activiteiten in de ouderengeneeskunde. De redactie zegt Didi veel dank toe voor haar bijdrage aan het tijdschrift en wenst haar veel succes en plezier toe bij de voortzetting van haar carrière.

Oproep inzending manuscripten over samenwerking SO met huisarts

Het decembernummer van dit tijdschrift (TvO 6, 2010) zal geheel gewijd worden aan de samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen. Wij zijn als redactie geïnteresseerd om inspirerende manuscripten te ontvangen die handelen over de samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen.

Dit kunnen zowel klinische lessen betreffen als praktijkartikelen of verslagen van wetenschappelijk onderzoek. Ook korte anekdotes en praktijkperikelen zijn welkom. De sluitingsdatum voor het inzenden van manuscripten is 1 oktober a.s.