

37e jaargang no. 5 | november 2012



## Jaarcongres 2012 'Kleine aandachtsgebieden? Grote aandacht!'

De ziekte van Huntington

Electroconvulsietherapie

Toekomst ouderengeneeskunde

**40 jaar**  
zelfstandig & zelfbewust

**verenSo**  
specialisten in  
ouderengeneeskunde

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

# Colofon

## Hoofdredacteur a.i.

Drs. Martin W.F. van Leen

## Redactie

Drs. Annelore H. van Dalen-Kok

Drs. Jacobien F. Erbrink

Drs. Aafke J. de Groot

Dr. Jos W.P.M. Konings

Dr. Susanne J. de Kort

Dr. Dika H.J. Luijendijk

Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

## Eindredactie

Drs. Marjolijn Bontje, dchg medische communicatie

Drs. Lauri P.M. Faas, Verenso

Judith Heidstra, Verenso

## Redactieadres en inleveren kopij

Bureau Verenso, Judith Heidstra

Postbus 20069, 3502 LB UTRECHT

redactie@verenso.nl

## Abonnementen

Abonnement Nederland € 63,00 per kalenderjaar

Abonnement buitenland € 90,00 per kalenderjaar

E-mail: info@dchg.nl

## Uitgever, eindredactie en advertenties

dchg medische communicatie

Hendrik Figeeweg 3G-20

2031 BJ Haarlem

Telefoon: 023 5514888

Fax: 023 5515522

E-mail: marjolijn.bontje@dchg.nl

www.dchg.nl

Issn: 1879-4637

## Fotografie

Mieke Draijer: Mustafa Gumussu

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever en de vereniging Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde.

Copyright© 2012

# Inhoudsopgave

## Redactioneel

219 Verenso viert feest!

## In Memoriam

220 Hendrik Willem ter Haar | 1922-2012

## Klinische les

221 De ziekte van Huntington

## Boekbespreking

224 Handboek functionele psychofarmacologie

238 Handboek Kanker bij ouderen

261 Probleemgeoriënteerd denken in de palliatieve zorg

## Beschouwing

226 Je neemt jezelf mee

## Amuse

230 Herfst

## Bureau Verenso

232 De specialist ouderengeneeskunde

252 Woord van de voorzitter

## Ouderengeneeskunde 2.0

235 Ouderengeneeskunde 2.0

## Wetenschap en Praktijk

237 Electroconvulsie therapie

240 Samenwerking in academische netwerken

## Toekomst ouderengeneeskunde

243 Ouderengeneeskunde verdwijnt

246 Laten zien wat we doen

248 Een kansrijk duo

## Abstracts

254 Het effect van muziektherapie

255 De resultaten van de NeedYD-studie

256 Anemia in old age and nursing homes

257 Een implementatiestudie

258 A systematic review

259 Wondbehandeling in het verpleeghuis

260 Het klassieke locked-in syndrome

## Leergang Ouderengeneeskunde

263 Leergang Ouderengeneeskunde



# Griep? In 15 minuten weet je meer.

## BioSign® Influenza A + B sneltest

- Zeer eenvoudig in gebruik
- Prestatiekenmerken:  
Sensitiviteit >95%  
Specificiteit >95%  
t.o.v. RT-PCR

### PBM

Princeton BioMeditech Corporation  
4242 U.S. Hwy 1  
Monmouth Junction  
NJ 08852, VS

Telefoon: + 1 (732) 274-1000  
[www.pbmc.com](http://www.pbmc.com)

BioSign® is een gedeponeerd handelsmerk van Princeton BioMeditech Corporation.

Gedistribueerd door:

HemoCue Diagnostics BV, Gestelsestraat 16H, 5582 HH Waalre, Nederland  
Telefoon: 040 228 59 80, Fax: 040 228 59 88, [info@hemocue.nl](mailto:info@hemocue.nl), [www.hemocue.nl](http://www.hemocue.nl)



**Behekst**

Noella uit Oeganda is zes jaar en behekst. Tenminste dat denkt haar directe omgeving, omdat haar borst en rug vervormd zijn. Haar moeder liet Noella in de steek en vader nam haar mee naar een medicijnman. Pas later werd bot tbc bij haar geconstateerd: de werkelijke reden voor de vervormingen. Mede dankzij de inzet en revalidatie van het Liliane Fonds gaat het inmiddels stukken beter met Noella. Het Liliane Fonds zorgt ervoor dat kinderen die door handifobie geïsoleerd raken en verstoten worden weer veerkracht ontwikkelen. Dat ze toegelaten worden op school zodat ze kunnen meedoen en uitzicht hebben op een betere toekomst.

Angst voor mensen met een handicap komt overal voor, óók in Nederland. Hoe kijk jij er eigenlijk tegenaan? Doe de handifobie-test en ontdek het zelf op [lilianefonds.nl/handifobie](http://lilianefonds.nl/handifobie).

**Liliane Fonds**

open de wereld voor een kind met een handicap

Foto: Moriel Brauchauer

# Verenso viert feest!

*Inga Meuleman-Peperkamp, voorzitter congrescommissie*  
*Martin van Leen, hoofdredacteur a.i.*

Verenso viert feest. Veertig jaar geleden ontstond onze vereniging. Sindsdien is er een lange complexe weg afgelegd, waarin de vereniging zich heeft ontplooid tot het niveau van hedendag. Aanvankelijk was er nog geen register van gespecialiseerde artsen. Maar gelukkig ontstond er een register van verpleeghuisartsen, welke later is omgezet in het register voor specialisten ouderengeneeskunde.

Het feest wordt gevierd op het SS Rotterdam, eveneens een bewogen schip met veel onzekerheid voor de toekomst. Het is ook voor Verenso en vooral voor de specialisten ouderengeneeskunde onduidelijk hoe we er over twintig jaar voorstaan. Werken we veel meer in de eerste lijn? Worden we vergoed uit de ziektekostenwet? Komen er genoeg specialisten ouderengeneeskunde van de opleidingsinstituten of kunnen we het werk niet aan? Vragen genoeg.

Herman Cools, emeritus hoogleraar en Suzanne de Kort, recent afgestudeerd specialist ouderengeneeskunde, geven in hun bijdragen een mooie bloemlezing over verleden, heden en toekomst. Ook zij geven aan dat er nog veel wetenschappelijke onderbouwing nodig is. Hierin past een verslag over de samenwerking van de academische netwerken, waarin een opsomming staat over lopend onderzoek. Het is een goede zaak dat de universitaire opleidingsinstituten intensief met elkaar samenwerken, want hier ligt de basis van het benodigde wetenschappelijk onderzoek.

Meestal worden er op het jaarcongres onderwerpen behandeld die frequent voorkomen in de dagelijkse praktijk van de specialist ouderengeneeskunde. Het jubileumcongres staat dit jaar vooral in het teken van aandoeningen die niet zo vaak voorkomen, maar waarmee men toch frequent wordt geconfronteerd. Zo worden neurodegeneratieve aandoeningen als de ziekte van Huntington en psychiatrische problematiek als depressie en elektroconvulsie tijdens de workshops besproken.

In deze uitgave van het tijdschrift vindt u een inspirerend artikel van prof. dr. Roos over de ziekte van Huntington. Hij beschrijft de motorische en cognitieve problemen, de psychiatrische symptomen, overige ziekteverschijnselen, beloop en behandeling. Met dit artikel zijn we als specialisten ouderengeneeskunde weer beter in staat om de behandeling en begeleiding van patiënten met Huntington goed vorm te geven.



Al vele jaren staat de behandeling van depressie bij kwetsbare ouderen in de belangstelling. Allerlei interventies worden besproken, maar als je alle literatuur goed leest zijn de behandelresultaten van matige uitkomst. Het is dan ook zeer belangrijk om te kijken naar andere therapeutische mogelijkheden. In het artikel van Kho, psychiater bij de Parnasiagroep, wordt ingegaan op de goede resultaten van electroconvulsie of te wel de 'electroshock', een zeer interessante behandeling die vaak leidt tot goede resultaten. Mogelijk moet er veel meer gelegenheid komen tot het gebruik hiervan.

De persoonlijkheid van een patiënt kan van grote invloed zijn op een eventueel verblijf in het verpleeghuis. Aan de hand van twee casussen illustreert Dick Verburg, specialist ouderengeneeskunde, hoe verschillend een opname kan verlopen. In deze uitgave vindt u ook een 7-tal abstracts van sprekers op het jubileumcongres. Deze abstracts zijn zeer divers van aard, maar passen allemaal bij het thema van het congres: Kleine aandachtsgebieden? Grote aandacht!

Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en eerste lijn staat al langer binnen de beroepsgroep in de belangstelling, hoewel slechts op beperkte maat er samenwerking van enige omvang aan de orde is. In het artikel van collega Wind, huisarts, en Vijfwinkel, specialist ouderengeneeskunde, wordt toch een lans gebroken voor een positieve samenwerking gebaseerd op hun onderlinge ervaring. Mijns inziens verdient dit navolging.

Een jubileum zonder extra aandacht is een gemiste kans. Daarom is het heuglijk om op het SS Rotterdam een groot aantal van de auteurs van dit jubileumnummer te kunnen aanhoren. De redactie hoopt u daar dan ook in grote getalen met een kritische blik te zien.

Tot slot wil ik Verenso van harte feliciteren met dit jubileum, mede namens Inga Meuleman-Peperkamp en de andere redactieleden. Op naar de 50!

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl

# Hendrik Willem ter Haar | 1922-2012

Erelid NVVA

*Dirk van der Wedden*

Op 16 juli 2012 overleed Henk ter Haar. Met zijn overlijden nemen we afscheid van een zeer markante persoonlijkheid, die van grote betekenis is geweest voor de psychogeriatric in Nederland. Henk ter Haar studeerde geneeskunde in Leiden en startte zijn loopbaan als huisarts in Zeeland. In 1964 keerde hij terug naar zijn geboortegrond Friesland. In dat jaar werd hij benoemd tot geneesheer-directeur van het psychogeriatric verpleeghuis Nieuw Toutenburg. Vanuit deze positie ontwikkelde hij zich tot een voorvechter van goede zorg voor geestelijk gestoorde bejaarden. Want onder die titel werden in de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw dementerenden opgenomen in het verpleeghuis.

Van het opkomen voor goede zorg voor mensen met een dementie heeft hij zijn levenswerk gemaakt. In zijn eigen huis ontwikkelde hij het onderscheid tussen begeleiding, verzorging en verpleging. Het werd ook strikt toegepast. Nieuw was ook het loopcircuit, zodat naar de opvatting van Henk de patiënt op een natuurlijke wijze moe werd. Vanuit binnen- en buitenland kwam men bij hem kijken hoe dat werkte. En als zoon van een dominee hield hij voor zijn bezoek een preek over goede zorg, met altijd een sneer naar de psychiatrie. Dit specialisme had het naar zijn mening volledig laten afweten bij de zorg voor bejaarden. In Friesland vond hij een geestverwant in de vorig jaar overleden Dick Sipsma. Dick Sipsma was hoofd van de sociaal geriatric dienst in Friesland en samen hebben zij een goed netwerk voor de psychogeriatric opgebouwd. Tegenwoordig zouden we het ketenzorgdementie noemen, van huisbezoek tot opname in het verpleeghuis. Zelf heb ik in 1979 met veel plezier stage bij hen mogen lopen.

De energie van Henk ter Haar bleef niet beperkt tot Friesland. Hij was actief bij de oprichting van de Nederlandse vereniging van verpleeghuisartsen (NVVA) in 1972 en was vanaf het begin vicevoorzitter (Frits Oostvogel was de eerste voorzitter). Ook was hij betrokken bij de oprichting van de vereniging van psychogeriatric (1983) en uiteraard actief deelnemer bij de zogenaamde joint meetings. Dit waren wetenschappelijke en gezellige bijeenkomsten van psychiaters, psychologen en (verpleeghuis)artsen uit Engeland en Nederland. Het praten met geestverwanten bleek bijzonder stimulerend. Niet onvermeld mag blijven dat hij de mede-oprichter was van de stichting Alzheimer Nederland (1984). Vanuit de zendingsmissie over goede zorg was hij (mede) auteur van vele artikelen en boeken. Het handboek voor de opleiding van ziekenverzorgenden 'De psychogeriatric patiënt' was voor de ontwikkeling van zorg in vele verpleeghuizen erg belangrijk.



Binnen de KNMG was hij lid van de studietoelichting geriatric en heeft hij zich ingespannen voor de registratie van verpleeghuisartsen en geriaters. Opmerkelijk is wellicht dat hij, ondanks zijn werkzaamheid in en verbondenheid met het verpleeghuis, zich liet registreren als klinisch geriatric. Tot slot wil ik Hans Houweling, Frits Oostvogel en Jan Ringoir danken voor hun hulp om mijn herinneringen aan Henk ter Haar als zeer bijzonder mens weer levend te maken.

## Lijst van publicaties H.W. ter Haar

- Huisvesting voor geestelijk gestoorde bejaarden- Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid 1968-23,10, 354-7.
- Euthanasie aan bejaarden- artsenconferentie Hyde Park Driebergen 1972 met bijdragen van o.a. dr. C. Leering en H.W. ter Haar.
- The relief of restlessness in the Elderly- Age and Aeging Suppl. 1977- 73-7.
- De Psychogeriatric patiënt- met o.a. J. Trommel en D. Sipsma - 1979.
- Commentaar op de nota Psychogeriatric en het gezondheidszorgsysteem GHIGV- NTvGG 1982, 13,1, 21-2.
- Therapy and prognosis of hip fractures in psychogeriatric patients- ( met T. Tanja) in NTvGG 1983.
- Psychogeriatric voor de huisarts- 1985.
- Dementie – een vergeten aandoening met o.a. J. Luiten en J. Welten- 1987/1992.
- Vrijwilligers gevraagd- Medisch Contact 2000-55,14, 521.

Correspondentieadres  
dirk.recht@planet.nl

# De ziekte van Huntington

## Klinische aspecten

Prof. dr. Raymund A.C. Roos, neuroloog, afdeling neurologie LUMC

### INLEIDING

In 1872 beschreef George Huntington een familie met een ziekte welke later zijn naam gekregen heeft. Hij onderkende de erfelijkheid ervan en naast de opvallende motorische stoornissen ook de psychiatrische en cognitieve veranderingen. In de jaren 80 van de vorige eeuw is de tot dan toe gebruikte naam chorea van Huntington veranderd in ziekte van Huntington vanwege het gewicht van de klachten op niet-motorisch gebied.

### MOTORIEK

Historisch gezien zijn de voornaamste klinische verschijnselen de veranderingen in de motoriek. Niet voor niets droeg de ziekte niet de naam 'Chorea van Huntington'. Het is ook het meest herkenbare voor de omgeving, maar meer en meer is gebleken dat het maar een deel van de ziekteverschijnselen is. Er zijn de ongewild optredende bewegingen in de gewild te bewegen spieren, chorea, hyperkinesie. Hart en spieren van de inwendige organen worden niet aangedaan. Het patroon is veelal sierlijk en aanvankelijk meer distaal in de ledematen en in het gelaat. Het leidt tot grimassen, wenkbrauwen optrekken, ogen ver openen, mond openen, tong uitsteken en gelaatsspieren aanspannen, meestal asymmetrisch. De gevolgen van de bewegingen uit zich ook in spraakstoornissen (dysarthrie) en slikstoornissen (verslikken). De bewegingen in de handen en vingers zijn als gezegd sierlijk. Het leidt tot onhandigheid en voorwerpen uit de handen laten vallen en minder vaardig worden met de handen. De axiale spiergroepen van de rug doen veel mee en leiden tot strekkende bewegingen van het lichaam.

### *Ondanks de toegenomen bewegingen neemt totale hoeveelheid beweging af*

Bij het actief bewegen wordt het lopen onregelmatig en vaak aangezien voor een dronkenmansgang, struikelen gaat optreden, gevolgd door vallen. Alle patiënten met de ziekte ontwikkelen ook een hypokinesie en een akinesie, een niet kunnen starten en een traagheid in beweging (bradykinesie). Ondanks de toegenomen bewegingen neemt de totale hoeveelheid beweging af. Ook andere vormen van hyperkinesie als dystonie en tics komen voor, maar zijn meestal minder opvallend. De motorische onrust wordt niet altijd door de patiënt als even erg ervaren of zelfs opgemerkt. Behandeling is dan ook lang niet altijd nodig. Pas wanneer de bewegingen de dagelijkse activiteiten gaan hinderen, kan medicatie over-

wogen worden. In de loop van de ziekte zal de chorea geleidelijk afnemen en overstemd worden door enorme rigiditeit en ook spasticiteit leidend tot niet tegen te houden contracturen.

### COGNITIEVE VERANDERINGEN

Cognitieve veranderingen kunnen tijdens alle fasen van de ziekte optreden en ook voorafgaan aan de eerste motorische verschijnselen. Kenmerkend is een eerste vertraging van het denkproces (bradyfrenie) zoals dat ook bij subcorticale vormen van dementie wordt gezien. Vaak wordt 'overspannen' zijn als eerste gemeld. Executieve taken gaan steeds slechter. Vaak is er een duidelijk gebrek aan inzicht en een slecht werkend geheugen, vooral het kortwerkende. De flexibiliteit neemt af, evenals de organisatie en planning, ook van de dagelijkse zaken.

### PSYCHIATRISCHE SYMPTOMEN

Misschien voor de patiënt en familie wel de meest ingrijpende symptomen betreffen de stemming en het gedrag. Depressie is de meest voorkomende stoornis bij de ziekte. Daarnaast worden angst, ontremming, agressie, obsessief compulsief gedrag, achterdocht, dwang en soms psychosen gezien. Snelle prikkelbaarheid zich uitend in woord en ook in daad zijn voor de patiënt maar vooral voor het gezin een zware belasting.

### OVERIGE ZIEKTEVERSCHIJNSELEN

#### *Vermagering*

Vermagering is bij alle patiënten met de ziekte van Huntington een probleem. Daar zijn verschillende verklaringen voor. Met het vorderen van de ziekte wordt het kauwen en slikken moeilijker, de patiënt wordt trager en kan steeds moeilijker het eten naar de mond brengen. De bewegingen kunnen toenemen, maar ook de bradykinesie vraagt meer energie in de uitvoering van de dagelijkse taken. Daarnaast gebruikt de patiënt soms ook medicatie welke de eetlust remt. Tevens zijn afwijkingen gevonden in de hypothalamus, in de nucleus tuberolateralis, welke verantwoordelijk is voor de stofwisselingsbalans. Al deze factoren zijn in verschillende mate onderliggend aan het gewichtsverlies.

#### *Slapen*

Patiënten met de ziekte van Huntington hebben een verstoord circadiaan ritme. Interessant is dat in de R6/2-muis ook afwijkingen aan de biologische klok in de nucleus suprachiasmaticus zijn gevonden. Geregeld blijkt dat het slaappatroon verschoven is en er bijna een omkering van het dag-en-nachtritme is ontstaan.

### Autonome functiestoornissen

Onverwachte aanvallen van hevig transpireren kunnen optreden en enkele malen ook orthostatische hypotensie. Daarbij kan de medicatie ook een rol spelen.

## DIAGNOSE

De diagnose ziekte van Huntington wordt gesteld aan de hand van de klinische symptomen en de familie anamnese en wordt bevestigd door de bepaling van de CAG-repeat in het DNA. De klinische symptomen kunnen zeer gevarieerd zijn, de familieanamnese kan moeizaam en onduidelijk zijn. De motorische symptomen zijn het meest kenmerkend en het meest specifiek. Maar sinds 1993 gendiagnostiek mogelijk is en premanifeste gendragers gevolgd zijn in de tijd, is gebleken dat ook psychiatrische en cognitieve symptomen als eerste uiting van de ziekte kunnen optreden. Veelvoorkomend is overspannen raken en dat de relatie last en draagkracht verandert. Verder is er sprake van iets minder aandacht en concentratie en iets trager denken. Dat bij elkaar kunnen de eerste signalen zijn waarvan achteraf gezegd kan worden dat het het begin is geweest van de ziekte.

## FAMILIEANAMNESE

De familieanamnese blijft een belangrijk onderdeel uitmaken voor het stellen van de diagnose. In sommige families is dat geen enkel probleem, in andere is de ziekte volkomen onbekend en lijkt de ziekte als het ware de novo te zijn ontstaan. Nadere anamnese levert soms indirecte aanwijzingen op. Een ouder of grootouder die altijd al ongedurig en onrustig was en op het eind van zijn/haar leven heel vergeetachtig in een verpleeginrichting is terechtgekomen en daar is overleden. Een ander voorbeeld kan een lastige voorouder zijn met een 'parkinsonachtig' beeld met veel stemmingswisselingen. Ook komt het nog steeds voor dat een ouder op relatief jonge leeftijd is overleden aan een ongeval of infectie. Bij de zoektocht in de historie kan het niet uitblijven om de eventueel onbekende vader te bespreken.

## GENETICA

De lengte van de CAG-repeat op het IT15 is in de normale bevolking het gen tussen de 17 en de 20 repeats. CAG codeert voor het aminozuur glutamine. Bij een aantal van 36 repeats en meer komt de ziekte klinisch voor. Tussen de 36 en 39 herhalingen is er soms een verminderde penetrantie. Naarmate de repeat langer is, is deze ook meer instabiel en kan in de volgende generatie langer geworden zijn. Deze instabiliteit uit zich vooral in de vaderlijke overervinglijn. In de volgende generatie zal de ziekte zich dan dus op jongere leeftijd kunnen manifesteren, anticipatie genaamd. Dit leidt ertoe dat de jongere patiënt (juvenile ziekte) vaak een lange repeat heeft (> 55) en veelal de ziekte van de vader gekregen heeft. Het aantal repeats is omgekeerd evenredig met de beginleeftijd van de ziekte, gedefinieerd als de eerste motorische verschijnselen.

## BELOOP

Na een sluipend begin van de ziekte wordt het geleidelijk in jaren duidelijk voor de patiënt en naasten. Motoriek wordt geleidelijk onhandiger en laat meer ongewilde bewegingen zien, het fietsen gaat moeilijker en soms struikelt de patiënt. Aandacht en concentratie kunnen afnemen en in gedrag treedt soms verandering op in de zin van een verhoogde prikkelbaarheid of wisseling in stemming. Het werk kan niet meer volledig uitgevoerd worden. Geleidelijk raakt de patiënt het overzicht over de dagelijkse zaken kwijt en worden financiën overgenomen. Alle dagelijkse zaken die zelf gedaan worden, nemen veel tijd in beslag. In de loop van de jaren neemt de afhankelijkheid verder toe en dan wordt de patiënt afhankelijk van het draagvermogen van de partner en het gezin voor hoelang hoeveel zorg in huis gegeven kan worden. Uiteindelijk is de patiënt volledig ADL-afhankelijk. Het verslikken neemt toe, het eten lukt niet meer zelfstandig, het aan- en uitkleden moet met hulp en het ophouden van de urine lukt niet meer.

## BEHANDELING

Behandeling bestaat altijd uit meerdere onderdelen, medicamenteus en niet-medicamenteus. Bij elk symptoom moet men zich afvragen of het wel behandeld moet worden. Geeft het zoveel last dat dit medicatie rechtvaardigt? Vraagt de omgeving om behandeling of de patiënt zelf? Van sommige klachten heeft de omgeving meer last dan de patiënt zelf. Wanneer de patiënt er zelf last van heeft en of zich ervoor schaamt en wanneer het overtollig bewegen in het dagelijks leven stoort, kan met medicatie gestart worden. Zijn er overwegend gedragsstoornissen dan kan behandeling van belang zijn voor zowel de patiënt als de omgeving. Van belang is om medicatie voorschrijven altijd systematisch te doen, stap voor stap, omdat veel niet onderbouwd is en veel patiënten met een relatief lage dosis voldoende effect heb-

### Chorea

- Tiapride (max 600 mg)
- Tetrabenazine (max 200 mg)
- Olanzapine (max 20 mg)
- Pimozide (max 6 mg)

### Depressie

- Citalopram (max 60 mg)
- Fluoxetine (max 60 mg)
- Valproïnezuur (max 2000 mg)

### Agressie

- Citalopram (max 60 mg)
- Olanzapine (max 20 mg)
- Dipiperon (max 360)
- Haloperidol (max 10 mg)

Tabel. Medicamenteuze behandeling motorische stoornissen, depressie en agressie op grond van literatuur en klinische praktijk.

ben. Het is een individuele benadering. Hierbij wordt wel een volgorde in medicatie gehanteerd gebaseerd op de praktijkervaring waar de balans werking/bijwerking bepalend is. In onderstaande tabel zijn enkele veel gebruikte medicijnen voor de verschillende hoofdsymptomen opgesomd.

De niet-medicamenteuze behandeling kan zeer uitgebreid zijn en zal altijd op maat gemaakt moeten worden. Veelal zullen fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtist en psycholoog erbij betrokken zijn. Van belang is in multidisciplinair overleg te komen tot een haalbaar behandelplan dat voor de patiënt en omgeving haalbaar geacht moet worden.

## BIJZONDERE BEHANDELING

Bij het voortgaan van de ziekte zal de afhankelijkheid van de patiënt alleen maar verder toenemen en de nadruk komen te liggen op zorg. Onafhankelijk van het gegeven of de betrokkene zich in een eerder stadium heeft uitgesproken over zijn levenseinde, zal er over het levenseinde met de patiënt gesproken moeten worden. Wat zijn de mogelijkheden om de kwaliteit van leven zo lang mogelijk zo goed mogelijk te houden. Tot welke mate van zorg betrokkene acceptabel vindt, verschilt uiteraard per patiënt. Daarom is het goed het uitgangspunt van de patiënt te weten. Want altijd onvoorspelbaar ontstaan er situaties waarin de vraag er opeens is of en hoe nu verder. Herkenbaar is bijvoorbeeld de vraag starten met antibiotica bij de zoveelste verslikpneumonie, of wel of geen sondevoeding. Sondevoeding is levensverlengend en dat kan alleen als de patiënt dat zelf wil of eerder heeft aangegeven. Veel patiënten hebben een schrikbeeld voor ogen van een ouder in het eindstadium van de ziekte. Zij weten dan zeker dat zij het niet op die manier willen. Als in elke andere ziekte geldt dat er ook een moment komt dat gezegd moet worden dat er geen therapie meer beschikbaar is en dat wij moeten aanvaarden dat het is zoals het is. Het kunnen spreken over de dood geeft vaak opluchting, de mogelijkheid het zelf in de hand te kunnen hebben geeft rust. In de afgelopen jaren zijn patiënten lijdend aan de ziekte van Huntington in verschillende stadia van hun ziekte na de vastgestelde zorgvuldige procedure door euthanasie dan wel met hulp bij zelfdoding overleden.

## KLINISCHE BEOORDELING

Bij het onderzoek van de patiënt met de ziekte van Huntington moeten al de aspecten van de ziekte worden nagegaan. De belangrijkste zijn in de *Unified Huntington Disease Rating Scale* (UHDRS) opgenomen. Een beoordelingschaal, niet om een diagnose te stellen, maar om een patiënt te vervolgen op enigszins systematische wijze. Behalve de motorische symptomen zijn ook de gedrags- cognitieve en functieschalen hierin opgenomen. Kort samengevat bestaat het neurologisch onderzoek na het gewicht gemeten te hebben uit de volgende items: lopen, koorddansergang, retropulsietest, oogbewegingen (volgen en saccades), spraak, tong uitsteken, dystonie en chorea van gelaat, armen, romp en benen, alternerende bewegingen van vingers en handen,

spiertonus en de test van Luria. Het psychiatrisch onderzoek bestrijkt de belangrijkste symptomen als stemming, prikkelbaarheid, angst, dwangmatigheid in denken en doen. Het cognitieve deel kan uitgevoerd worden volgens de lijn van de MMSE. Voor de patiënten in het laatste stadium voldoen geen van de tot nu gebruikte beoordelingschalen. Daarom is er in het European Huntington Disease Network (EHDN) verband een nieuwe schaal ontwikkeld. De UHDRS en nog een kwaliteit-van-levenschaal wordt jaarlijks bij al de patiënten die daar toestemming voor hebben gegeven afgenomen en vastgelegd in de Europese databank in het samenwerkingsverband van de EHDN.

## TOEKOMST

Al de genoemde behandelingen zijn er op gericht de last voor de patiënt en de familie te beperken en de kwaliteit van leven door de beste zorg zo hoog mogelijk te maken. De gewenste ontwikkeling in de behandeling is de preventie van ziekte. De vraag is of op het niveau van de transcriptie van het DNA of RNA ingegrepen zou kunnen gaan worden. Een andere plaats van interventie zou de eiwitfunctie kunnen zijn, waarbij de functie belemmerd wordt of geneutraliseerd. Kan de werking van *huntingtine* gestopt of gereguleerd worden? Internationaal wordt nauw samengewerkt om tot oplossingen te komen. Parallel aan het onderzoek naar medicamenteuze oplossingen zal aandacht besteed moeten worden aan een verantwoorde zorg, ook gebaseerd op onderzoek.

## SAMENVATTING

De ziekte van Huntington is een progressieve neurologische ziekte die gekenmerkt wordt door stoornissen in de motoriek, psychiatrische stoornissen en dementie. Daarbij zijn er nog secundaire ziekteverschijnselen als gewichtsverlies, slaapstoornissen en autonome afwijkingen. De ziekte erft autosomaal dominant over en is genetisch gekenmerkt door een trinucleotide repeat (CAG) in het *Huntingtine*-gen op de korte arm van chromosoom 4. De gemiddelde beginleeftijd ligt tussen de 30 en de 50 jaar met een spreiding van 2 tot 82 jaar, de ziekteduur ligt rond de 20 jaar.

De prevalentie is 10 per 100.000. Geschat wordt dat er in Nederland ongeveer 1.700 patiënten zijn en tussen de 6.000 en 9.000 personen met het risico op de ziekte. De ziekte verloopt progressief en leidt tot volkomen afhankelijkheid voor het dagelijkse leven en uiteindelijk tot de dood. Zorg op maat om de gewenste kwaliteit van leven te behouden is de vraag aan de gezondheidszorg.

## LITERATUUR

1. Aziz NA, Marck MA van der, Pijl H, et al. Weight loss in neurodegenerative disorders. *J Neurol.* 2008;255(12):1872-80.
2. Bates G, Harper P, Jones L. *Huntington's disease*. 3. Oxford, Oxford University press; 2002.
3. Duijn E van, Kingma EM, Mast RC van der. Psychopathology in verified Huntington's disease gene carriers. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2007;19(4):441-8.



1. Gusella JF, Wexler NS, Conneally PM, Naylor SL, Anderson MA, Tanzi RE, Watkins PC, Ottina K, Wallace MR, Sakaguchi AY, et al. A polymorphic DNA marker genetically linked to Huntington's disease. *Nature*. 1983;306(5940):234-8.
2. Heemskerk AW, Roos RA. Dysphagia in Huntington's disease: a review. *Dysphagia*. 2011 Mar;26(1):62-6.
3. Paulsen JS. Cognitive impairment in Huntington disease: diagnosis and treatment. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2011;11(5):474-83.
4. Roos RA. Huntington's disease: a clinical review. *Orphanet J Rare Dis*. 2010;5(1):40.
5. Tagle DA, Blanchard-McQuate KL, Valdes J, Castilla L, MacDonald ME, Gusella JF, Collins FS. Dinucleotide repeat polymorphism in the Huntington's disease region at the D4S182 locus. *Hum Mol Genet*. 1993 Apr;2(4):489.

Correspondentieadres  
r.a.c.roos@lumc.nl

# Handboek functionele psychofarmacologie

Martin van Leen



Redactie:  
prof. dr. Anton J.M. Loonen,  
prof. dr. J.E. (Hans) Hovens  
Aantal pag: 451  
Uitgeverij: de Tijdstroom  
ISBN: 789058982056  
Prijs: € 49,00  
Aantal sterren: 4

Een ongewenste bijwerking van de classificatie van psychische stoornissen in categorieën van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) en van de opkomst van de evidence-based psychiatry is het verwaarlozen van de mechanistische farmacotherapie. Zo begint de aanbeveling van dit boek.

Specifieke farmacologische effecten worden vaak toegepast om gericht psychische symptomen te verminderen of te laten verdwijnen. Met de medicamenteuze behandeling

van psychische stoornissen krijgt iedere arts en apotheker te maken. Meestal volstaan de standaarden en richtlijnen goed.

Dit boek beschrijft in de eerste hoofdstukken de werking van psychofarmaca, de rol van neurotransmitters, het neurotransmittersysteem en de aangrijpingspunten van psychofarmaca, hetgeen kan helpen om de achtergronden hiervan te begrijpen. Daarnaast wordt in dit boek uitgelegd hoe ongewenste fenomenen worden veroorzaakt. Deze informatie kan worden toegepast om bijwerkingen en ongewenste geneesmiddeleninteracties te voorkomen.

Na de algemene inleiding wordt ingegaan op specifieke stoornissen en de rol van medicatie. De laatste hoofdstukken zijn gewijd aan de bijwerkingen van alle besproken middelen. Dit boek bevat daardoor veel nuttige informatie voor specialisten ouderengeneeskunde.

Correspondentieadres  
m.van.leen@avoord.nl

# herstel.

## Hij herstelt, in zijn eigen tempo.

Werken als Specialist Ouderengeneeskunde bij Laurens betekent het vak verbeteren.

### Specialist Ouderengeneeskunde (FWG75)

Laurens biedt innovatie met Leerhuizen (o.a. Dementie, NAH, Geriatrische Revalidatie, Palliatief en Gerontopsychiatrie)

Kijk op [www.werkenbijLaurens.nl](http://www.werkenbijLaurens.nl)



**laurens**

WONEN DIENSTEN ZORG

meer dan zorg

# Je neemt jezelf mee

## De persoon achter het probleem

Dick Verburg, specialist ouderengeneeskunde, Careyn Utrecht Stad en wetenschappelijk docent bij Gerion, VUmc

### INLEIDING

Het is belangrijk de persoonlijkheid te herkennen als mede-oorzaak van problemen voor de patiënt of diens omgeving (probleemgedrag). In de ouderengeneeskunde werken we veel met het biosociale leermodel van Millon als theoretische onderlegger.<sup>1</sup> Dit kan ons helpen om het gedrag van de patiënt beter te begrijpen en om onze benadering van de patiënt af te stemmen op diens persoonlijkheidsdynamiek.<sup>2</sup> Ook kan het bijdragen aan preventie door vooraf te bedenken welke omstandigheden extra stress oproepen en kunnen leiden tot ontregeling van het gedrag of het intrapsychisch welbevinden.

Vanuit het theoretisch model van Millon onderscheiden we vier manieren om de eigen behoefte aan bekrachtiging van je gevoel van eigenwaarde te verwezenlijken,<sup>3</sup> namelijk:

- a. Je haalt de bekrachtiging uit jezelf; een onafhankelijke persoonlijkheidsstructuur.
- b. Je haalt de bekrachtiging bij een ander; een afhankelijke persoonlijkheidsstructuur.
- c. Je bent onzeker over de vraag waar je de bekrachtiging moet halen; een ambivalent persoonlijkheidsstructuur.
- d. Je kunt geen bekrachtiging verkrijgen; een gereserveerde persoonlijkheidsstructuur.

Daarnaast wordt voor elke positie onderscheid gemaakt tussen mensen die actief (proactief) de bekrachtiging zoeken en diegenen die dit afwachtend (passief, reactief) doen.

Vanuit dit model presenter ik twee patiënten die een dementie ontwikkelen.

### CASUS 1

*De drie dochters van deze 87-jarige alleenwonende dame vragen hulp aan het mobiel geriatrisch team (MGT) omdat ze zich zorgen maken over de zelfzorg en de veiligheid van hun moeder, maar bij haar geen enkele ingang vinden om hulp te accepteren. De patiënte blijkt bij onderzoek een licht gevorderde vorm van dementie ten gevolge van de ziekte van Alzheimer te hebben.*

*In de praktijk zien we problemen in de zelfzorg waarbij de lichaamshygiëne tekort dreigt te schieten en de maaltijden eenzijdig worden. Ook is er risico dat mevrouw gaat dwalen over straat. Zij doet nog zelfboodschappen en gaat nog dagelijks wandelend bij haar zuster op bezoek die opgenomen is in een niet ver van haar woning gelegen verpleeghuis. Onlangs is zij verdwaald en met hulp van een vriendelijke voorbijganger met moeite weer thuisgekomen. Ook lukt de organisatie van de administratie en financiën niet meer waardoor er rekeningen onbetaald blijven en de deurwaarder dreigt.*

*Mevrouw accepteert de diagnose dementie niet en laat zich nauwelijks helpen. Zij geeft anderen de schuld van de zaken die misgaan en reageert zeer snel boos als ze het gevoel heeft dat anderen haar willen sturen. Regelmatig zet zij de thuiszorg letterlijk het huis uit. Met haar dochters en met het personeel, maar ook met de bewoners van het verpleeghuis van haar zuster ontstaan conflicten, waarbij mevrouw soms zelfs fysiek agressief wordt. Bij goede analyse lijkt de aanleiding voor de boosheid meestal gelegen in een situatie die haar confronteert met haar onvermogen. Op basis van de inventarisatie en analyse denken wij aan een actief onafhankelijke (antisociale) persoonlijkheidsstructuur.*

*De belangrijkste vraag van de dochters is of mevrouw gedwongen moet worden tot een opname met een RM om te voorkomen dat er 'echte' problemen ontstaan.*

*Wij maken samen met de dochters de afweging dat opname in een PG-setting alleen maar meer krenkend zal zijn en tot meer boosheid zal leiden. De kans is groot dat dit alleen met dempende medicatie enigszins te hanteren is. Het risico daarvan voor de gezondheid van mevrouw is minstens zo groot als de huidige, zeker niet helemaal veilige, thuissituatie. We kiezen voor het zo lang mogelijk thuis ondersteunen van mevrouw, waarbij aan de dochters en thuiszorg tips worden gegeven hoe krenking zo veel mogelijk te voorkomen.*

## CASUS 2

Een 78-jarige vrouw wordt aangemeld bij het MGT vanuit de psychiatrie. Zij is kortdurend opgenomen geweest vanwege een depressie met heftige angstaanvallen. Dit alles enkele maanden na het overlijden van haar echtgenoot. Bij opname is ook een beginnende dementie van het type Alzheimer geconstateerd. Zij had bij opname 10 mg citalopram gekregen en is heel snel opgeknapt. Eigenlijk ging het de derde dag van opname alweer prima met haar; ze was vriendelijk en zorgzaam voor de andere patiënten en gaf aan niet meer angstig of depressief te zijn.

Sinds haar thuiskomst gaat het echter weer snel slechter. Op de dagen dat ze naar de dagbehandeling gaat (drie keer per week) voelt ze zich prima, maar thuis is ze snel angstig en voelt ze zich weer eenzaam en somber. Opvallend is dat ze geen enkel initiatief neemt om zelf nog contact te zoeken, hoewel dat gezien haar cognitie nog best mogelijk zou moeten zijn. Er is een forse discrepantie tussen haar functioneren tijdens opname en op de dagbehandeling enerzijds en hoe het thuis gaat anderzijds. Er wordt drie keer per dag thuiszorg georganiseerd. Dat levert wel op dat de zelfzorg en het eten weer goed gaat. Toch blijft mevrouw klagen over angst en eenzaamheid.

Op basis van onze analyse lijkt er sprake van een passief afhankelijke persoonlijkheidsstructuur, bevestigd door een heteroanamnese van haar nicht. Haar aardige tante heeft haar hele leven goed kunnen functioneren bij gratie van de steun die zij van haar man kreeg. Wij maken met mevrouw en haar nicht de afweging dat een veilige omgeving met vanzelfsprekende contacten met anderen haar erg zal helpen om, ondanks de beginnende dementie, nog zo goed mogelijk te functioneren. Wij adviseren haar te verhuizen naar een verzorgingshuis met een intensief project voor mensen met dementie, waarbij het mogelijk is om van 7 uur 's ochtends tot 21 uur 's avonds in een groep met activiteiten mee te doen.

## BESCHOUWING

### *De onafhankelijke persoonlijkheid*

In de eerste casus treffen we een vrouw met een actief onafhankelijke persoonlijkheid. In het algemeen hebben mensen met een onafhankelijke persoonlijkheid veel moeite met praktische afhankelijkheid. Hoewel je jezelf ook met een handicap of beperking de moeite waard kunt vinden, wordt dit toch voor veel mensen met deze persoonlijkheid erg lastig. De rouw die de verwerking van die verandering oproept, kan heftig verlopen.

We zien dat de beschreven patiënte, als actief onafhankelijke persoon, (pro)actief probeert een dreigend minderwaardigheidsgevoel te bestrijden door enerzijds automatisch te veronderstellen dat anderen de problemen veroorzaken (projectie) en anderzijds mensen in haar omgeving agressief en neerbuigend te behandelen. Op deze manier legt ze

de 'schuld' bij de ander en probeert ze haar eigen gevoel van eigenwaarde weer wat op te krikken.

De meer passief onafhankelijke persoonlijkheid zal sterker proberen te ontkennen of negeren dat de werkelijkheid veel minder rooskleurig is dan hun zelfbeeld. Als dat echt niet lukt – en een persoon met een persoonlijkheidsprobleem is niet gek! – dan ontstaat er vrij snel somberheid.

Door mensen met een onafhankelijke persoonlijkheid van het begin af aan met veel respect en zonder medelijden te benaderen en hen de sturing over het leven te laten houden, kan je mogelijk de heftigste confrontaties wat vermijden. Het is belangrijk dat de hulpverlener de kracht van de persoon en de beperkingen van het functieverlies uit elkaar haalt.

De heftige agressie die soms op de hulpverlener af komt als het zo'n actief onafhankelijk persoon niet meer lukt om haar gevoel van eigenwaarde te handhaven, moet in de eerste plaats niet als persoonlijk worden geïnterpreteerd. Daarnaast is het natuurlijk nodig om ook duidelijke grenzen te trekken ten aanzien van die agressie. In de praktijk blijken mensen met een actief onafhankelijke persoonlijkheid vaak pas te reageren als er een persoon die voor hen een autoriteit vertegenwoordigt de grens stelt. Dat kan soms de arts zijn, maar kan ook de politie zijn.

### *De afhankelijke persoonlijkheid*

In de tweede casus zie we een patiënte met een passief afhankelijke persoonlijkheid. Deze persoon zal minder moeite hebben met de praktische afhankelijkheid. Soms treedt er zelfs verbetering in stemming of gedrag op, omdat deze afhankelijkheid hen oplevert dat er meer mensen zich om hen bekommeren. Deze zorgzame aandacht wordt gevoeld als waardering voor de persoon.

De beschreven patiënte, met een passief afhankelijke persoonlijkheid, geniet van contact maar weet dit niet voor zichzelf te organiseren. Ze heeft de aandacht en waardering van anderen nodig. In een veilig en vertrouwd netwerk – bijvoorbeeld met haar man of tijdens de opname – gaat het goed. Als dit wegvalt is er eenzaamheid waaruit vervolgens angst en depressie ontstaan. Opname in een instituut met vanzelfsprekend veiligheid kan voor deze mensen heel veel verbetering van het intrapsychisch beleven geven. Het is wel belangrijk dat de mensen met een passief afhankelijke persoonlijkheid niet tekort komen tussen anderen die veel directer om aandacht vragen. Als ze steeds stiller worden ligt een depressie op de loer.

Iemand met een actief afhankelijke persoonlijkheid is gewend zelf op zoek te gaan naar de waardering en aandacht van anderen. In een gezonde situatie is zo'n persoon in staat veel netwerken van sociale contacten te onderhouden en hier de bekrachtiging uit te halen. Soms wordt er te veel gevraagd van de omgeving (claimend gedrag) en zijn de netwerken inmiddels doodgebloed. De gezondheidszorg is een netwerk dat niet kan weigeren te komen. Helaas dus voor veel mensen met deze persoonlijkheid een vangnet.

Zeker in geval van wonen in een groep kan het verdelen van de aandacht over alle bewoners deze persoonlijkheid extra het gevoel geven tekort te komen. Het heftig claimend en manipulerend gedrag dat deze mensen soms vertonen, kan heel belastend zijn voor een zorgteam en dient natuurlijk ook begrensd te worden. De kunst is het claimende gedrag te negeren, maar juist aandacht te bieden op momenten dat de persoon gewenst gedrag vertoont. Of als dat zelfs moeilijk is op vaste momenten op een dag, onafhankelijk van het gedrag.

## AANVULLING VANUIT DE THEORIE

Hierboven werden de onafhankelijke en de afhankelijke persoonlijkheidsstructuur vanuit de casuïstiek geïllustreerd. Ter afronding nog een paar woorden over de andere structuren.

### *De ambivalente persoonlijkheid*

Deze persoonlijkheid wordt gekenmerkt door de wijze waarop ze met de eigen onzekerheid over de vraag waar ze de bekrachtiging moeten zoeken omgaan.

De actief ambivalente persoonlijkheid zal dit dilemma projecteren op de ander en hiermee voortdurend in strijd met die ander zijn. Hiermee voorkomen ze dat ze zichzelf onzeker en angstig voelen. Regelmatig wordt deze strijd gevoerd met de verzorgenden en behandelaars. Enerzijds doen ze een sterk beroep op hun professionele hulp vanuit een gevoel dat ze slachtoffer zijn in een vijandige wereld. Anderzijds kunnen ze de hulp niet accepteren, omdat ze het toch zelf willen doen.

De passief ambivalente persoonlijkheid voorkomt het gevoel van onzekerheid en angst door in zichzelf een systeem met vaste patronen en controle te creëren. Hierbij probeert hij zo lang mogelijk de regie (controle) te houden, patronen vol te houden. Indien dit niet lukt, vooral als de grip op het leven verloren gaat omdat er ook cognitief beperkingen ontstaan, kan er forse angst ontstaan met regelmatig paniekaanvallen.

Voor mensen met een ambivalente persoonlijkheid is het van belang dat er een duidelijke structuur is, waarbij zo veel mogelijk toch de regie bij henzelf wordt gelaten. De strijd van een actief ambivalente persoon moet je eigenlijk niet weg willen halen, maar je kunt deze mogelijk wel sturen. Aan de behoefte aan vaste structuur van de passief ambivalente persoon, waar de persoon zelf wel de regie over heeft, probeer je te voldoen door de structuur er onopvallend te laten zijn. Daarnaast wordt zo veel mogelijk ruimte gelaten voor keuzemogelijkheden door de persoon zelf.

### *De gereserveerde persoonlijkheid*

Voor de gereserveerde persoonlijkheid is iedere vorm van afhankelijkheid of institutionalisering lastig vanwege hun grote moeite met het hebben van persoonlijk contact met anderen. Dit laatste gaan ze het liefst uit de weg (de actief gereserveerde) of gaan ze niet aan ook in de nabijheid van die ander (passief gereserveerd). Voor deze groep is het belangrijk dat er bemoeizorg georganiseerd wordt. Bij opname is het van groot belang dat ze de ruimte krijgen zich terug te trekken dan wel hun eigen gang te gaan.

## CONCLUSIE

Het model van Millon geeft een goede theoretische basis om te begrijpen welke specifieke problemen mensen vanuit hun persoonlijkheid tegenkomen indien er toenemende afhankelijkheid optreedt. Vanuit dit begrip kan een benadering gekozen worden welke bijdraagt aan het verminderen van de intrapsychische klachten of het probleemgedrag.

Met dank aan Carola van Teunenbroek voor haar constructieve commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

## SAMENVATTING

Aan de hand van twee casussen van thuiswonende mensen met dementie wordt uitgelegd hoe de persoonlijkheid een rol speelt bij het soort problemen dat ontstaat bij het toenemend functieverlies en hoe herkenning ervan betrokken kan worden bij de interventie die gekozen wordt. Als theoretische basis voor het begrijpen van de persoonlijkheid wordt gekozen voor het model van Millon.

In de beschouwing worden de acht persoonlijkheidsstructuren van dit model besproken in relatie tot de specifieke problemen die kunnen ontstaan bij toenemend functieverlies of institutionalisering.

## REFERENTIES

1. Verburg D, Haverkort T. *Persoonlijkheidsstoornissen. Uit Luidendijk HJ, Verkaaik AJB (red) Handboek sociale geriatrie De Tijdstroom Utrecht, 2006.*
2. Zie ook: Hoofdstuk 5 *Gedragsadvisering door Alphen, Bas van, Royen, Rita van en Videler, Arjan uit: Alphen Bas van (red) Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. Diagnostiek behandeling en gedragsadvisering. Amsterdam, Hogreve uitgevers, 2010.*
3. Millon T, Everly GS. *Personality and ist disorders: A bio-social learning approach. New York. Wiley 1985.*

Correspondentieadres  
dickverburg@telfort.nl

# NFACTOR

Resource® SeniorActiv  
speciaal ontwikkeld voor ouderen



Resource®



## Resource® SeniorActiv

Helpt uw patiënten in de diëtbehandeling van ondervoeding en/of risico op ondervoeding.

Resource® SeniorActiv is verrijkt met die voedingsstoffen\* die ouderen met hun dagelijkse voeding tekortkomen. Resource® SeniorActiv kan helpen;

- een slechte voedingstoestand te verbeteren
- kracht en energie terug te krijgen
- valincidenten en fracturen bij ouderen verminderen

**De voeding die het verschil kan maken!**

Diëtvoeding voor medisch gebruik - Gebruiken onder medisch toezicht.

\* voor verdere achtergrond informatie kunt u zich wenden tot:

Nestlé Nederland BV, Postbus 12708, 1100 AS Amsterdam Zuidoost  
Tel. : 0162 468 488  
[www.NestleHealthScience.nl](http://www.NestleHealthScience.nl)

 Nestlé HealthScience

# Herfst

Jacobien Erbrink



Ook dat nog. Had hij net een flexplek gevonden waar hij rustig zijn brieven kon schrijven, begon er buiten ineens een motor te brommen. Het geluid golfde op en neer, alsof de bron ervan bewoog, en het leek steeds dichterbij te komen. Hij kende dat geluid, maar toch kon hij het niet meteen thuisbrengen. Geïrriteerd schoof hij zijn stoel achteruit. Het leek hem beter om eerst maar even te gaan kijken waar het geluid vandaan kwam, misschien dat hij daarna zijn concentratie zou kunnen hervinden.

Hij schoof de gordijnen opzij, buiten scheen een herfstige zon. Zijn oog viel meteen op Bart, een lange magere bewoner van nummer acht. Bart scharrelde dagelijks in de tuin rond en rommelde graag met steentjes, onkruid, gras en andere ongerechtigheden. Elke ochtend wierp hij alles wat hem niet aanstond over de heg, op het wandelpad aan de andere kant, waar alle verworpen voorwerpen dan de rest van de dag in de weg bleven liggen. Gelukkig scheen de zon, want als het regende hielden ze Bart binnen, tot chagrijn van hemzelf en iedereen in zijn omgeving. Eigenlijk, bedacht hij nu, moest Bart gewoon een goed regenpak hebben! Een fenomenaal idee! Meteen schreef hij 'regenpak!!!' in zijn agenda bij de visite van morgen.

Ineens tevreden met zichzelf hernam hij zijn positie bij het raam. Bart leek hem vandaag niet zo energiek als anders. Hij stond er ongedurig bij, met zijn aandacht bij iets wat Peter niet kon zien, omdat het om de hoek lag. De hoek waar het geluid vandaan kwam. En hoe meer het geluid naderde, hoe meer Bart achteruit week. Peter zag herfstbladeren opwaaien uit de richting van het geluid. Natuurlijk! Ineens beseftte hij wat het was. En tegelijk met dat besef zwol het geluid aan tot een allesomvattend grommen, terwijl een man in een groen pak en met een koptelefoon op in beeld verscheen. Met een slang als van een reuzenstofzuiger zwerfde hij over het gras van woning acht, de rode en gele bladeren wild voor zich uit jagend. Het was een bladblazer!

Hij zag Bart langzaam achteruit wijken, zijn blik vastgeklemd aan het blazende monster voor hem. Peter kon hem geen ongelijk geven. Hij had bladblazers altijd een waardevolle uitvinding gevonden, nutteloze machines uitsluitend bedoeld om met veel kabaal de luiheid van de mens te onderstrepen. Wat was er mis met die goeie ouwe bladhark? Bart wist een bladhark nog feilloos te hanteren, dat wist hij zeker. Dus waarom stond hier nu zo'n luie adolescent met al die herrie de bewoners van een doodsschrik te voorzien?

In plaats van een uur lang doodsangst had Bart de hele week plezier van het harken kunnen hebben. Hoofdschuddend liet hij het gordijn zakken. Hij moest zich bedwingen om niet naar buiten te gaan en die lambal met zijn eigen machine de tuin uit te blazen. Wat moet zo'n blaaskaak hier eigenlijk, vroeg hij zich af, dat past toch helemaal niet bij onze kleinschalige visie. Een particulier met een tuintje houdt er toch ook niet zo'n herrieding op na?? Opnieuw greep hij zijn agenda om iets te noteren. 'Bladhark!!!' schreef hij bij de visite. En 'bladblazer!!' op zijn to-do-lijstje. Hij wist niet of de directeur ontvankelijk zou zijn voor zijn argument, hij vreesde het ergste, maar hij zou zichzelf niet meer recht in de ogen kunnen kijken als hij de kwestie bladblazer nu niet eens en voor al ging regelen met het management.

Grimmig wierp hij nog een laatste blik uit het raam. Bart had zich binnen verschanst, op veilige afstand van het blazende monster. In de hoek van de tuin lag een opgejaagde berg geel en rood te glinsteren. Er was misschien nog hoop voor Bart.

Op tafel begon zijn telefoon te rinkelen. Hij schrok ervan. Op het scherm verschenen het groene en het rode blokje. 'Niet drukken, maar vegen', hoorde hij collega Gert in zijn hoofd uitroepen. Zijn vingers bewogen naar het groene blokje toe. Hij veegde. De telefoon rinkelde genadeloos door. Hij veegde nog een keer. Het rinkelen hield op. Verheugd begon hij in het toestel te spreken. 'Met Prins.' Er gebeurde niets. 'Hallo?' riep hij nog een keer. Fronsend hield hij het apparaat voor zich om op het scherm te kunnen kijken. Een oranje blokje. Gesprek gemist. Zo ging het nou steeds. Hij keek verwijtend naar zijn stramme vingers die het blokje niet weg hadden kunnen vegen. Ze staarden stoïcijns terug, zich van geen kwaad bewust. Hij voelde zich plotseling verschrikkelijk oud.

Correspondentieadres  
j.erbrink@vanneysel.nl

**NIEUW**

# HET UNIEKE HOOGGEDOSEERDE VITAMINE D<sub>3</sub> GENEESMIDDEL



Uitsluitend recept en volledig vergoed  
Schrijf u nu in op [www.MedaConnects.nl/webcast](http://www.MedaConnects.nl/webcast)  
voor de webcast over vitamine D.

**Divisun**<sup>®</sup>  
Cholecalciferol

Voor meer informatie zie de verkorte bijsluitertekst elders in deze uitgave.

**MEDA**

DIV01-08102012



# De specialist ouderengeneeskunde

## Een topper onder de specialisten!

Lauri Faas en Corinne de Ruiter

‘Toen mijn 100-jarige vader viel, kwam ik voor het eerst met een specialist ouderengeneeskunde in aanraking’ gaf een notaris aan. ‘Ik heb veel respect voor hun deskundigheid, menselijkheid en gave om met lastige dilemma’s rond leven, ouderdom en dood om te gaan. Wat een bijzonder vak’.

De bureaumedewerkers van Verenso onderschrijven dit compliment van harte. Zij ondersteunen met veel plezier het werk van de specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater. Zij zien de Verenso-leden met passie excelleren om ouderen met hun menselijke deskundige medische zorg de beste kwaliteit van leven te bieden in hun laatste levensfase. Of juist om jongeren met chronische aandoeningen een weg in het leven te doen vinden. De specialisten ouderengeneeskunde weten als geen ander dat overleven niet het doel is. Hun uitgangspunt is een medische behandeling te bieden die afgestemd is op de doelen van de kwetsbare patiënt.

### *Het specialisme ouderengeneeskunde... een vak dat begint waar anderen stoppen*

De medewerkers van Verenso citeren enkele complimenten voor specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater over de uitvoering van hun vak. Daarmee feliciteren zij de ruim 1550 specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater met het 40-jarig jubileum van hun vereniging.

#### DE SPECIALIST OUDERGENEESKUNDE...

- heeft veel compassie en is sterk betrokken bij de oudere mens.
- heeft lef, want durft verantwoord verschillende medicatieschema's af te bouwen die worden voorgeschreven door orgaanspecialisten die soms minder oog hebben voor interactie van medicatie en gevolgen van polyfarmacie bij ouderen.
- is gericht op behoud van regie van kwetsbare ouderen binnen de mogelijkheden van diens gezondheidssituatie en zorgt ervoor dat daardoor meer mensen desgewenst thuis kunnen blijven wonen.
- is goed thuis in de patiëntenwetgeving en hanteert dilemma's rond wilsbekwaamheid met aandacht voor de actuele wens van de patiënt met dementie.

- zet zich in voor mensen met ernstig hersenletsel door acute hersenschade. Een vergeten groep van vaak jonge, mensen waarvan het nog nauwelijks bekend is hoe het hen op de lange termijn vergaat. Specialisten ouderengeneeskunde proberen hier verandering in aan te brengen. Zij zetten zich met hart en ziel in, tot ver over de grenzen van Nederland, om het lot van deze mensen iets ten goede te keren.
- ziet steeds meer de waarde van wetenschappelijk onderzoek over de ouderengeneeskunde. Het aantal gepromoveerde en promovendi neemt langzaam toe waarmee sterke wetenschappelijke onderbouwing komt voor het medisch handelen bij kwetsbare patiënten.
- verbindt verschillende disciplines met elkaar om gezamenlijk de kwalitatief best mogelijke zorg aan de patiënt te geven.
- is ervan doordrongen dat de gezondheidssituatie het resultaat is van een complex samenspel van genetische, psychologische, sociale, culturele en andere factoren. De aanpak van symptomen en beperkingen is het primaire doel van zijn behandeling zelfs als die niet zijn toe te schrijven aan een specifieke ziekte. Centraal hierbij staan de wensen van de patiënt en zijn naasten, hoe zien zij dat de beste kwaliteit van leven wordt bereikt.

Het werk van de specialist ouderengeneeskunde en de sociaal geriater is steeds meer naar elkaar toe gegroeid en een aantal sociaal geriater heeft inmiddels ook de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde afgerond. Veel van deze woorden gelden daardoor uiteraard ook voor sociaal geriater. Van de sociaal geriater mag verder gezegd worden dat hij van oudsher sterker is in de omgang met psychiatrische patiënten en extramuraal werken.

#### DE SOCIAAL GERIATER...

- Kent als geen ander het domein van de patiënt zelf. Doordat hij al van oudsher bij de patiënt thuiskomt, weet hij hoe belangrijk het is veel aandacht te besteden aan de sociale omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt. De sociale geriatrie werd niet voor niets door hen zelf wel eens beschreven als een 'continue uitwedstrijd'.

- Is sterk in crisisinterventie. Dit betekent dat hij stressbestendig en structurerend is en ook directief kan optreden en dit weet te combineren met flexibiliteit.
- Hij werkt actief samen met het netwerk van de patiënt, zoals de thuiszorg, burens en vooral de familie en eventuele andere mantelzorgers.

## COMPLIMENTEN VAN ANDEREN

- **Een familielid** na de overdracht en verhuizing van een patiënt van het ziekenhuis naar het verpleeghuis: 'De specialist ouderengeneeskunde bekeek al snel of de medicatie die was voorgeschreven door verschillende medisch specialisten in het ziekenhuis, overbodig of schadelijk kon zijn en dus kon worden afgebouwd. Het was fijn en belangrijk dat daar aandacht aan gegeven werd.'
- **Een patiënt en familie** in een gesprek na opname in het verpleeghuis: 'We zijn enorm opgelucht dat er eindelijk eens iemand de lichamelijke klachten in relatie tot elkaar wil bekijken en de tijd neemt om te luisteren naar het totale verhaal. En ook de regie neemt zoals door te bellen met de vele en diverse medisch specialisten die alleen maar vanuit hun eigen specialisme naar een 'lichaamsdeel' kijken. Door de specialist ouderengeneeskunde werd de totale medische behandeling beter afgestemd op wat we nodig hebben.'
- **Een mantelzorger**: 'De specialist ouderengeneeskunde is zo toegankelijk, ik kan makkelijk met mijn vragen bij haar terecht.'
- **Een huisarts** naar aanleiding van de LESA Dementie (NHG en Verenso): 'Goed dat ik voor vroeg-signalering en diagnostiek bij dementie terecht kan bij de specialist ouderengeneeskunde voor consultatie. Voor mij een echte eyeopener.'
- **Een directeur van een zorgorganisatie**: 'Ik pleit ervoor dat specialisten ouderengeneeskunde in de Zorgverzekeringswet werkzaam kunnen zijn, dus ook buiten de muren van het verpleeghuis. Zodat zij ook daar hun belangrijke expertise kunnen inzetten.'

- **Tijdens een visitatie vanuit de organisatie**: 'De artsen zijn prettig in de omgang, makkelijk aanspreekbaar en goed benaderbaar voor medewerkers op verschillende niveaus. De onderlinge samenwerking met de specialisten ouderengeneeskunde wordt door de meeste medewerkers goed genoemd. Er is weinig tot geen sprake van hiërarchische verhoudingen (barrières), de bereidheid tot samenwerking is groot bij de artsen. Zij staan open voor de mening van anderen.'

- **Een verpleeghuismedewerker**: 'In tegenstelling tot de negatieve berichtgeving in de media over 'medicalisering van de ouderenzorg' zorgen specialisten ouderengeneeskunde er juist voor dat deze medicalisering niet plaatsvindt en als ze plaatsvindt, dit doordacht is.'
- **Over sociaal geriater**s: 'Sociaal geriateren kunnen zo soepel met allerlei typen mensen omgaan. Niets is hen te gek. Ze zijn er goed in om de cognitieve, lichamelijke en sociale invloeden op de gezondheid van patiënten te beoordelen. Daarvoor zoeken ze hun patiënt op in de psychiatrie of in hun thuissituatie. Ze kijken dan naar alle factoren in het systeem van de patiënt die van invloed zijn op hun gezondheid.'

### Wat een breed en interessant vak!

Een student geneeskunde die het snijdend specialisme in wil, loopt drie maanden verplicht stage in een verpleeghuis. Hij start daar met frisse tegenzin. Wat kun je hier betekenen voor de patiënt? Wat kun je hier als arts? Al gaandeweg vindt hij het vak van de specialist ouderengeneeskunde steeds interessanter worden. Wanneer hij zijn stageperiode afsluit zegt hij dan ook: 'Wat ben je hier breed bezig met medisch én sociaal complexe zaken. En op een leuke manier veel contact met de patiënt. Een ieder zou deze stage verplicht moeten lopen!'

Correspondentieadres  
lfaas@verenso.nl



Namens de bureaumedewerkers van harte gefeliciteerd.  
Wij werken graag met jullie samen aan een  
menselijke en excellente ouderengeneeskunde!



# Ben jij Attent?

**Attent wonen welzijn zorg** is een organisatie met circa 1400 medewerkers en 650 vrijwilligers die gezamenlijk aan 1500 cliënten een breed pakket aan woon-, welzijn- en zorgdiensten verleent.

## Locaties:

Arnhem	Regina Pacis
Velp	Kastanjehof
Elst	Tertzio
Rheden	Rhederhof
	De Boomgaard
Dieren	Gelders Hof
	Beverode
	De Oude Plataan
Doesburg	St. Elisabeth
	De Hessegracht
De Steeg	Attent Zorg Thuis
	Attentiepunt
	Attent Flex
	Bestuurscentrum

Attent *wonen welzijn zorg* (wwz) biedt kwalitatief hoogwaardige complexe zorg in zowel intra- als extramurale setting.

In de regio's Arnhem & Overbetuwe en Rheden Dieren Doesburg staan verschillende specialistische centra voor wonen met zorg en behandeling, kleinschalig georganiseerde zorg en thuiszorg. De centra kennen een sterk doelgroepenbeleid zoals revalidatie, gerontopsychiatrie en psychogeriatric. Ten behoeve van deze doelgroepen wordt intensief samengewerkt met bijbehorende professionele netwerken en organisaties (GGZ, ziekenhuis).

Vanwege groei in onder andere het aantal klinische bedden met interventiegerichte behandeling en een toenemende vraag naar specialistische medische zorg in de eerste lijn is Attent wwz met ingang van 1 december 2012 op zoek naar gedreven en enthousiaste:

## Specialisten ouderengeneeskunde

voor 32 tot 36 uur per week.

## Basisartsen/huisartsen

met ambitie voor de functie van specialist ouderengeneeskunde voor 32 tot 36 uur per week.

Kijk op [www.attentwwz.nl](http://www.attentwwz.nl) voor de volledige vacaturetekst. Onze professionals kunnen rekenen op een bijbehorend personeels- en opleidingsbeleid.



# Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

In deze rubriek in het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde nieuws en wetenswaardigheden uit de wereld van internet, apps en sociale media. Tips voor deze rubriek? Mail of tweet!

## WEBSITES

**handreiking.ysis.nl**



*GeriMedica* heeft de handleidingen, die onderdeel uitmaken van hun elektronisch patiëntendossier *Ysis*, openbaar gemaakt via een algemeen toegankelijke website. Tot voor kort waren de handleidingen alleen in te zien door gebruikers van *Ysis*, maar *GeriMedica* wil voorzien in de behoefte onder specialisten ouderengeneeskunde, aiOS, basisartsen en ook huisartsen om belangrijke informatie gerelateerd aan de ouderengeneeskunde snel te kunnen inzien, via een handig navigeerbare en overzichtelijke website. De handleidingen zijn opgebouwd uit samenvattingen van bestaande richtlijnen en protocollen en worden beheerd door specialisten ouderengeneeskunde van *GeriMedica*. Een plekje in uw favorieten meer dan waard!

**[www.artsennet.nl/opinie/artsen-blogs/Wilco-Achterberg.htm](http://www.artsennet.nl/opinie/artsen-blogs/Wilco-Achterberg.htm)**

Wilco Achterberg, hoogleraar Institutionele Zorg en Ouderengeneeskunde aan het LUMC en specialist ouderengeneeskunde in verpleeghuis Overrijn blogt sinds 2011 over de ouderengeneeskunde op het bekende internetportaal Artsennet. Hij verkeert daarmee in het gezelschap van andere bekende kopstukken uit de geneeskunde. De blog van Wilco is ook te volgen als RSS feed.

## APPS

**Formularium Nijmegen**

Het alom bekende Formularium Nijmegen is nu, als eerste formularium van Nederland, ook verkrijgbaar als app voor iPad of iPhone. Op eenvoudige wijze kan worden gezocht op



aandoening, medicatie of op ICPC code. Het Formularium Nijmegen geeft farmacotherapeutische adviezen bij veel voorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk. De aanbevelingen zijn zoveel mogelijk evidence based, waarbij ook rekening is gehouden met praktische toepasbaarheid, bijwerkingen, interacties en kosten. Het is daardoor ook zeer geschikt voor gebruik in de verpleeghuispraktijk. Het formularium wordt samengesteld door een onafhankelijke commissie bestaande uit huisartsen, openbare apothekers en ziekenhuisapothekers uit de regio Nijmegen. De database wordt na installatie lokaal op je telefoon of tablet opgeslagen, dus voor het gebruik van de app zelf is vervolgens geen internetverbinding meer nodig. De app kost 4,99 euro en is te downloaden via iTunes. Op korte termijn, zo beloven de makers, zal ook een Android-versie beschikbaar komen.

**AED4.eu**

Waar is het dichtstbijzijnde AED-apparaat? Deze app leest via GPS de locatie van je telefoon en toont vervolgens alle aangemelde AED-apparaten die zich op dat moment bij jou in de buurt bevinden. De app en bijbehorende website ([www.aed4.eu](http://www.aed4.eu)) is in 2009 gelanceerd door het UMC St Radboud en is gratis beschikbaar voor iPhone en Android. Via de app (en website) kunnen tevens nieuwe AED-apparaten worden aangemeld. Er wordt de laatste jaren veel gediscussieerd over reanimatiebeleid, met name bij (kwetsbare) ouderen, en media spelen hierbij regelmatig een grote en soms controversiële rol. Als app is dit desalniettemin een mooi voorbeeld van een innovatieve manier om techniek en geneeskunde samen te brengen. Installeren is een fluitje van een cent en kost weinig geheugenruimte. Vervolgens is het hopen dat je de app nooit nodig hebt.



**Correspondentieadres**

[lonneke.schuurmans@zorgboog.nl](mailto:lonneke.schuurmans@zorgboog.nl)

Twitter: @ouderengnk

Facebook: ouderengeneeskunde

# BEREIK ALLE SPECIALISTEN OUDERENGENEESKUNDE EN SPECIALISTEN OUDERENGENEESKUNDE I.O. DOOR UW PERSONEELSADVERTENTIE TE PLAATSEN IN HET TVO VOOR MAAR € 1.500,-



Plaatsingsoverzicht 2012		
	Aanleverdatum	Verschijsning
December	29-11-2012	20-12-2012

De advertentie is in A4 formaat en full color, de prijs is exclusief btw.  
Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Suzan Keuter.  
Telefoon 023-551 48 88 of mail naar: [suzan.keuter@dchg.nl](mailto:suzan.keuter@dchg.nl).

# Electroconvulsietherapie

## Voorkeursbehandeling bij ernstige depressie

Dr. King Han Kho, psychiater en ECT-coördinator, ECT-afdeling Parnassia Klinisch Centrum Ouderen, Den Haag

Het beeld dat veel mensen hebben over electroconvulsietherapie (ECT) wordt bepaald door scènes uit films waarin deze behandeling vaak wordt voorgesteld als heftig, pijnlijk en schadelijk zoals onder andere in 'One flew over the cuckoo's nest'. Het is dan ook geen wonder dat deze behandeling nog steeds controversieel is en minder vaak wordt toegepast dan gewenst is. Desondanks wordt ECT steeds vaker in Nederland toegepast voor de behandeling van patiënten die lijden aan een ernstige depressie. In dit artikel wordt een verklaring voor deze ontwikkeling gegeven.

Het voorkomen van depressie in Nederland is onderzocht in twee grote studies. Uit de NEMESIS-studie<sup>1</sup> blijkt dat van de 18-65 jarigen ruim 5% in de afgelopen 12 maanden lijdt aan een depressie; dit zijn 546.500 patiënten in het afgelopen jaar. Van de 55-85 jarigen lijdt 2% aan een depressie (LASA, <sup>2</sup>). Dit is een lager percentage, echter oudere patiënten hebben een slechtere prognose aangezien na één jaar 80% van de jongere patiënten hersteld is van de depressie tegenover 35% van de oudere patiënten; depressie blijkt vaak een chronische ziekte te zijn vooral onder de oudere patiënten. Een depressieve patiënt lijdt vaak langdurig en heeft daarnaast een verhoogd risico op suïcide vooral bij oudere patiënten; van de zelfmoordslachtoffers van 75 jaar en ouder blijkt 80% bekend te zijn met een depressieve stoornis.

Uit een meta-analyse<sup>3</sup> blijkt dat ECT in vergelijking met antidepressiva significant effectiever is waarbij 80% van de patiënten in remissie komt in tegenstelling tot 50% na behandeling met antidepressiva. Als er sprake is van een medicatieresistente depressie kan ECT nog effectief zijn bij 50-70% van de patiënten. Er zijn aanwijzingen dat ECT een snel effect heeft, waarbij er soms al een zichtbare verbetering te zien is na één enkele ECT-behandeling. Dit is natuurlijk vooral van belang voor suïcidale patiënten die snel uit hun depressie gehaald moeten worden. ECT lijkt zelfs sneller aan te slaan bij oudere patiënten.<sup>4</sup> Deze cijfers zouden reden moeten zijn om bij ernstig depressies ECT aan te bieden als voorkeursbehandeling, vooral bij oudere patiënten. In de Nederlandse praktijk is dit vaak echter niet het geval en wordt ECT pas aangeboden na het mislukken van een aantal behandelingen met antidepressiva.

In de loop der jaren zijn een aantal versies van Nederlandse ECT-richtlijnen gepubliceerd. Telkens wordt het beleid gehanteerd om ECT pas toe te passen als er sprake is van

medicatie-resistentie. Deze richtlijnen maken wel een uitzondering voor de behandeling van ernstig suïcidale patiënten. Bij deze patiënten dient ECT als eerste behandeling te worden toegepast vanwege het snelle effect van deze behandeling waardoor ECT levensreddend kan zijn. Een andere uitzondering is de behandeling van oudere patiënten met een depressie. Ook hier is de aanbeveling om ECT sneller toe te passen omdat oudere patiënten soms de ernstige cardiale bijwerkingen van een tricyclisch antidepressivum niet kunnen verdragen. In het laatste geval blijkt ECT veiliger te zijn dan behandeling met een antidepressivum. In andere gevallen moeten de patiënten eerst een aantal mislukte behandelingen met een antidepressivum ondergaan voordat ECT kan worden toegepast. Pas sinds de ECT-richtlijnen van 2010<sup>5</sup> bestaat de mogelijkheid om eerder te kiezen voor een behandeling met ECT omdat volgens deze richtlijn de patiënt een voorkeur mag uitspreken voor ECT. Het is nu zelfs mogelijk om de patiënt eerst een behandeling met ECT aan te bieden voordat een behandeling met een antidepressivum gegeven wordt; de kans dat de patiënt dan snel van de depressie herstelt wordt hiermee vergroot in vergelijking met behandeling met antidepressiva. Later kan alsnog een behandeling met een antidepressivum voorgeschreven worden voor het voorkomen van een terugval in depressie. Een snel herstel uit een depressie met ECT heeft een aantal grote voordelen: het voorkomt een langdurig lijden van de patiënt, het verlaagt het risico op suïcide omdat de depressieve episode verkort wordt en het verkleint de noodzaak tot een langdurig verblijf in de kliniek.

Op onze depressiekliniek hebben wij in de afgelopen jaren een verschuiving gezien in de plaatsing van ECT binnen het depressiebehandeltraject. ECT wordt steeds eerder aangeboden, vooral bij oudere patiënten, en tegenwoordig bespreken wij alle behandelopties inclusief ECT tijdens het opnamegesprek met de patiënt. Het aantal ECT-patiënten is daarom jaarlijks gegroeid. Patiënten zijn sneller geholpen en verlaten eerder het ziekenhuis waardoor de turn-over op de kliniek is toegenomen. Het is waarschijnlijk dat deze ontwikkeling ook te zien is op andere ECT-afdelingen.

Het grootste bezwaar tegen ECT is het optreden van geheugenproblemen. Vooral problemen met het kortetermijngeheugen zijn vaak aanwezig. Bij de afweging of deze behandeling geïndiceerd is, moet deze bijwerking van ECT worden afgezet tegen de ernst van de depressieve ziekte en de risico's van het niet toepassen van ECT.

In de voorlichting over deze behandeling moeten daarom de voor- en nadelen van ECT duidelijk met de patiënt besproken worden, zodat de patiënt of diens vertegenwoordiger op de juiste gronden een keuze kan maken voor of tegen deze behandeling.

ECT moet meer geaccepteerd worden als een erkende behandeling van ernstige psychiatrische stoornissen en met name voor de behandeling van depressies. Deze trend lijkt in Nederland te zijn ingezet. Verder onderzoek naar deze behandeling is noodzakelijk vooral om het risico op geheugenproblemen te verkleinen. Deze hernieuwde belangstelling blijkt ook uit de toename van wetenschappelijke publicaties door Nederlandse onderzoekers over ECT.

## LITERATUUR

1. <http://www.nemesis.gfk.nl/>
2. <http://www.lasa-vu.nl>
3. UK ECT Review Group. *Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet*. 2003 Mar 8;361(9360):799-808.
4. Loo CK, Garfield JB, Katalinic N, Schweitzer I, Hadzi-Pavlovic D. *Speed of response in ultrabrief and brief pulse width right unilateral ECT*. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012 Sep 11:1-7.
5. <http://www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen/>

Correspondentieadres  
k.kho@parnassia.nl

# Handboek Kanker bij ouderen

Martin van Leen



Redactie: A.N.M. Wymenga,  
J.W.W. Coebergh,  
H.A.A.M. Maas, H.C. Schouten  
Aantal pag: 404  
Uitgeverij: de Tijdstroom  
ISBN: 789058981950  
Prijs: € 49,00  
Aantal sterren: 3

Er is een nieuw handboek verschenen voor een brede groep van professionals die zorg verlenen aan ouderen met kanker. Het is een bekend feit dat bijna 60% van alle maligniteiten wordt vastgesteld bij patiënten ouder dan 60 jaar. Daarom is het opmerkelijk dat dit pas het eerste boek is dat specifiek over kanker bij ouderen is geschreven.

Het boek geeft een praktijkgericht overzicht van de actuele stand van zaken met betrekking tot epidemiologie, etiologie,

pathogenese, diagnostiek, behandeling en follow-up. Daarnaast wordt er ingegaan op de beslissingen die komen kijken bij de behandeling van ouderen, wordt de rol van comorbiditeit besproken, komen ethische aspecten en de basale veroudering aan bod. Ook is er een hoofdstuk gewijd aan de rol van een geriatrisch assessment.

Na de algemenere hoofdstukken zijn er ook twaalf hoofdstukken gewijd aan speciale vaak voorkomende vormen van kanker om te eindigen met aandacht voor zorg en ethiek. Toch is het jammer dat er geen specifiekere en praktische adviezen gegeven worden, waardoor het boek voor de praktiserende specialist ouderengeneeskunde van minder waarde is. Reden hiervoor is wederom het ontbreken van voldoende evidence over de behandeling van ouderen.

Correspondentieadres  
m.van.leen@avoord.nl





# Samenwerking in academische netwerken

Wetenschapsdag UVN-ZH – UKON – UNO-VUmc

Drs. Lizette Wattel, dr. Els Derksen, drs. Monique Caljouw

## WIE WORDT ER BETER VAN?

Het verbinden van wetenschap en praktijk in de ouderengeneeskunde is de belangrijkste doelstelling van de universitaire netwerken ouderenzorg rondom de afdelingen specialisme ouderengeneeskunde van het UMC St Radboud, het LUMC en het VUmc. Deze netwerken beogen de zorg en behandeling aan patiënten in de verpleeg- en verzorgingshuizen beter te onderbouwen en te verbeteren.

Om deze doelstelling gestalte te geven hebben de drie netwerken, UVN-ZH, UKON en UNO-VUmc, op 21 september jongstleden voor de eerste keer een gezamenlijke wetenschapsdag georganiseerd in het LUMC te Leiden, met als thema: 'Wie wordt er beter van? Samenwerken voor meer kennis over ouderenzorg'.

Zo'n 160 deelnemers uit organisaties die lid zijn van de drie netwerken waren aanwezig, waaronder specialisten ouderengeneeskunde, onderzoekers, fysiotherapeuten, logopedisten, psychologen, teammanagers, verpleegkundig specialisten, diëtisten, managers, et cetera.

Onder leiding van de dagvoorzitter prof. dr. Wilco Achterberg werd een interessant programma afgewerkt. Verderop in dit verslag wordt een aantal presentaties samengevat.

Naast de wetenschappelijke voordrachten was er ook voldoende gelegenheid om te netwerken. De informatiemarkt en de posters werden druk bezocht. Vooral het multidisciplinaire karakter van de dag werd als succesvol ervaren.

Afgesloten werd met een levendige paneldiscussie onder leiding van prof. dr. Cees Hertogh waarbij vooral de zichtbaarheid van de netwerken binnen de zorginstellingen en de implementatie van onderzoeksresultaten in de praktijk werden bediscussieerd.

Conclusie van deze wetenschapsdag is dat de academisering van de verpleeg- en verzorgingshuizen in gang is gezet, waarbij ook zeker aandacht is voor implementatie in de dagelijkse praktijk. De samenwerking tussen wetenschappers en professionals binnen de netwerken zal zich in de toekomst verder ontwikkelen. En het ligt in de verwachting om ook in 2013 weer een wetenschapsdag te organiseren.

## HIPS: VALANGST BIJ HEUPFRACTUREN

In Nederland krijgen jaarlijks ongeveer 18.000 mensen een heupfractuur. Een derde van deze mensen overlijdt binnen een jaar, minder dan 40% komt terug op zijn oude niveau. Een van de factoren die het herstel beïnvloeden, is de angst om te vallen. Om meer inzicht te krijgen in de rol van valangst op de revalidatie voert Jan Visschedijk het HIPS-onderzoek uit.

Inmiddels is een literatuurstudie afgerond.<sup>1</sup> Hieruit blijkt dat de angst om te vallen voorkomt bij 50% van de mensen na een heupfractuur. Mensen met valangst krijgen minder oefentherapie en hun revalidatie heeft slechtere uitkomsten: ze vallen vaker, hebben een slechtere mobiliteit, een hogere institutionalisering en een hogere mortaliteit. Daarnaast blijkt dat instrumenten voor valangst nog gevalideerd moeten worden voor deze specifieke groep. Inmiddels is een cross-sectionele studie uitgevoerd met als doel een meetinstrument te valideren en te bepalen welke factoren valangst bepalen en wat de gevolgen ervan zijn. De resultaten van dit onderzoek worden nog geanalyseerd. Het onderzoeksproject zal worden afgesloten met het ontwikkelen en implementeren van een interventie.

### Literatuur

1. Visschedijk J, et al. *Fear of falling after hip fracture: a systematic review of measurement instruments, prevalence, interventions, and related factors.* *J Am Geriatr Soc.* 2010 Sep;58(9):1739-48.

## GRAMPS

Bianca Buijck, verpleegkundige en onderzoeker, heeft in de GRAMPS-studie (Geriatric Rehabilitation in AM-putation and Stroke: neuropsychiatrische symptomen) onderzoek gedaan naar neuropsychiatrische symptomen bij CVA- en amputatiepatiënten die revalideren op een revalidatieafdeling in het verpleeghuis. Het betreft een longitudinaal onderzoek waarbij drie weken na opname en bij ontslag de NPI-vragenlijst (Neuro Psychiatric Inventory) is afgenomen. Van 145 CVA-patiënten is in kaart gebracht is of zij last hadden van dergelijke symptomen. Depressieve klachten werden het vaakst genoemd en dit is gerelateerd aan een minder succesvolle revalidatie. Belangrijk dus om hier binnen de revalidatie meer aandacht aan te besteden. Een sterke aanbeveling van Bianca Buijck is dan ook om in een zo vroeg mogelijk stadium een depressieve stemming op te sporen en ook te behandelen. Bianca Buijck hoopt volgend jaar op dit onderzoek te promoveren aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

### Resultaten van de proeftuinen

De intramurale geriatrische revalidatiezorg wordt met ingang van 2013 overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Reden van de overheveling is dat de revalidatiezorg behandeling is, kortdurend, en dus niet behoort tot de onverzekerbare risico's waarvoor de AWBZ is bedoeld. Geriatrische revalidatie kan het beste in de keten worden georganiseerd onder regie van de zorgverzekeraar. Verwacht wordt dat daarmee de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg worden verbeterd.

Zestien van deze samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders en verzekeraars zijn in 2011 van start gegaan als proeftuin. Het doel van de proeftuinen is het organiseren van een innovatief, flexibel aanbod van geriatrische revalidatiezorg dat op maat is gesneden voor de patiënt, in

samenwerking met diverse aanbieders in de keten en de zorgverzekeraars. De initiatiefnemers willen in de proeftuinen het volgende bereiken:

- Een samenhangend aanbod van geriatrische revalidatiezorg in de regio met meerwaarde voor patiënten.
- Ervaringen opdoen die relevant zijn voor de invulling van de regierol van de zorgverzekeraar.
- Gegevensaanlevering ten behoeve van de DBC-registratie.

Het LUMC heeft, samen met het VUmc en het Maastrichts Universitair Medisch Centrum, van de Regieraad Kwaliteit van Zorg de opdracht gekregen om te evalueren of de verbeteringen in de proeftuinen ook leiden tot een beter herstel van de revalidant.

De resultaten van deze evaluatie zijn gepresenteerd op de wetenschapsdag. Het onderzoeksrapport is te downloaden op [www.proeftuinengrz.nl](http://www.proeftuinengrz.nl).

### Meetinstrumenten

Binnen de ouderenzorg worden enorm veel meetinstrumenten gebruikt. Er is een groot verschil in het gebruik van deze instrumenten, zowel in het type instrument als in de momenten waarop instrumenten worden afgenomen. Binnen het UNO-VUmc en het UKON zijn best practices ontwikkeld voor het gebruik van meetinstrumenten op verschillende domeinen. De domeinen waarvoor inmiddels afspraken zijn gemaakt zijn mobiliteit (UKON en UNO-VUmc gezamenlijk), cognitie (UNO-VUmc), stemming, gedrag en ADL (UKON). Het zijn steeds trajecten geweest waarbinnen professionals van één of meerdere disciplines keuzes hebben gemaakt op basis van literatuur, kennis en praktische bruikbaarheid. Binnen het UKON is inmiddels een switch gemaakt naar het ontwikkelen van zorgprogramma's.



## UIT DE PRAKTIJK

### Lerend vermogen

Mari Groenendaal, lecturer practitioner op de praktijkleerunit (PLU) van Woonzorgcentra Haaglanden, presenteerde de resultaten van een onderzoek naar twee oriëntatiestrategieën bij dementie. Het doel was te onderzoeken of een technologische interventie of gedragsinterventie geschikt is voor demente ouderen, zodat zij beter de weg kunnen vinden op de verpleegunit.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden op twee praktijkleerunits in samenwerking met de Universiteit van Bari, Italië, onder leiding van prof. dr. Giulio E. Lancioni.

Een PLU is een lerende, onderzoekende en reflectieve cultuur die resulteert in een continue verbetering van kwaliteit van zorg en het terugdringen van het arbeidsmarkttekort.

De onderzoeksresultaten zullen binnenkort gepubliceerd worden. Voor meer informatie over het onderzoek kunt u contact opnemen met het UVN-ZH.

### FES-HIPS: een kwalitatieve analyse

Astrid van Alphen deed een kwalitatief onderzoek naar een vragenlijst om valangst te meten: de FES-I. Ze gebruikte hiervoor een specifieke methode, de *Three Step Test Interview*. Bij deze methode vult de patiënt de vragenlijst hardop denkend in, zodat de onderzoeker de gedachtegang van de patiënt kan volgen. Volgens een vaststaande procedure stelt de onderzoeker vervolgens vragen om de gedachtegang verder te verhelderen.

Dit leverde verrassende resultaten op. Deze vragenlijst meet bezorgdheid om te vallen bij 20 verschillende activiteiten. Bijvoorbeeld: 'bent u bezorgd om te vallen bij zelfstandig staan?'. Het begrip 'zelfstandig staan' werd soms geïnterpreteerd als 'zelfstandig in het leven staan' in plaats van 'op twee benen staan zonder dat iemand anders ondersteuning biedt'. Andere vragen waren moeilijk te beantwoorden, omdat er werd gevraagd naar twee activiteiten in een vraag, zoals 'bent u bezorgd om te vallen bij het aan- of uitkleden?'. Ook antwoorden mensen heel verschillend op vragen naar activiteiten die ze nooit uitvoerden. Van dit onderzoek leren we dat het opstellen van een goede vragenlijst moeilijk is en dat dit de validiteit sterk beïnvloedt.

### Sociotherapeutische leefmilieus

Hanne Nijsten, GZ-psycholoog van de Archipel, presenteerde hun ervaringen met socio-therapeutische leefmilieus. Naar dit concept, dat afkomstig is uit de psychiatrie, is nog geen onderzoek gedaan. De ervaringen met leefmilieus binnen de Archipel zijn zeer positief; het leidt tot minder probleemgedrag, meer groepsdynamiek, minder medicatie en minder dwalen. Dit resultaat willen ze graag laten zien en daarvoor is onderzoek nodig. Hanne legde een paar onderzoeksvragen voor aan de zaal en deed ook een oproep om ervaringen en literatuur met elkaar te delen. Deze onderzoeksvraag zal samen met de onderzoekers van het UKON opgepakt worden.

## RESULTATEN WAALBED-II-STUDIE

Probleemgedrag blijkt uitermate complex te zijn, aldus Roland Wetzels, specialist ouderengeneeskunde en onderzoeker, en we begrijpen er nog maar weinig van. Dat is de conclusie na een uitgebreide survey onder 117 bewoners met dementie. Bij mensen met de ziekte van Alzheimer worden angst en apathie vaker gezien, bij vasculaire dementie treedt agressie en depressie op de voorgrond. Het verder uiteenrafelen van deze onbegrepen klachten is noodzakelijk. Daarbij kan gedacht worden aan de invloed van de onderliggende ziekte, de manier van coping door de oudere zelf en de invloed van de omgeving van de oudere, bestaande uit zorgverleners en mantelzorgers.



# Ouderengeneeskunde verdwijnt

## De vraag is wanneer

Prof. dr. Herman J.M. Cools, specialist ouderengeneeskunde n.p., emeritus hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, afdeling Public Health & Eerstelijngeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

Opa's zienswijze:

'Zo meisje, hoe oud ben jij?' 'Zes jaar.'

'Zes jaar? En je bent al groter dan mijn stok!'

'Hoe oud is die dan?'

De hoofdredacteur van dit tijdschrift verzocht mij om in dit congresnummer uitspraken te doen over de toekomst van het specialisme ouderengeneeskunde. Dit heb ik al vaker tijdens jaarcongressen gedaan met soms enige ophef en wisselend succes. In een druk en rijk land is het nu eenmaal moeilijk focussen op een enkele beroepsgroep.

In dit artikel wordt eerst de huidige tijd geschetst als toekomst van het verleden. Vervolgens wordt vanuit de verre toekomst teruggekeken naar de huidige tijd. De van daaruit gegeven voorspellingen over het specialisme ouderengeneeskunde zijn onzeker maar verrassend. Zij kunnen als boodschap enkele huidige stellingnames nuanceren.

### OUDERENGENEESKUNDE TOT NU TOE

In de medische wetenschap bestrijkt 'medische historie' vaak vijf tot tien jaar MEDLINE. Dat is kortzichtig omdat veel geschiedenis zich herhaalt. Al ruim vijfhonderdduizend jaar geleden waren er mensen op de aarde die elkaar hielpen bij kwetsuren en ziekten. Sindsdien volgden er vijftienduizend generaties van gemiddeld veertig jaar. Deze gemiddelde levensduur bleef al die tijd zo laag omdat de meesten als baby of kind stierven. Werd je desondanks volwassen op je zestende, dan was er een kleine kans om ouder dan veertig jaar te worden en zelfs de huidige magische grens van 65 jaar te overschrijden. Menselijke ouderdom is er sinds mensenheugenis. Pas in de afgelopen vier generaties verdubbelde de levensduur tot boven de tachtig jaar. Eerst verdween daartoe de kindersterfte uit het dagelijkse leven en daarna de vroeg volwassen dood. In het jongste millennium worden ook 70-plussers beduidend ouder dan voorheen. Van hen blijft 10% zelfstandig en gezond tot per acuut de dood intreedt. Voor 65% volgt de dood na een hinderlijke periode die varieert van een halve maand tot een half jaar. De overige 25% is gedurende drie kwart tot vier jaar geheel onzelfstandig voordat complicaties van multiorgaanfalen het levenseinde aankondigen.

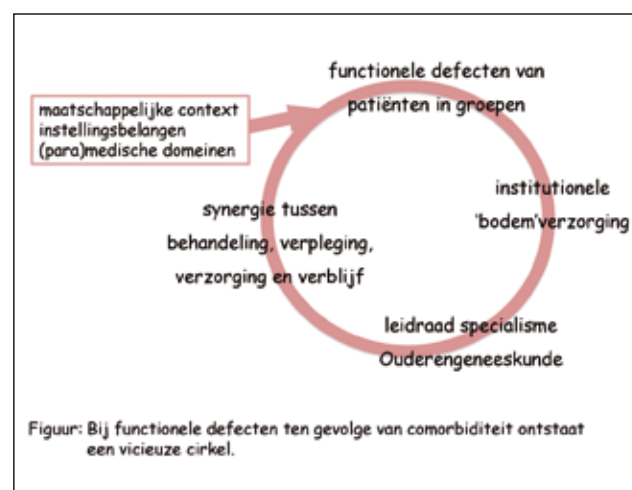
De recente Nederlandse *Canons* over (Ouderen)Geneeskunde gaan terug tot ruim tweeduizend jaar geleden en betreffen daarmee vijftig opeenvolgende generaties mensen. Daaruit blijkt dat de natuurwetenschappelijke professiona-

lisering van geneeskunst pas vanaf de negentiende eeuw en de (para)medische specialisering vanaf de twintigste eeuw hebben plaatsgevonden.

Los daarvan hebben kleinschalige inrichtingen een tweeduidzendingjarige voorgeschiedenis in Romeinse 'Valetudinaria' (lees: herstellingsoorden voor slaven en soldaten) en Franse opvanghuizen voor armen, zieken en voorbijgangers. Een aantal middeleeuwse 'selectieve groepshuizen' voor zieken, pestlijders, leprozen, dollen, armen, weduwen/wezen en ouderen bleken later een tijdelijk fenomeen.

In Nederland lijkt het *domein* 'inrichtingsarts' (lees: verpleeghuisgeneeskunde, inmiddels specialisme ouderengeneeskunde) stevig gepositioneerd sinds in 1970 verpleeghuizen sterk in aantal en omvang toenamen. Ter vergelijking is klinische (lees: ziekenhuis)geriatrie tijdens de transformatie in Medische diagnostische en therapeutische Centra (MC, vergeet de term ziekenhuis) niet tot de gehoopte ontwikkeling gekomen.

Deze positionering van het specialisme ouderengeneeskunde heeft echter geen stabiele medische inhoud en praktijkorganisatie gebracht voor een vaste groep patiënten. Er is weliswaar sprake van een vicieuze cirkel waarin steeds de opname van een patiënt leidt tot 'bodem'verzorging (lees: minimaal verantwoorde verzorging) die per patiënt wordt voorzien van een curatieve, revaliderende, preventieve of palliatieve medische leidraad (zie de figuur). Maar de maatschappij, instellingen en beroepsdomeinen hebben voortdurend andere kenmerken geselecteerd van inmiddels drie miljoen patiënten die niet meer thuis konden blijven en aan wie het ziekenhuis geen verzekerd verblijf meer bood.



Het begon als vangnet voor alle volwassen chronisch zieken met ernstige functionele defecten. Tussen hen voerden eerst alleenstaande weduwen met ernstige artrose, hartfalen en urine-incontinentie de boventoon. Deze selectie (lees: indicatie) verdween door het beschikbaar komen van effectieve geneesmiddelen (lees: cardiaca en ontstekingsremmende pijnstillers), urineopvangmiddelen en mobiele steun (lees: van bedlegerig naar rolstoel naar looprekje naar rollator; tegenwoordig zit men niet meer achter geraniums maar achter de rollator).

Vervolgens concentreerden zich patiënten met vasculaire oorzaken van functionele defecten (lees: herseninfarct, multiorgaanfalen, dementiesyndromen) voor wie medische preventie te laat kwam. In deze 'niche' ontstond geriatrie omdat revalidatie centra dergelijke patiënten met comorbiditeit buitensloten. Momenteel worden verpleeghuizen steeds korter 'bewoond' door patiënten die in het eindstadium van alles overlappend complex syndroom verkeren. Subgroepen zoals 'somatic' en 'psychogeriatric' zijn overbodig geworden. Zo is het inhoudelijke domein van het specialisme ouderengeneeskunde kleiner maar gespecialiseerder geworden dan het oorspronkelijk was. Kleinschaliger 'bodem'verzorging in zorgcentra maken wel de praktijkorganisatie ingewikkelder maar niet de medische inhoud. Op zoek naar andere patiëntengroepen met functionele defecten ontmoet de specialist ouderengeneeskunde weerstand vanuit andere domeinen terwijl velen aangeven het al druk-druk-druk genoeg te hebben met de huidige patiëntselectie.

### *In Nederland lijkt het domein 'inrichtingsarts' stevig gepositioneerd*

Inmiddels neemt de algemene zorgbehoefte in de komende 20 jaar *relatief* toe. Immers, van het Nederlandse bevolkingsdeel dat tussen 1943-1973 veel forser dan trendmatig steeg, overschrijdt vanaf 2008 ongeveer driekwart de 65-jarige leeftijdsgrens. Of hierdoor de huidige zorgbehoefte ook *absoluut* toeneemt, zal de tijd leren.

Werkgevers (lees: bestuurders) houden graag een omvangrijke markt voor 'kwaliteit van leven' met 'bodem'verzorging in stand. Blind voor vele gezonde oudere werkwilligen, waarschuwen zij voor een toenemend gebrek aan goedkope jeugd. Door het opdelen in 'zorgproducten' vervaagt het onderscheid tussen verpleeghuizen, zorgcentra en thuiszorg. Deze markt kent ook geen wachttijd (meer) sinds bureaucraten (lees: indicatieorgaan) er 'werkvoorraden' op na houden. Daartegenover beperken eerstelijns geneeskunde en Medische Centra (MC) met betere (medische) alternatieven deze gebrekkige manier van doorleven in instituten. Dat lukt de Medische Centra door de omvang en hinder van invaliditeit tot op steeds hogere leeftijd en ongeacht inkomen en opleiding (vergelijk: Verenigde Staten) beduidend in te perken. Daardoor is de last van functionele defecten van ouderen grotendeels verschoven naar patiënten met dementiesyndromen voor wie succes nog op zich laat wachten. Over-

bodige zorgcentra verdwijnen en kleinere verpleeghuizen beginnen alvast te deprofessionaliseren.

De institutionele ouderengeneeskunde zoals die tijdens de Franse Revolutie ontstond en 150 jaar later buiten het ziekenhuis vooral in Nederland tot grote ontwikkeling kwam, lijkt een historisch voorbijgaand fenomeen te worden.

### **WANNEER OUDERENGENEESKUNDE VERDWIJNT**

Het valt uit te rekenen dat een solidaire samenleving dankzij succesvol biologisch en psychosociaal gesleutel over een x-aantal generaties uit hoofdzakelijk gezonde volwassenen zal bestaan. De huidige ouderdomsgrens van 65 jaar is dan al honderden jaren verschoven (lees: tachtig jaar per millennium). Het fenomeen 'jongeren en hun ouders' omvat dan nog maar een kleine maar goed gefinancierde minderheidsgroep omdat de meeste volwassenen niet (meer) bijdragen aan de progenituur. Ouderdom is als 'derde' levensfase verdwenen omdat langdurige functionele defecten niet meer voorkomen. Ook dementiesyndromen zijn verdwenen door preventie van cerebrale doorbloedingsstoornissen en tijdige herprogrammering van metabole stoornissen.

Nog eens x-generaties verder in de tijd kan het menselijk lichaam zelfs (nagenoeg) onsterfelijk geworden zijn omdat tijdig alle problematische onderdelen (kunnen) worden vervangen of opnieuw geprogrammeerd. De dood treedt dan vooral in door ongevallen omdat mensen altijd wel riskant in beweging zullen blijven, en op verzoek. In plaats van de huidige vijf kunnen er dan maximaal drieduizend generaties gelijktijdig samenleven op deze en andere planeten van onze ster De Zon. Geen ouderdom, geen ouderengeneeskunde.

### **OUDERENGENEESKUNDE BLIJFT NOG EVEN**

Sinds de beroepsvereniging lid van de KNMG is, rekenen specialisten ouderengeneeskunde zich tot de eerstelijns-geneeskunde. Zij beschouwen zich medisch-generalist die ook extramuraal (lees: buiten kleinschaliger verpleeghuizen en zorgcentra) gaan functioneren. Desondanks hebben zij hun deskundigheid opgebouwd als medisch verpleeghuis-specialist.

De *hoofdtak* van specialisten ouderengeneeskunde ligt in dagelijkse, geduldige, 'face-to-face' patiëntvisites in zorginstellingen zolang die nog bestaan en in welke vorm dan ook georganiseerd. De *neventaak* bestaat uit multidisciplinair samenwerken (lees: synergie regelen tussen behandeling, verpleging, verzorging, activiteitenbegeleiding en verblijf) (zie de figuur). Deze multidisciplinaire synergie werd samen met de medische leidraad voor de 'bodem'verzorging in vorige eeuw samengevat in: 'de verpleeghuisarts is als zorgregisseur eindverantwoordelijk voor het inhoudelijke multidisciplinaire zorgplan'. Deze formulering zette kwaad bloed bij managers.

De medische hegemonie is inmiddels vervangen door een hiërarchisch-bureaucratische hegemonie. De verpleeghuis-directeuren hebben zich ontpopt tot grootschalige 'soeve-

reine vorstjes van welzijn en bodemverzorging'. Patiënten zijn vervangen door cliënten en klanten (zie kader).

**Cliënt** [lat./cliens] betekent onderdaan en gebruikmaker van een dienst

**Patiënt** [lat./patencia] betekent lijden en geduld

**Klant** betekent een persoon aan wie tegen betaling goederen en activiteiten worden geleverd

Cliënten worden kleinschalig gerangschikt omdat deze machthebbers dat voor hen zo fijn ('kwaliteit van leven') vinden. Vanuit een 'kleinschalige bewoner' bezien, is de geduldige arts met veel tijd voor de lijdende mens op een steeds grotere afstand gezet (lees: 'dokter zie je zelden of nooit').

Deze bestuurders behoren medische consultatie niet te bemoeilijken maar juist extra te faciliteren als zij met hun hiërarchisch-bureaucratische organisatie een 'huis' model willen benadrukken. Ook herstelzorg kan grotendeels worden beperkt tot geriatrische revalidatie *overdag* (niet te verwarren met dagopvang) omdat privébezigdheden en uitrusten thuis horen. Sterven in het verpleeghuis (lees: het 'hospice' model) dient alleen geïndiceerd te zijn door onvermijdelijke intramurale palliatie en niet door aandringen op respijt voor de zwakste schakel thuis.

Voor de specialist ouderengeneeskunde is de frequente, intensieve en directe arts-patiëntrelatie uitgangspunt. De afstand tussen patiënt en dokter dient dagelijks snel overbrugbaar te blijven. Specialisten ouderengeneeskunde praten (weer) vaker mét dan óver hun patiënten zonder hiërarchische en bureaucratische drempels en zonder dat een vertegenwoordiger, mentor, zorgverlener of zorgmanager dit gesprek overneemt.

## OUDERENGENEESKUNDIGE PROBLEMEN

Op grond van duizend jaar sterven, begraven, rouwen en gedenken heeft de historicus Philippe Ariès (1914-1984) een indrukwekkende mentaliteitsstudie gepubliceerd over 'l'Homme devant la mort' (Nederlandse vertaling: ISBN 90-10-05787-9, Elsevier, 1987). In zijn laatste zin voorspelt hij een ontsnappingsmogelijkheid uit het eeuwenlange schrikbeeld van de lijdensvolle en angstaanjagende dood. Deze zin luidt: *'De dood hoeft alleen maar een bescheiden, maar waardig vertrek van een tot rust gekomen levende te zijn, buiten een hulpbiedende maatschappij om, die niet meer al te zeer in de war en uit haar evenwicht raakt door de idee van een biologische overgang, zonder betekenis, zonder moeite of pijn en uiteindelijk zonder angst'*.

In de afgelopen decennia is veel van 'het lijden voor het overlijden' in Nederlandse verpleeghuizen verminderd en bekort, maar nog lang niet verdwenen. Iedere 60-plusser aanschouwt deze situatie meerdere malen van nabij. Sommigen vinden het uitzicht op zo'n dood voor zichzelf ondraaglijk. Hun gezonde (patiënten)verstand voelt zich tekort gedaan

door specialisten ouderengeneeskunde die een vroegtijdig, uiterst weloverwogen schriftelijk verzoek om euthanasie-op termijn *niet* in overweging nemen. De belofte van specialisten ouderengeneeskunde om zich wel bezig te houden met de 'actuele belevingswereld als je ernstig dement bent', beangstigt voor de patiënt de arts-patiëntrelatie. Deze vroegtijdige en eenzijdige opstelling blokkeert immers alle mogelijkheden om de regie over eigen leven tot in de dood te behouden. In moderne relaties tussen (opeenvolgende) partner(s), met (stief)kinderen, (achter)kleinkinderen en andere dierbaren zijn betere controleerbare afspraken te maken over de terminale levensperiode dan de globale wettelijke regelingen over curatele, patiëntvertegenwoordiging en mentorschap. Kunnen SCEN-artsen ook *tijdig* een mondeling of schriftelijk verzoek om euthanasie-op-(wat)-langere-termijn zorgvuldig toetsen in plaats van (te) laat vaststellen dat de stervende demente patiënt (al lang) niets meer te zeggen heeft?

Een tweede probleem beschreef de Amerikaanse socioloog Erving Goffman (1922-1982) indertijd schokkend; hij analyseerde het functioneren van *totale instituties* zoals gevangenissen, kloosters en verpleeghuizen in zijn boek *Asylums* (Nederlandse vertaling: *Totale Institudies*, 1961). Verpleeghuismanagers doen er goed aan om het bizarre dagelijkse bestaan van hun cliëntèle met zoveel hinderlijke gebreken *niet* te normaliseren met 'cliënttevredenheidsmetingen' (lees: familie- en instellingstevredenheidsmetingen). Echte 'kwaliteit van leven' in kleinschalig verblijf met niet zelf verkozen lotgenoten, roulerende helpenden in de zorg en op afstand regelgevende bureaucraten? Lees Goffman.

Van de specialist ouderengeneeskunde verwacht een patiënt persoonlijke informatie over zijn ziekte-toestand. Daarmee zijn prioriteiten te stellen en is uit behandelalternatieven te kiezen. Preventie, revalidatie, palliatie en niet-behandelen is ook behandelen. Zolang patiënten in groepen verkeren is er bovendien medisch beleid van de gezamenlijke ouderengeneeskundige staf nodig. Aansluitend draagt de voorzitter van de medische staf in het bestuur bij aan de synergie tussen behandelen, verplegen, verzorgen, activiteiten begeleiden en verblijven van de patiëntengroepen. Lees daarom ook Goffman.

## TEN SLOTTE

Voor de mensheid is het een aantrekkelijke gedachte dat ouderdom (lees: ouderdomsgebreken) verdwijnt en daardoor ouderengeneeskunde overbodig wordt. Intussen zullen specialisten ouderengeneeskunde nog wel in directe relatie met de patiënt medische hulp dienen te blijven bieden.

*De auteur heeft geen belangen gemeld. Voor tekst en inhoud heeft hij gebruik gemaakt van tientallen jaren (on)gepubliceerde kennis en ervaring van vele anderen en hemzelf.*

Correspondentieadres  
hjmcools@planet.nl

# Laten zien wat we doen

## Toekomstvisie van een aios specialisme ouderengeneeskunde

Susanne J. de Kort

Het is een interessant gegeven dat juist aan een aios gevraagd wordt om een toekomstvisie op het specialisme ouderengeneeskunde te geven. Toekomstvoorspellingen worden normaal gesproken op basis van studies naar trends in het verleden en heden gedaan. Deze trends worden vervolgens naar verschillende scenario's voor de toekomst vertaald. Juist dat verleden in de ouderengeneeskunde is hetgeen een aios mist. Van iemand die net komt kijken in de wereld van de ouderengeneeskunde kan alleen een naïeve toekomstvisie verwacht worden; een visie die uitblinkt in gebrek aan ervaring.

Behalve dat ik geen rijk verleden heb om uit te putten, heb ik het als aios bovendien veel te druk met het krijgen van enige grip op het heden om überhaupt gedachten naar de toekomst uit te laten gaan. Mijn tijdsperspectief reikt meestal niet verder dan het hier en nu en een enkele keer misschien dan nog mijn leer- en toetsplan. Waarom ik dan toch deze visie wil schrijven? Ik realiseer mij dat een aios weliswaar geen ervaringen in het verleden heeft maar ervaringen in het heden des te meer. Als aios treed ik de wereld met verwondering tegemoet en ben door al die eerste indrukken mogelijk een scherpe waarnemer.

Binnen een wat minder bekende tak van wetenschap, het kwalitatief onderzoek genaamd, wordt van deze onbevangen blik expliciet gebruik gemaakt. Onderzoekers moeten bij het veldwerk juist hun eerste observaties en gesprekken gedetailleerd vastleggen; dit vanuit het idee dat ze nooit meer zo argeloos en onbevooroordeeld het onderzoeksveld zullen betreden als de eerste keer. Zo verging het mij ook een beetje op de eerste dag van mijn huidige PG-stage. Ik verbaasde me over de gesloten deur terwijl bijna iedereen om mij heen deze als een gegeven leek te accepteren. Op een enkele bewoner die naar huis wilde na dan. Inmiddels manoeuvreer ik mijzelf ook behendig heen en weer door de deur, maar ik weet wel dat dit werkelijk een prachtige plek voor een sociale wetenschapper is om eens een dag te komen observeren. Bij deze deur wordt het onderscheid gemaakt tussen de wereld met en zonder (voldoende ernstige) afwijking. En dat onderscheid is lang niet altijd even duidelijk. Anders zou een van mijn bewoners niet zo vaak 'ontsnappen'; het bezoek houdt immers vriendelijk de gecodeerde deur voor hem open.

Na deze inleidende woorden, die min of meer rechtvaardigen waarom een aios zonder gedeeld verleden haar toekomstvisie prijs zou willen geven, volgt het plan van dit artikel. Er zullen vier scenario's belicht worden over hoe ouderengeneeskunde er over ongeveer 20 jaar uit zal zien en deze scenario's zijn afhankelijk van twee variabelen (zie tabel 1). De eerste variabele gaat over wat we van onszelf vinden en de tweede over wat de buitenwereld van ons vindt. Overigens bedoel ik in dit artikel met 'we' alle specialisten ouderengeneeskundige, al dan niet in opleiding. Er zijn natuurlijk vele (co)variabelen denkbaar als het gaat om onze toekomst. Sommige zaken, zoals de nog steeds toenemende dubbele vergrijzing en het gegeven van multimorbiditeit, lijken echter relatief goed voorspelbaar. Ook de grotere zorgvraag dan het zorgaanbod is een redelijk vaststaand gegeven. Ik heb juist de variabelen 'zelfbeeld' en het 'beeld dat buitenstaanders van ons hebben' gekozen, omdat ik deze het minst goed voorspelbaar acht. Dat terwijl deze variabelen wel in belangrijke mate bepalen hoe de wereld er voor het specialisme ouderengeneeskunde uit zal komen te zien.

Om te beginnen met de eerste variabele. Wellicht komt het door een overdosis van de competentie professionaliteit in de opleiding, maar ik krijg de indruk dat een van de meest belangrijke factoren ons zelfbeeld is. Vinden wij onszelf belangrijk of niet, dat is de vraag. Natuurlijk moeten we niet naast onze schoenen gaan lopen; dat zie ik ook niet zo snel gebeuren. Maar een beetje borstklopperij over onze unieke meerwaarde zou niet misstaan.

De tweede variabele komt niet van binnenuit maar van buitenaf: Wat vinden anderen van ons? Worden wij gezien als onmisbaar? Dat is ook de vraag. Met de buitenwereld bedoel ik onder andere de politiek op nationaal niveau (op welke partij hebt u gestemd afgelopen september?) en ook op lokaal niveau (managers). Wat anderen van ons vinden gaat ook over onze doelgroep van kwetsbare oudere patiënten en hun familie in en buiten het verpleeghuis, en niet in de laatste plaats ook onze collega's in de zorg en dokters met een andere specialisatie. Door de uitbreiding van de opleiding met stages in ziekenhuis en GGZ valt op hoe slecht collega-specialisten weten wie wij zijn en waar we ons mee

Tabel 1. Toekomstscenario's.

	Zij vinden ons onmisbaar	Zij kunnen ons prima missen
<b>Wij vinden onszelf belangrijk</b>	A: rooskleurig	B: opheffing
<b>Wij vinden onszelf onbelangrijk</b>	C: speelbal	D: zwart gat

bezig houden. Reacties als: ‘Doe je iets met geriatrie? Waar dan?’ of ‘Die dementerenden die liggen toch gewoon in een bed... en wat moet je daar dan mee?’ zijn niet van de lucht.

Allereerst dan het meest rooskleurige scenario A. In deze utopische wereld zijn we over 20 jaar een zelfstandige en wetenschappelijk onderbouwde discipline met onze eigen leerboeken en een uitgebreidheid aan richtlijnen vergelijkbaar met het NHG. De opleiding heeft gewonnen aan populariteit en het wordt stevig solliciteren voor de enkele vacatures die open staan. De specialist ouderengeneeskunde is hoofdbehandelaar en anders een veel gevraagd consultant voor de kwetsbare patiënt en kan deze door de hele zorgketen heen begeleiden. Het belangrijkste kenmerk van dit scenario is misschien nog wel dat wij een duidelijk afgebakend werkterrein hebben (soms met hand en tand verdeeld). Dit werkterrein wordt voortdurend herschreven en gerechtvaardigd.

Onze huidige werkwijze met een behandelplan waarbij de door de patiënt ervaren problemen centraal staan, lijkt mij een duidelijk onderscheidend kenmerk. Internationaal gezien kunnen we hiermee de boer op en ook binnen onze landsgrenzen is dit behandelplan vrij uniek. In andere beroepsgroepen werkt men (vaak per definitie) ziektegericht en als iemand overzicht wil krijgen in diagnoses en beperking dan blijft het bij lijsten opsommingen. Ook wordt over 20 jaar het belang van tijd en nabijheid voor het goed uitoefenen van ons vak duidelijk geventileerd en gehonoreerd.

In scenario B zijn wij overtuigd van ons kunnen maar is de boze buitenwereld ons liever kwijt dan rijk. Recent mocht ik (alweer in de functie van aios) zitting nemen in een sollicitatiecommissie. Toen een collega specialist ouderengeneeskunde en ik de sollicitant wilden vertellen over onze dagelijkse bezigheden, was het verhaal bijzonder mager. Dit was een confronterende ervaring: je hebt het gevoel dat je belangrijke dingen aan het doen bent maar dan is het natuurlijk wel van belang dat er een verhaal is waar dat uit blijkt. Sindsdien probeer ik dan ook tijdens elke stage te verwoorden wat de kerntaken zijn. En misschien nog wel belangrijker: de onderscheidende waarden. En het mag gezegd dat een aandachtsvol familiegesprek over het al dan niet staken van sondevoeding, een uitgebreide en zorgvuldige analyse naar gedragsverandering van een patiënt met dementie en de multifactoriële en vasthoudende aanpak van een delier waardoor iemand weer op zijn oude functieniveau terugkomt, het verschil kunnen maken. Tja, en als we binnen nu en 20 jaar niet duidelijk kunnen blijven maken aan onze omgeving (al die verschillende partijen/stakeholders) wat we doen en hoe dat er toe doet, dan worden we als specialisme gewoon opgeheven. Met een beetje geluk rest ons een stevige omscholing.

Scenario C, namelijk een toekomst waarin wij een laag zelfbeeld hebben en anderen juist hoge verwachtingen koesteren, lijkt misschien een beetje vergezocht. Tegelijk zie ik

om mij heen soms al een tendens in de richting van dit scenario. Kenmerkend is dat de specialist ouderengeneeskunde een speelbal van zijn omgeving wordt. De anderen willen van alles en nog wat van hem of haar. Een manager roept dat er in het ziekenhuis door de specialist ouderengeneeskunde getriërd moet gaan worden om een bepaalde afdeling vol met patiënten te krijgen. De arts laat zich door de zorg zijn recepten voorschrijven. Overigens maak ik me aan dit laatste verschijnsel ook geregeld schuldig (leerpuntje!). Of er worden door de politiek voortdurend veranderingen doorgevoerd terwijl de arts door alle vergaderingen niet meer toekomst aan basiszorg. Kortom, het is fijn om belangrijk gevonden te worden maar ook een kunst om de regie te houden.

Toekomstscenario D is natuurlijk een gemiste kans voor de mensheid. De kosten van de gezondheidszorg stijgen verder en mensen sterven op IC's ondanks hun 90-jarige leeftijd. De voor deze toekomstvisie gekozen variabelen zelfbeeld en beeldvorming zijn natuurlijk geen onafhankelijke variabelen. Als wij geen verhaal te vertellen hebben, dan zal ook niemand in ons geloven en vice versa. Wanneer het met beide variabelen slecht gesteld is, kunnen we over dit toekomstscenario dus kort zijn. Dit 40-jarige jubileum zou wel eens het laatste kunnen zijn.

Toekomstvoorspellingen zeggen vaak meer over de huidige tijdgeest met haar angsten en ambities dan over de daadwerkelijke toekomst. Dat zal ook wel voor dit artikel gelden. Ik zie nu een beroepsgroep die zich aan het ontwikkelen is tot een zelfbewuste discipline. Dit gaat gepaard met horten en stoten. Het lijkt mij belangrijk dat de veranderingen vooral niet te snel gaan omdat –zeker gezien ons fragiele en kwetsbare werkveld– veranderingen lang niet altijd ten goede komen. Positieve ontwikkelingen (zoals ‘ban de band’) hebben ook neveneffecten (de zorg die met ‘handen en voeten’ gebonden raakt) die niet altijd voorzien zijn. En waar wel tijdig oplossingen voor gevonden moeten worden.

Als ik aan een willekeurig iemand vertel wat ik doe, dan volgt altijd dezelfde reactie: dat is een groeiemarkt! Je zou zeggen dat er dan wel een kern van waarheid in moet zitten maar is zo'n ‘groeiemarkt’ niet een frappant gegeven in deze tijd van bezuinigingen en krapte?

De ouderengeneeskunde zal alleen een groeiende markt blijken te zijn als wij als maatschappij op dezelfde manier of liever nog meer om onze ouderen blijven geven, ook in de toekomst. Als de specialist ouderengeneeskunde een belangrijk steentje bij wil blijven dragen aan die goede zorg voor de kwetsbare en oudere patiënt, dan zullen we vooral moeten laten zien wat we doen. En dat kan door verhalen te vertellen en zo nu een dan met de vuist op tafel te slaan.

Correspondentieadres  
susannedekort@hotmail.com



# Een kansrijk duo

## Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde

Dr. Annet W. Wind, huisarts, coördinator NHG-kaderopleiding ouderengeneeskunde LUMC, drs. Ale Gercama, huisarts, docent kaderopleiding ouderengeneeskunde LUMC en universitair docent huisartsgeneeskunde VUmc, drs. Ada Vijfvinkel, specialist ouderengeneeskunde, coördinator kaderopleiding eerste lijn afdeling PHEG LUMC, drs. Mirjam Bezemer, specialist ouderengeneeskunde, zorgcentrum Careyn Weddesteyn, Woerden

### INLEIDING

De eerstelijns ouderengeneeskunde is in beweging. Huisartsen beseffen de beperkingen van hulpvraaggestuurde zorg, de noodzaak van proactieve zorg en de samenwerking met anderen op dit terrein. Specialisten ouderengeneeskunde zijn nog zoekende naar hun rol en positie in de eerste lijn; de samenwerking met huisartsen loopt over het algemeen nog niet soepel. Mogelijk speelt territoriumangst en profileringsdrang hierbij een rol.<sup>1</sup>

Helderheid over overeenkomsten en verschillen tussen beide disciplines is belangrijk voor goede samenwerking. Leidt het té eenzijdig benadrukken van verschillen tot een heilloze polarisatie, een té gretige onderstreping van de overeenkomsten, zoals de gerichtheid op generalistische zorg, kan leiden tot verlies van diepte en het verspelen van de kans om van elkaar te leren. Het pad dat we moeten bewandelen ligt tussen beide uitersten in: het (terug)vinden van de gemeenschappelijke basis, leren van en over elkaars werkwijze en deskundigheid en zo komen tot een taakverdeling, uitgaande van complementariteit. Het helpt om bij dit alles een gemeenschappelijk doel voor ogen te houden, namelijk goede en doelmatige zorg voor ouderen in de eerste lijn, met name aan kwetsbare ouderen en ouderen met complexe en meervoudige problematiek.

Recente initiatieven vanuit beide disciplines tonen de wens aan de samenwerking vlot te trekken. Zo is in 2007 aan het LUMC de NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde gestart, waar huisartsen uit het hele land zich in twee jaar kunnen scholen tot kaderhuisarts ouderengeneeskunde. Begin 2012 is eveneens aan het LUMC een kaderopleiding gestart voor specialisten ouderengeneeskunde die zich toe willen leggen op het werken in de eerste lijn. Beide groepen kaderartsen hebben een voortrekkersrol voor de eigen beroepsgroep. Ook elders zijn belangrijke initiatieven genomen, zoals het nascholingsproject voor specialisten ouderengeneeskunde van Gerion/VU 'Aan de slag'. Hoe verhouden beide beroepsgroepen zich tot elkaar en wat mogen we van elk verwachten? In dit artikel belichten we beide profielen om aan het slot concreet in te gaan op de onderlinge samenwerking en de complementariteit daarin.

### PROFIELEN

Wat zijn de specifieke elementen in de aanpak van beide beroepsgroepen? Wat zijn overeenkomsten en wat zijn relevante verschillen? Het terugvinden van een gemeenschappelijke basis begint bij het (h)erkennen dat huisarts en specialist ouderengeneeskunde sinds de start van de verpleeghuisgeneeskunde uit elkaar zijn gegroeid. Kon in het verleden de verpleeghuisarts nog beschouwd worden als een bijzondere vorm van huisarts, nu is dat beslist niet meer zo. De *specialist* ouderengeneeskunde heeft zich ontwikkeld tot een professional met een eigen deskundigheid ten aanzien van een specifieke doelgroep: kwetsbare ouderen. De definitie van kwetsbaarheid (of frailty), zoals geformuleerd in het rapport 'Kwetsbare ouderen' van het Sociaal Cultureel Planbureau<sup>2</sup> is door Verenso<sup>3</sup> gebruikt als uitgangspunt voor de omschrijving van kenmerken van de doelgroep:

- Er is sprake van meervoudige problematiek. Comorbiditeit: naast de hoofddiagnose meerdere nevendagnosen gerelateerd aan een (chronische) ziekte, bijvoorbeeld depressie bij dementie. Multimorbiditeit: er zijn meerdere aandoeningen/ziekten tegelijk aanwezig, bijvoorbeeld Parkinson en diabetes mellitus.
- De multipathologie valt samen met specifieke ouderdomsverschijnselen zoals arthrosis deformans, osteoporose en dergelijke.
- Er is sprake van een atypische presentatie en verloop van de ziekten, waarbij vooral een verminderde zelfredzaamheid (regie/functionele autonomie) als uitingsvorm kenmerkend is.
- Het doel van de behandeling is niet zozeer gelegen in het wegnemen of genezen van de ziekte, maar in een streven naar herstel van functionaliteit en zelfredzaamheid en/of een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven.

#### Profiel van de huisarts

Een huisarts zal ongetwijfeld deze items herkennen bij een aantal van zijn oudere patiënten, maar zal het als problematisch ervaren deze patiënten aan de hand van de genoemde kenmerken als groep apart te zetten. Op grond van de voor zijn discipline geldende kernwaarden<sup>4</sup> generalistische, persoonsgerichte, continue zorg wordt 'complexe en meervoudige problematiek van ouderen' mede bepaald door persoonskenmerken als gezondheidsbeleving en copingge-

drag, de voorgeschiedenis die hij met hen deelt, de snelheid waarmee de situatie van de patiënt verergert, de wijze waarop de patiënt en diens omgeving op deze verslechtering reageren en deze al dan niet weten op te vangen, et cetera.

Daarnaast is de populatie ouderen waar de huisarts mee te maken heeft zeer divers van samenstelling. Patiënten waarop de criteria van kwetsbaarheid in de volle breedte van toepassing zijn, vormen daarbinnen een beperkte groep; het overgrote deel bestaat uit relatief gezonde en zelfredzame ouderen. De huisarts benadert deze ouderen als regel reactief: uitgaand van de eigen regie wordt de huisarts pas actief wanneer ouderen zélf daarom vragen óf wanneer signalen uit de directe omgeving van de patiënt (familie, burens, thuiszorg) daar aanleiding toe geven. De huisarts doet dat vanuit zijn bekendheid met het 'ijsbergfenomeen': veel van de klachten die zich voordoen worden door de 'patiënten' zelf opgelost en blijven zo buiten het formele zorgcircuit.

De huisarts past zich voortdurend aan aan veranderingen in de samenleving (samenstelling en leeftijdsopbouw bevolking, eisen van patiënten, verzekeraars, overheid). Dit leidt tot veranderingen in de organisatie: meer samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines en meer taakdelegatie (naar praktijkverpleegkundigen, ondersteuners en assistenten). Daarnaast vraagt de fragmentatie van de zorg aan ouderen met complexe problematiek om stelselmatige aandacht voor het continuïteitsaspect en om een verschuiving in aanpak van reactief naar proactief. De kennis die de huisarts in de tijd opbouwt over zijn patiënten dient te worden aangevuld aan de hand van een functionele probleem-inventarisatie, gevolgd door een proactief beleid waarin de huisarts (of POH) een zorgbehandelplan opstelt en dit vervolgens in samenwerking en overleg met andere disciplines uitvoert.<sup>5</sup>

#### Profiel van de specialist ouderengeneeskunde

Het doel van het specialisme ouderengeneeskunde is<sup>6</sup> medische zorg te verlenen bij complexe geriatische zorgproblemen waarbij het versterken van de functionele autonomie en kwaliteit van leven van de patiënt belangrijk zijn. De kenmerken zoals beschreven bij het begrip kwetsbaarheid zijn daarbij richtinggevend. In principe kan de specialist ouderengeneeskunde deze zorg bieden ongeacht de locatie waar de patiënt zich bevindt.<sup>6</sup>

Specialisten ouderengeneeskunde zijn bekend met en hebben ervaring in het toepassen van proactieve samenhangende zorg en het bijbehorende teamwork. Zij zijn gewend om te werken met een in omvang beperkte patiëntenpopulatie van ouderen met complexe en meervoudige problemen, hebben ervaring in het ontrafelen van complexe problematiek, comorbiditeit en polyfarmacie en zij hebben specifiek zicht op de functionele gevolgen van ziekten. Ook kunnen zij het beloop en de prognose hiervan enigszins inschatten. Daarnaast zijn zij teamplayers. Ze hebben ervaring in

het voeren van familiegesprekken, het aansturen van het team, in taakdelegatie en evaluatie. Zij hebben de kennis en knowhow om wilsbekwaamheid te beoordelen en om de wet BOPZ toe te passen.

## OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN

We beperken ons hier tot verschillen in deskundigheid en populatie.

#### Deskundigheid

De *huisarts* is generalist en als zodanig expert in het ordenen, prioriteren, kiezen en weglaten. Een belangrijke steun daarbij is de vaak over langere tijd opgebouwde medische voorkennis. Waar eigen kennis en kunde ontbreken wordt dit opgevangen middels consultatie en verwijzing.<sup>7</sup>

De *specialist ouderengeneeskunde* is zowel generalist als specialist. Als generalist bestrijkt hij het brede terrein van dagelijkse behandeling, zorg en welzijn van ouderen, als specialist richt hij zich op de intensieve zorgvragen van kwetsbare ouderen met complexe problematiek.<sup>8</sup>

#### Populatie

De *huisarts* heeft te maken met een vaste groep ouderen waarvan een belangrijk deel redelijk gezond en zelfredzaam is en een deel geleidelijk steeds hulpbehoevender wordt. Afhankelijk van de leeftijdsopbouw van de praktijk kan de grootte van deze groep al dan niet een stempel op de praktijkvoering drukken. De huisarts kent de thuissituatie en gezinssituatie van de meeste ouderen, hun levenswijze en wensen ten aanzien van behandeling en levenseinde. De *specialist ouderengeneeskunde* heeft te maken met een deels vaste, deels wisselende groep kwetsbare ouderen met complexe problematiek. Hij ziet de kwetsbare ouderen vooral in het verpleeghuis; een groep die qua coping en prognostiek verschilt van de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen. Daarnaast ziet hij in toenemende mate andere kwetsbare ouderen in consult, veelal in verzorgingshuizen en tot nu toe mondjesmaat in de thuissituatie. Een specialist ouderengeneeskunde heeft geen vitale en gezonde ouderen in zijn/haar populatie.

Uit het bovenstaande blijkt dat huisarts en specialist ouderengeneeskunde ieder hun eigen beroepsprofiel hebben, maar qua werkwijze naar elkaar toe groeien. Door de toename van het aantal ouderen met in ernst en omvang toenemende complexe problematiek buiten het verpleeghuis, komen zij elkaar steeds vaker tegen. Zo tekent zich een grensgebied af waar deskundigheden elkaar overlappen en samenwerking concreet gestalte kan krijgen.<sup>1</sup>

## DE SAMENWERKING CONCREET

Vooropgesteld de verschillen tussen huisartsen (qua affiniteit met de doelgroep, ervaring en praktijkorganisatie) geldt dat ouderen met ZZP 0-3 zonder veel problemen tot het domein van de huisarts gerekend kunnen worden. Ouderen met ZZP 4 en zeker ZZP 5 vergen specifieke deskundig-

heid van huisartsen op het gebied van (differentiaal) diagnostiek, behandeling van en begeleiding bij dementie en probleemgedrag. Een goede analyse en het benutten van niet-medicamenteuze mogelijkheden is van groot belang, juist omdat het toepassen van medicatie bij deze ouderen veel nadelen heeft. Ook is vaak (psycho-)educatie en extra begeleiding van het team en de familie nodig. Ouderen met ZZP 6 kosten huisartsen veel hoofdbreken en huisartsen missen de ervaring en expertise om hen goed te begeleiden. Ouderen met ZZP 7 en 8 zullen niet langdurig onder de hoede van een huisarts vallen, ook niet in kleinschalige woongemeenschappen. Behandeling en begeleiding van ouderen met ZZP 9 (revalidatie) en ZZP 10 (palliatief terminale zorg) vergt ook specifieke deskundigheid van huisartsen, maar veel huisartsen hebben zich extra geschoold op deze gebieden, omdat deze problematiek relatief vaak voorkomt in de eerste lijn en huisartsen het als een belangrijke taak zien.

Specialisten ouderengeneeskunde rekenen ouderen die Continue Systematische Langdurige Multidisciplinaire zorg (CSLM-Zorg) nodig hebben tot hun domein.<sup>6</sup> In ZZP-terminen komt dit overeen met ouderen met ZZP 4-10. Echter, het werken in de eerste lijn vergt specifieke competenties van specialisten ouderengeneeskunde, simpelweg omdat de spelregels en de context in de eerste lijn anders zijn dan in de intramurale zorg. Zo is er (vaak) geen 24 uren toezicht, is er überhaupt minder formeel geregeld en zijn de randvoorwaarden anders dan intramuraal. De specialist ouderengeneeskunde is voor de huisarts als deskundige dus vooral relevant voor patiënten met ZZP 4-6. De expertise van de huisarts voor de specialist ouderengeneeskunde is vooral relevant in de situatie waarin de zorg moet worden gerealiseerd die nodig is volgens de gemaakte analyse, aansluitend op wat er al is en optimaal gebruikmakend van de binnen de eerstelijns bestaande mogelijkheden.

## ORGANISATIE VAN DE SAMENWERKING

Samenwerking tussen de beide beroepsgroepen wordt al vele jaren gepropageerd, maar deze blijkt niet vanzelf te ontstaan. Deze samenwerking zal dus georganiseerd moeten worden. Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde en in de toekomst specialisten ouderengeneeskunde die de kaderopleiding specialist ouderengeneeskunde eerste lijn hebben afgerond, zullen een trekkersfunctie vervullen in hun regio en zijn daarin elkaars natuurlijke partners. Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde geven scholing en consultatie aan collega-huisartsen en hebben een voorbeeldfunctie voor wat betreft praktijkvoering en samenwerking. Samen met de specialisten ouderengeneeskunde organiseren kaderhuisartsen ouderengeneeskunde de structurele voorwaarden voor een samenhangende eerstelijnszorg voor ouderen, inclusief de raakvlakken met de tweede lijn. Belangrijke aspecten daarvan zijn bijvoorbeeld de medische ouderenzorg binnen het verzorgingshuis, afspraken met de klinisch geriater en GGz over het verwijzings-

en opnamebeleid, regelen van ANW-zorg voor de doelgroep, scholingprogramma's, et cetera. Hierbij neemt ook de samenwerking met de verpleegkundige discipline een belangrijke plaats in. Oriëntatie op al bestaande samenwerkingsverbanden en waar mogelijk daarop aansluiten is van belang om dubbelingen en versnippering in het aanbod te voorkomen.

Een denkbaar model voor de concrete zorg voor ouderen is:

**Stap 1:** Casefinding van kwetsbare ouderen in de huisartspraktijk, door de huisarts, samen met de praktijkondersteuner en eventuele betrokken wijkverpleegkundigen.<sup>9,10</sup> Het HIS en de kennis en ervaring van de huisarts en eventueel de vragenlijst voor de ouderen worden hierbij gebruikt. Verschillende instrumenten zijn ontwikkeld voor screening en probleeminventarisatie. Op dit moment is er nog geen duidelijke onderbouwing welk instrument het beste geschikt is. Het lijkt dus vooral van belang gezamenlijk te bepalen welk doel het instrument dient: alleen een eerste selectie (GFI, TFI, Prisma 7, en andere) of ook meteen een brede inventarisatie van de problematiek van de betreffende kwetsbare oudere (EasyCare, TRAZAG, RAI, intermed). Dit tweede doel vraagt een hogere deskundigheid van degene die het afneemt (met uitzondering van RAI). Vervolgens stellen huisarts en POH een zorgbehandelplan op,<sup>11</sup> bijvoorbeeld aan de hand van het Laego-format.<sup>12</sup> Hierbij worden doelen, acties en evaluatiemomenten geformuleerd. Bij dementie en complexe meervoudige problematiek kan de specialist ouderengeneeskunde laagdrempelig worden betrokken, volgens samen, dus lokaal, opgestelde criteria.

**Stap 2:** Afhankelijk van de problematiek en de eventuele vragen van de huisarts verricht de specialist ouderengeneeskunde een consult (bij de patiënt) of een consultatie (bij de huisarts). Vervolgens wordt gezamenlijk, in overleg met patiënt en familie, het vervolgbeleid vastgesteld. De specialist ouderengeneeskunde kan een eenmalig advies geven, een coachende rol op zich nemen voor de familie, de POH of de verpleegkundige en adviseren in MDO's of (een gedeelte van) de behandeling overnemen. In voorkomende gevallen kan natuurlijk ook naar anderen verwezen worden, zoals de klinisch geriater of GGz. Afhankelijk van de complexiteit van de casus wordt afgesproken of de specialist ouderengeneeskunde betrokken blijft of niet.

Voordelen van dit model zijn dat er effectief en efficiënt gebruik gemaakt wordt van beschikbare kennis en deskundigheid in de eerste lijn. Bovendien kan de diagnostiek plaatsvinden in de eigen omgeving van de kwetsbare oudere. Pas als daar duidelijk argumenten voor zijn, volgt uitgebreider en dus meer belastend en kostbaarder onderzoek. Bij de verwijzing naar de tweede lijn kan de vraagstelling ook gericht zijn en zijn bovendien al een aantal aanvullende gegevens bekend.

Essentieel is dat er ook een goede afstemming is met de tweede lijn: de specialist ouderengeneeskunde en huisarts zullen goed de grenzen van hun eigen deskundigheid moeten bewaken en die ouderen verwijzen voor wie dat zinvol is. Verder zijn afspraken van belang over wie kan worden terugverwezen en wie niet. Ook hier geldt dat domeindiscussies weinig zinvol zijn en dat vooral het zoeken naar elkaars complementariteit toegevoegde waarde biedt en de kwaliteit van zorg aan kwetsbare ouderen ten goede kan komen.

## CONCLUSIES

Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde werken complementair in de zorg voor kwetsbare ouderen. Afhankelijk van de ernst van de problematiek en de onderlinge afspraken, zetten beide disciplines gezamenlijk het zorgbeleid uit, wat leidt tot de situatie waarin de huisarts dan wel de specialist ouderengeneeskunde in overleg met de oudere en diens familie de regie voert over het zorgproces. Hierbij geeft hij voorlichting en advies over de voors en tegens van het toepassen van een bepaalde behandeling of juist het nalaten daarvan, stimuleert andere hulpverleners om binnen deze kaders hun aandeel te leveren en richt het doel van de hulpverlening stevast op de kwaliteit van leven en de wensen van de oudere zelf.

## LITERATUUR

1. Gercama AJ, Boorsma-Meerman M. Een driespan voor de ouderenzorg. *Medisch Contact* 2010, 65:597-600.
2. Sociaal en Cultureel Planbureau. Kwetsbare ouderen in de praktijk. Den Haag, SCP, 2011.
3. Wiewel R. De competenties van de verpleeghuisarts, 2005. De term verpleeghuisarts is vervangen door specialist ouderengeneeskunde. De competenties van de specialist ouderengeneeskunde is geschreven vanuit de Canmeds van de KNMG 2005, algemene competenties van specialisten. Zie [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl).
4. NHG 2011. NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde, generalistisch, persoonsgericht en continu. Zie [www.nhg.artsennet.nl](http://www.nhg.artsennet.nl).
5. Gercama AJ. De ene oudere is de andere niet. Populatiegerichte aanpak verbetert medische zorg in de eerste lijn. *Medisch Contact* 2011; 66: 2919-21.
6. Verenso 2012. Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde, zie [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl).
7. Gercama AJ et al. Van spil tot regisseur. *Medisch Contact* 2007; 62: 1603-05.
8. Koopmans RTCM, Lavrijsen JCM. Nieuwe tijd, nieuw specialisme. *Medisch Contact* 2009;64:861-3.
9. NHG 2007, NHG-standpunt Huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen. Zie [www.nhg.artsennet.nl](http://www.nhg.artsennet.nl).
10. KNMG 2010. KNMG-standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Zie [www.knmg.artsennet.nl](http://www.knmg.artsennet.nl).
11. NHG Praktijkwijzer Ouderenzorg 2009. Zie [www.nhg.artsennet.nl](http://www.nhg.artsennet.nl).
12. Laego, Landelijke adviesgroep eerstelijngeneeskunde voor ouderen. Zie [www.laego.nl](http://www.laego.nl).

Correspondentieadres  
A.W.Wind@lumc.nl

# Daarom ouderengeneeskunde

## Over de veelzijdigheid van het specialisme

Mieke Draijer, voorzitter Verenso

De week waarin deze editie van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde uitkomt, is bijzonder voor Verenso. We vieren het 40-jarig jubileum van de vereniging! Het is mij dan ook een eer om via deze voorzitterscolumn het woord tot u te mogen richten terwijl wij deze week genieten van een mooi congres op een prachtige locatie. De locatie waar wij twee dagen verblijven om zowel het 40-jarig jubileum te vieren als inhoudelijk bij te leren over een aantal minder bekende ziektebeelden binnen ons vak. Over onderwerpen die niet heel vaak voorkomen, maar waarover wel een grote kennisbehoefte bestaat, zoals ook blijkt uit de vele aanmeldingen voor dit congres.

### *Want ze weten niet wat ze missen!*

In dit jubileumjaar geeft Verenso twee bijzondere boeken uit. Het eerste boek heeft u vlak voor de zomervakantie ontvangen bij het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde nummer 3. Ik hoop dat de *Canon van de ouderengeneeskunde* u veel leesplezier heeft bezorgd. Op 30 november presenteren wij het boek *Daarom ouderengeneeskunde* waarin een aantal vakgenoten vertellen over de veelzijdigheid van het specialisme om positieve interesse te kweken bij studenten en basisartsen. Zodat meer toekomstige artsen kiezen voor dit specialisme. Of zoals Hein Handgraaf, voorzitter van het KNMG Studentenplatform, het omschrijft in het voorwoord: 'een informatief boek vol inspirerende verhalen dat geneeskundestudenten en basisartsen over de streep kan trekken om een carrière in de ouderengeneeskunde te beginnen. Want ze weten niet wat ze missen!'

Ik denk zeker dat dit boek daarbij gaat helpen. Het boek bevat mooie beschrijvingen van ons vak, bijvoorbeeld uit de mond van Bert Keizer: 'Het werk van de specialist ouderengeneeskunde is anders dan dat van andere artsen in die zin dat het niet stopt na het stellen van de diagnose en een eventuele behandeling. In het ziekenhuis wordt een probleem vastgesteld en of er een oplossing is of niet, na hooguit enkele weken vertrekt de patiënt naar elders. Maar bij ons komt een patiënt binnen en zijn we pas klaar als deze is overleden. Een specialist ouderengeneeskunde ziet, zeker in verhouding met andere artsen, patiënten vaak en langdurig. Hierdoor kunnen we kwalitatief hoogwaardige beslissingen nemen. Het is een bijzondere vorm van dokteren en daardoor ook zeer bevredigend. Je bent als specialist ouderengeneeskunde een gids door een rampgebied:



jij kent, samen met je team, de route en probeert de weg zo draaglijk mogelijk te maken. Elke dementie verloopt anders, elk dementerend brein is verschillend en vraagt om andere acties. In een leerboek staat dan ook niet uitgeschreven hoe je met dementie kan of moet omgaan.'

Nieske Heerema geeft in het boek goed weer hoe afwisselend het werk van de specialist ouderengeneeskunde kan zijn. Heerema verdeelt haar aandacht over beademings- en dementiepatiënten en ziekenhuis- en thuisconsulten. 'Deze afwisseling maakt het werk extra leuk. Daarnaast is het een vak waarbij je moet puzzelen en afstemmen op de individuele omstandigheden. Dezelfde ziekte manifesteert zich bij een ieder anders en vaak lopen er meerdere factoren door elkaar. Doordat ik in de hele keten werk, heb ik veel contacten met huisartsen en medisch specialisten over goede ketenzorg voor kwetsbare ouderen. Dat geeft voldoening', aldus Heerema.

Ans Mulders geeft weer een andere invulling aan het vak. Ze werkt bij zorgorganisatie Thebe en is daar betrokken bij de behandeling en begeleiding van jongeren met aangeboren en niet-aangeboren hersenletsel. Daarnaast is ze medisch adviseur van de raad van bestuur van Thebe. Het werken met deze jongeren is heel bijzonder', vertelt Mulders. 'Ze zijn anders dan de oudere patiënten binnen het verpleeghuis. Ze zijn actief en cognitief beter, maar wel ernstig gehandicapt. De band die je met ze opbouwt is bijzonder.'

Aios kunnen sinds kort hun opleiding combineren met een promotietraject als onderzoeker. Willemijn van Erp is een van de eerste aioto's binnen het specialisme ouderengeneeskunde. Zij vertelt hierover in het boek *Daarom ouderengeneeskunde*. En ook over haar beleving van het vak: 'Als je

*out of the box* durft te denken en als je veelzijdig bent, kun je echt iets betekenen voor een bijzondere populatie. Ik prijs me gelukkig met de kansen die ik in dit vak krijg!

Deze kleine greep van voorbeelden uit het boek *Daarom ouderengeneeskunde* dat Verenso samen met SOON en ActiZ uitbrengt, laat zien hoe veelzijdig ons vak is. Een vak om trots op te zijn! Laten we ons allen inzetten om ervoor te

zorgen dat studenten wel weten wat ze hadden kunnen missen! Opdat meer studenten kiezen voor dit prachtige vak!

Op naar de volgende 40 jaar!

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl



# Het effect van muziektherapie

Drs. Annemieke C. Vink, psycholoog, Rijksuniversiteit Groningen, UMCG; ArtEZ Conservatorium, Enschede; Ken Vak Kenniskring Vaktherapieën

## DOEL VAN HET ONDERZOEK

Van de mensen met dementie in het verpleeghuis heeft 80% gedragsproblemen (Zuidema, 2007). Muziektherapie kan probleemgedrag verminderen bij mensen met dementie, zo blijkt uit diverse studies (Vink, Bruinsma en Scholten, 2011), maar vanwege de afwezigheid van een actieve controleconditie in de meeste studies kan niet uitgesloten worden dat dit te maken heeft met de extra aandacht. Deze studie heeft ten doel de effectiviteit van muziektherapie te vergelijken met activiteitenbegeleiding in het verminderen van agitatie en andere gedragsproblemen bij verpleeghuisbewoners met dementie.

## OPZET EN METHODE

Uit zes verpleeghuizen werden bewoners die hoger dan 44 scoorden op de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI; Cohen-Mansfield, 1986) gerandomiseerd naar muziektherapie of activiteitenbegeleiding. Beide interventies werden twee keer in de week aangeboden, gedurende vier maanden. Veranderingen in agitatie werden gemeten met een aangepaste versie van de CMAI vier keer per interventiedag: een uur voorafgaand aan de interventie en 1, 2 en 4 uur na afloop van de interventie. Veranderingen in gedragsproblemen werden gemeten met de Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q; Cummings, 1994), die iedere twee weken gedurende de interventieperiode werd afgenomen. Data zijn geanalyseerd via een mixed modelanalyse, met herhaalde metingen.

## RESULTATEN

In totaal zijn 210 bewoners gescreend met de CMAI, waarvan 94 die hoger scoorden dan 44 zijn gerandomiseerd. De CMAI-scores zijn geanalyseerd voor 77 mensen met dementie (43 in de muziektherapieconditie en 34 in de activiteitenconditie). In beide groepen leidde de interventie tot een vermindering van agitatie op vier uur na de therapie in

vergelijking met baseline, maar het verschil tussen beide interventies was niet significant ( $F = 2.885$ ;  $p = 0.09$ ). De NPI-Q-scores zijn geanalyseerd voor 74 deelnemers ( $n=42$  muziektherapie;  $n=32$  activiteitenbegeleiding). In beide groepen verminderde de totale NPI-Q score, met een grotere verbetering in de muziektherapiegroep in vergelijking met de activiteitenconditie ( $F=6.753$ ;  $p=0.010$ ).

## CONCLUSIE/DISCUSSIE

Muziektherapie is niet effectiever dan activiteitenbegeleiding in het reduceren van agitatie gedurende de eerste uren na de interventie, maar wel effectiever in het reduceren van gedragsproblemen gedurende de interventieperiode. Toekomstig onderzoek is aanbevolen waarbij onderzocht moet worden welke patiënten baat hebben bij de methode en welke specifieke symptomen verminderen als gevolg van een muziektherapeutische interventie.

## LITERATUUR

1. Cohen-Mansfield J, Billig N. (1986). Agitated behaviors in the elderly. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc.*;34(10):711-21.
2. Cummings JL, Mega M, et al. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44(12): 2308-2314.
3. Vink AC, Bruinsma MS, Scholten RJPM. (2011). Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
4. Zuidema SU, Derksen E, Verhey FR, Koopmans RT. (2007) Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22(7): 632-638.

Correspondentieadres

A.Vink@artez.nl

# De resultaten van de NeedYD-studie

Drs. Christian Bakker, GZ-psycholoog, UMC St Radboud, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen

## ACHTERGRONDEN

Wanneer dementie op jongere leeftijd (<65jr) aanvangt, brengt dit aanvullende problemen met zich mee.<sup>1</sup> Dit krijgt toenemend aandacht, maar reguliere voorzieningen zijn nog voornamelijk gericht op ouderen. Specifieke kennis over de zorgbehoeften van deze groep patiënten en hun naasten is schaars, maar noodzakelijk om passende zorg te kunnen ontwikkelen. Doel van de NeedYD-studie is het in kaart brengen van het beloop van dementie op jonge leeftijd, het inventariseren van kenmerken (zoals cognitie, probleemgedrag, kwaliteit van leven) en zorgbehoeften van de gene met de aandoening als ook van diens naasten.<sup>2</sup> Focus van deze presentatie zal liggen op zorggebruik en voorspelers voor opname in het verpleeghuis.

## METHODE

De NeedYD-studie is een longitudinaal onderzoek waarbij een groep van 215 patiënten met jongdementie (JD) en hun mantelzorgers gedurende twee jaar elke zes maanden werden onderzocht. Belangrijkste uitkomsten voor deze presentatie betreffen: (1) gebruik van zorgvoorzieningen en mantelzorg, gemeten met de resource utilization in dementia (RUD)-lite vragenlijst, en (2) duur tot opname (eerste ziekteverschijnselen tot het moment van opname). De duur tot opname kon daarbij worden vergeleken met een historisch cohort uit de MAASBED-studie.

## RESULTATEN

Binnen onze groep bestond het grootste gedeelte van de zorg uit mantelzorg, met een verhouding van 3:1 ten opzichte van het gebruik van formele zorgvoorzieningen. In meer dan de helft van de gevallen was alleen de partner of een kind als mantelzorger beschikbaar. Minder mantelzorg werd geboden naar mate de mantelzorger meer uren werk-

te, in het bijzonder bij de jongste patiënten. Het gebruik van zorgvoorzieningen werd in onze groep niet bepaald door mantelzorgerkenmerken, maar door patiëntkenmerken zoals toegenomen ernst van de dementie, een toename van probleemgedrag en grotere zorgafhankelijkheid. De duur tot opname was negen jaar voor JD-patiënten, tegen vier jaar voor oudere dementiepatiënten. Apathie (hazard ratio [HR]=1.081; CI: 1.008-1.159) ( $p < 0.05$ ) bleek een significante voorspeller van de duur tot opname in de JD-groep. In beide groepen bleek het gevoel van competentie van de mantelzorger eveneens een belangrijke voorspeller van opname (hazard ratio[HR]= 0.955; CI: 0.917-0.995) ( $p = .029$ ).

## CONCLUSIE

De resultaten van deze studie onderschrijven het belang van specifieke zorg voor deze doelgroep, zeker gezien de lange periode dat deze patiënten thuis worden verzorgd. In de begeleiding zal aandacht dienen te zijn voor gedragsproblemen, in het bijzonder apathie en het versterken van het gevoel van competentie van de mantelzorger, waardoor opname in het verpleeghuis kan worden uitgesteld.

## LITERATUUR

1. Werner P, Stein-Shwachman I, Korczyn AD. Early onset dementia: clinical and social aspects. *Int Psychogeriatr* 2009; 1-6.
2. Vliet D van, Bakker C, Koopmans R TCM, et al. Research protocol of the NeedYD-study (Needs in Young onset Dementia): a prospective cohort study on the needs and course of early onset dementia. *BMC Geriatr* 2010; 10:13.

Correspondentieadres  
c.bakker@elg.umcn.nl



# Anemia in old age and nursing homes

## Prevalence rates and current clinical practice

Maaïke Barnhoorn MSc, ANIOS ouderengeneeskunde, Marente Sassenheim

### OBJECTIVE

In the geriatric population anemia has high prevalence rates, specifically for nursing home residents (48-63%). Extensive evaluation of the anemia will not be desirable for each patient in this frail population. The objective of this study was to gain insight in the prevalence of anemia in old age and nursing home residents in the Netherlands and in the current clinical practice related to anemia in this population.

### STUDY DESIGN

Retrospective cohort study and a qualitative analysis.

### METHODS

At two old age and nursing homes chart review was conducted to assess prevalence rates of anemia for three distinctive groups of patients: residents of the old age home, psychogeriatric nursing home patients and nursing home patients with chronic somatic diseases in need of extensive nursing care. Anemia was defined according to the World Health Organization criteria.

Medical chart review and semi-structured interviews with the attending (elderly care) physicians was conducted to gain insight in the manner in which the 'clinical directory' *Anemia* (GeriMedica) is used for the diagnostic evaluation of anemia in the study population.

### RESULTS

A total of 277 of the 521 patients included in this study had a hemoglobin (Hb) available for the analysis, in the 12 months preceding inclusion. The prevalence of anemia was 45.5% (whole population), 49.1% (old age home residents),

33.3% (psychogeriatric nursing home patients) and 46.8% (nursing home residents with chronic somatic diseases.) Mostly anemia was mild (87.7%) and normocytic (84.4%). Anemic patients had significantly higher rates of renal insufficiency (50%).

Medical considerations (general and anemia related) and the patient's wish are taken into account in the decision making process whether or not to evaluate the cause of anemia. When diagnostic evaluation of anemia is conducted through laboratory assessment, the *Nederlands Huisartsen Genootschap* (NHG) algorithm is used as guideline. Nutrient deficiencies are frequently evaluated, though the iron panel is not always (fully) obtained. A differential diagnosis of the anemia and accountability for the medical practice when no evaluation of the anemia has taken place is often missing in the medical chart.

### CONCLUSIONS

Anemia was found to be an extensive medical problem in this study population. Also, high prevalence rates of renal insufficiency for anemic patients were noted. Further research on a larger scale is needed to examine the extent of anemia in old age and nursing homes in the Netherlands. Furthermore insight in the etiology of anemia in this specific population is important to optimize the management of anemia.

Correspondentieadres  
maaïkebarnhoorn@hotmail.com

# Een implementatiestudie

## Van reguliere dagbehandeling naar dagbehandeling plus mantelzorgondersteuning in de wijk

Marijke van Dijk

### DOEL VAN HET ONDERZOEK

Het Model Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers (Dröes et al, 2004) is een bewezen (kosten)effectief voorbeeld van laagdrempelige ondersteuning in de wijk: deelnemers met dementie hebben minder gedrags- en stemmingsproblemen, een beter zelfbeeld, en wonen langer thuis; hun mantelzorgers voelen zich beter in staat om de zorg op zich te nemen en voelen zich minder belast, vergeleken met mensen met dementie die gebruik maken van reguliere psychogeriatrische dagbehandeling en hun mantelzorgers. Doel van dit project is het op regionale schaal uitvoeren en evalueren van de transitie van reguliere psychogeriatrische dagbehandeling in het verpleeghuis naar laagdrempelige psychogeriatrische dagbehandeling plus mantelzorgondersteuning (LPD-plus MO) in de wijk volgens het Model Ontmoetingscentra. Op basis van de resultaten wordt een draaiboek gemaakt dat zorgaanbieders kan helpen om deze transitie te maken.

### OPZET

Vijf deelnemende dagbehandelingen worden een jaar voor en een jaar na de transitie gevolgd. Het onderzoek richt zich op het bestuderen van de meerwaarde van LPD-plus MO en het in kaart brengen van bevorderende en belemmerende factoren bij het maken van deze transitie.

### METHODEN

De (kosten-)effectiviteit van de nieuwe laagdrempelige dagbehandelingen wordt geëvalueerd met gestandaardiseerde vragenlijsten bij mensen met dementie (bijvoorbeeld ernst van dementie, behoeften, kwaliteit van leven) en hun mantelzorgers (bijvoorbeeld gevoel van competentie, gevoel van belasting) aan het begin van deelname en na drie en zes maanden. Daarnaast wordt met vragenlijsten de werktevredenheid van de medewerkers onderzocht, alsmede de bevorderende en belemmerende factoren voor de transitie door middel van interviews met sleutelfiguren.

### RESULTATEN

Eerste resultaten van het implementatieonderzoek tonen dat goede samenwerking met regionale zorg- en welzijnsorganisaties, subsidie van de gemeente, een geschikte locatie en de mogelijkheid om het Model Ontmoetingscentra aan te passen aan de lokale situatie, de transitie bevorderen. Belemmerende factoren zijn onder meer de moeite die sommige personeelsleden hebben om volgens het nieuwe (vraaggestuurde) model te werken, vereiste inspanningen om samenwerking met partnerorganisaties op te zetten en de aanwezigheid van bestaande ontmoetingscentra in de regio. Ook worden de voorlopige resultaten van het pilotonderzoek naar de meerwaarde van LPD-plus MO Buitenhof in Haarlem gepresenteerd.

### CONCLUSIE/DISCUSSIE

Op basis van de resultaten wordt een voorlopig model gepresenteerd van factoren die de transitie bevorderen dan wel belemmeren. Dit model kan reguliere dagbehandelingen in het verpleeghuis ondersteunen bij het maken van de transitie van intramurale pg-dagbehandeling naar een laagdrempelig ondersteuningsprogramma in de wijk voor mensen met dementie en hun mantelzorgers.

### LITERATUUR

Dröes, RM, et al. Effect of combined support for people with dementia and carers versus regular day care on behaviour and mood of persons with dementia: results from a multi-centre implementation study, 2004. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19:1-12.

Correspondentieadres  
ma.vandijk@vumc.nl

# A systematic review

## Preventing delirium in nursing home residents

Drs. Mark J.M. Martens, specialist ouderengeneeskunde, Vivre Maastricht

### BACKGROUND

Although delirium is a common condition with serious consequences in nursing homes, to date nursing home residents have been excluded in reviews of preventive interventions. The objective of this systematic review was to determine the effectiveness of interventions for preventing delirium in nursing home residents.

### METHODS

Searches in MEDLINE, EMBASE, PsychINFO and CINAHL were performed to identify original reports of randomized controlled trials that tested the effect on incidence of delirium of interventions that were designed to prevent delirium in nursing home residents, residents of long term care facilities or elderly. If not designed for nursing homes, the interventions had to be at least considered feasible for a nursing home setting. All titles and abstracts were assessed to exclude papers not meeting the inclusion-criteria. After this initial selection full text articles were retrieved for quality assessment and data extraction. A standard estimation of the risk ratio (RR) with a 95% confidence interval was calculated for the primary outcome.

### RESULTS

The search resulted in 1038 articles including duplicates, of which 8 met all inclusion criteria. Only one study was performed in a nursing home. This study showed a significant reduction in delirium incidence in a subgroup of newly admitted residents by performing a software-assisted medication regimen review (RR 0.37 [95% CI 0.30, 0.44]),

but wasn't adequately powered for subgroup analysis. Just one study sufficiently powered for detection of differences in primary outcome showed a significant delirium incidence reduction in elderly undergoing surgical hip fracture repair in favor of a proactive structured geriatric consultation (RR 0.65 [95% CI 0.42, 1.00]), but generalization of this result to a nursing home setting is questionable. All other intervention studies - including prophylactic haloperidol, prophylactic melatonin, prophylactic rivastigmine, a delirium-free-protocol and home based rehabilitation - were underpowered. Two studies examining prophylactic haloperidol were combined in a meta-analysis, which showed a reduction of delirium incidence in the intervention group, that failed to reach statistical significance by just a little (RR 0.76 [0.57 - 1.01]).

### CONCLUSION

There is a striking lack of high quality research on effectiveness of interventions for prevention of delirium in nursing home residents. Software-assisted medication regimen review and proactive structured consultation might be effective, but further research is needed. Suggestions for further trials are prophylactic haloperidol, prophylactic melatonin and home based rehabilitation. Based on this systematic review prophylactic rivastigmine doesn't seem to be effective.

Correspondentieadres  
mark.martens@vivre.nl

# Wondbehandeling in het verpleeghuis

## Nieuwe ontwikkelingen en de rol van technologie

*Armand Rondas MSc, specialist ouderengeneeskunde, Wound Healing and Tissue Repair, PhD student at the Department of Health Services Research, Focusing on Chronic Care and Ageing, Maastricht*

*Drs. Martin W.F. van Leen, specialist ouderengeneeskunde, PhD student, Avoord Zorg en Wonen, Etten-Leur/Zundert*

Wondbehandeling van complexe (voorheen chronische) wonden vereist een gestructureerde aanpak, waarbij de behandeling begint bij het stellen van een diagnose en zo mogelijk het wegnemen van de oorzaak. Onder complexe wonden die in het verpleeghuis voorkomen vallen decubituswonden, ulcera cruris (arterieel, veneus of gemengd), diabetische ulcera, traumatische vertraagd genezende wonden en oncologische wonden.

Om een gestructureerde wondbehandeling uit te voeren dient men gebruik te maken van beproefde systemen/werkwijzen zoals WCS-kleuren/vochtprincipe, of wondbedpreparatie via TIME. Hiermee wordt voorkomen dat de materiaalkeuze ten behoeve van behandeling arbitrair is.

Bij de start van elke wondbehandeling dient beoordeeld te worden of er necrotisch weefsel of wondbeslag aanwezig is. Zo ja, dan dient debridement plaats te vinden. De manier waarop is erg afhankelijk van de conditie van de patiënt maar een scherp debridement is ook in het verpleeghuis uit te voeren. Andere manieren van debrideren zijn autolyse, enzymatisch, maden, ultrasoon (MIST) of het gebruikmaken van wondmaterialen die de wond als het ware kunnen schoonpoetsen. Hiervan zijn recent een aantal producten op de markt gekomen. Eventueel zou men nog cleansing met verschillende spoelvloeistoffen kunnen overwegen, maar dan alleen als alternatief, wanneer overig opties niet mogelijk zijn.

Behalve debridement is ook de reiniging van wonden ter voorkoming/bestrijding van infectie en de vorming van biofilmformatie van belang. Evidence over de beste methode ontbreekt helaas, maar op basis van expert opinion wordt kraanwater als eerste optie aangegeven eventueel gevolgd door PHMB of povidoniodium. NaCl 0,9% blijkt geen meerwaarde te hebben. Ook voor deze fase van de wondbehandeling zijn in de laatste jaren nieuwe producten verschenen die besproken zullen worden tijdens de voordracht.

Vochtmanagement is steeds belangrijker. Bacteriële overvloed zorgt in principe voor een overmaat aan exsudaat. Toename van exsudaat is echter niet congruent met het voorkomen van een bacteriële overvloed of (lokale) infectie. De hoeveelheid exsudaat wordt mede bepaald door lokale factoren (fistels, vreemd lichaam, veneuze insufficiëntie met oedeem), door systemische oorzaken (decompensatio

cordis, nier- en leverinsufficiëntie), maar ook door medicatiegebruik (NSAID's) of onjuist gebruik van wondbehandelingsproducten. De wond en haar wondrand macereert door de hoeveelheid exsudaat die geproduceerd wordt, waardoor de wond niet geneest. Door inzet van bepaalde wondbehandelingsproducten wordt een chronische wond naar behoefte meer bevochtigd, dan wel door meer te absorberen droger, waardoor de wondgenezing wordt bevorderd.

Indien de genezingsbeperkende factoren als necrose, beslag, infectie en biofilm adequaat zijn bestreden, dient de wondgenezing zo eenvoudig mogelijk te geschieden. Als men in de literatuur gaat zoeken naar evidence voor verschillende wondproducten, komt men tot de teleurstellende conclusie dat er geen uitgesproken evidence, gebaseerd op RCT's en reviews, is. Dat wil niet zeggen dat moderne producten geen plaats hebben in de wondbehandeling. Comfort voor patiënt en gebruiksgemak (denk aan lekkage wondvocht, frequentie van verbandwisselingen) zijn redenen om van een behandeling met traditionele natte hydrofiele gazen af te wijken. Elk jaar komen er nieuwe producten op de markt en in de voordracht zullen producten die afwijken en de al langer beschikbare producten besproken worden.

En wat is dan de rol van 'negatieve druk therapie' in het verpleeghuis? Recent hebben de Zorgverzekeraars Nederland (ZN) besloten dat deze behandeling gezien moet worden als ziekenhuisverplaatste zorg, die daarom niet langer in aanmerking komt voor vergoeding. In de presentatie zullen we aandacht besteden aan de verschillende methoden, de mate van evidence en het kostenperspectief. Na vele jaren van monopolie van een firma zijn inmiddels andere firma's in dit gat gedoken. In de laatste tien jaar is in verpleeghuizen en thuiszorg deze behandelmethode toegepast. Of de wijziging in financiering hierin wijziging zal brengen, is niet te voorspellen. Gezien het feit dat niet alle ziekenhuizen bereid zullen zijn de kosten te dragen, dient de specialist ouderengeneeskunde goede kennis te hebben van voor- en nadelen, teneinde een verantwoord voorstel voor behandeling te kunnen geven aan het management van verpleeghuizen/ woonzorgcentra met het verzoek de relatief hoge kosten dan zelf te vergoeden.

Helaas kunnen we in deze lezing niet ingaan op de andere belangrijke behandelingen ter bevordering van de genezing van wonden, zoals voeding en levensstijladviezen.

## LITERATUUR

1. Seaman S. Considerations for the global assessment and treatment of patients with recalcitrant wounds, 2000. *Ostomy/Wound Management* 46 (suppl 1A) 10S-29S.
2. Cutting KG, White RJ, Mahoney P, Harding KF (2005) Clinical identification of wound infection: a Delphi approach. In: Position document on identifying criteria for wound infection, 2005. London, Medical Education Partnership Ltd.
3. Cutting KF, Harding KG. Criteria for identification of wound infection, 1994. *Journal of Wound Care* 3 198-201.
4. Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature*. 1962 20;193:293-4.
5. Wuwhs. *Infection. Principles of Best Practice Wound infection in clinical practice. An international consensus*, 2008. London: MEP Ltd.
6. Wolcott RD, Dowd SE. A rapid molecular method for characterising bacterial bioburden in chronic wounds, 2008. *Journal of Wound Care* 17 513-6.
7. <http://www.woundeducators.net/profiles/blogs/moist-wound-healing> (zie het filmpje!)

Correspondentieadres  
m.van.leen@avoord.nl

# Het klassieke locked-in syndrome

## Prevalentie en karakteristieken van patiënten

Drs. Roy F. Kohnen, specialist ouderengeneeskunde, MeanderGroepZL Hamboskliniek Kerkrade

### INLEIDING

Bij de klassieke vorm van het locked-in syndrome (LIS) is sprake van quadriplegie en anarthrie met behouden bewustzijn waarbij communicatie alleen mogelijk is door verticale oogbewegingen of het knipperen van de oogleden.<sup>1</sup> In de meeste gevallen wordt het beeld veroorzaakt door een bilaterale, ventrale ponslaesie waarbij vasculaire pathologie de meest voorkomende etiologie is, namelijk een occlusie van de arteria basilaris of een ponsbloeding.<sup>2</sup> Deze patiënten hebben van het een op het andere moment ernstige lichamelijke beperkingen waardoor dit syndroom een enorme impact heeft op zowel de patiënt zelf als diens omgeving. Dit wordt goed geïllustreerd in de film 'The Diving Bell and the Butterfly', gebaseerd op het gelijknamige boek van LIS-patiënt Jean-Dominique Bauby.<sup>3,4</sup> Aangezien deze patiëntengroep langdurige, intensieve, complexe en multidisciplinaire zorg nodig heeft, is de verwachting hen in de somatische verpleeghuizen te vinden. Tot op heden is de prevalentie binnen en buiten de verpleeghuizen van LIS in het algemeen en de klassieke vorm in het bijzonder onbekend.

### DOEL EN OPZET

Het bepalen van de prevalentie en karakteristieken van patiënten met de klassieke vorm van het locked-in syndrome (LIS) in Nederlandse verpleeghuizen. Een cross-sectioneel onderzoek.

### METHODE

Na een pilot onder aios ouderengeneeskunde van het UMC St Radboud in Nijmegen (n=75) werd aan alle (n=187) over-

koepelende Nederlandse verpleeghuisorganisaties een e-mail verzonden gericht aan de specialisten ouderengeneeskunde of zij klassieke LIS-patiënten hadden op 5 december 2011. De behandelende specialisten ouderengeneeskunde ontvingen een e-mail met een vragenlijst over karakteristieke kenmerken en de langetermijncare. Inclusiecriteria waren quadriplegie, anarthrie, verticale oogbewegingen en/of knipperen met de oogleden op verzoek en een ponslaesie op MRI/CT.

Volgens de Commissie Mensgebonden Onderzoek Arnhem-Nijmegen was het onderzoek niet WMO-plichtig volgens de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek. De vragenlijsten werden ingevuld na informed consent van de patiënten waarbij non-verbale toestemming werd gegeven middels knipperen of oogbewegingen in aanwezigheid van de behandelend arts of een familielid. De vragenlijsten werden anoniem verwerkt.

### RESULTATEN

Er was een respons van 91,4% waarbij 11 organisaties 12 patiënten rapporteerden. Na analyse van de antwoorden in de vragenlijsten was bij tien patiënten sprake van LIS. Slechts twee van deze patiënten voldeden aan de criteria van klassieke LIS. Bij beiden was sprake van een ponslaesie met als oorzaak een ischemisch CVA en een vertebraaldissectie met secundaire basilaristhrombose. De LIS-duur bedroeg respectievelijk 50 dagen en 5,7 jaar. Beide patiënten werden gevoed via een percutane endoscopische gastrostomie. Bij zes patiënten bleek sprake te zijn van partiële LIS, van wie een was opgenomen na de peildatum. LIS zonder een ponslaesie werd gezien bij de overige twee patiënten. De

prevalentie van LIS in Nederlandse verpleeghuizen bedroeg dus 0,7/10.000 somatische verpleeghuisbedden.

## DISCUSSIE

De prevalentie van klassieke LIS is voor het eerst vastgesteld in Nederlandse verpleeghuizen en is in tegenstelling tot de verwachting bijzonder laag te noemen. Vanwege ontbreken van eerder onderzoek elders is geen vergelijking met literatuur mogelijk. De vraag is of de lage prevalentie in het verpleeghuis verklaard kan worden vanuit de Nederlandse thuiszorgmogelijkheden, medische beslissingen rond het levenseinde, zoals euthanasie, dan wel of dit een lage prevalentie in alle sectoren betreft. Euthanasie bij LIS was een aantal maanden geleden wereldnieuws omdat het euthanasieverzoek van de Britse LIS-patiënt Tony Nicklinson was afgewezen.

## CONCLUSIE

De voor het eerst vastgestelde lage prevalentie van (klassieke) LIS in de Nederlandse verpleeghuizen laat zien dat het een kleine patiëntengroep is met grote impact en dus

grote aandacht verdient. Dit is de basis voor vervolgstudies, zoals onderzoek naar de incidentie, medische beslissingen rond het levenseinde, zoals euthanasie of het onthouden/staken van zinloos medisch handelen en onderzoek naar de kwaliteit van leven.

## REFERENTIES

1. Smith E, Delargy M. Locked-in syndrome. *BMJ*. 2005;330(19):406-9.
2. Laureys S, Pellas F, Eeckhout P Van, et al. The locked-in syndrome: what is like to be conscious but paralyzed and voiceless? *Progress in Brain Research*. 2005;150:495-511.
3. Julian Schnabel. *The Diving Bell and the Butterfly*. Pathé, 2007.
4. Jean-Dominique Bauby. *The Diving Bell and the Butterfly (Le Scaphandre et le Papillon)*. KNOPF, New York, 1997.

Correspondentieadres  
r.kohnen@elg.umcn.nl

# Probleemgeoriënteerd denken in de palliatieve zorg

Martin van Leen



Redactie: S.M. de Hossan, A. de Graeff, F.J.S. Netters, C.A.H.H.V.M. Verhagen  
Aantal pagina's: 388  
Uitgeverij: De Tijdstroom  
ISBN: 789058981929  
Prijs: € 48,00  
Aantal sterren: 5 plus

Zelden ben ik in de gelegenheid geweest om zo'n praktisch boek te bespreken. In plaats van globaal ben ik geboeid geweest van de eerste tot de laatste letter. Het lezen van dit boek gaf mij, ondanks toch al vele jaren betrokken te zijn bij palliatieve zorg, heel veel praktische informatie.

Aan de hand van specifieke casussen wordt beschreven hoe men kan omgaan met de verschillende complicerende symptomen tijdens de terminale (vaak al tijdens de palliatieve) fase. De meerwaarde van aanvullend onderzoek

wordt altijd aangestipt. De verschillende manieren van medicamenteuze ondersteuning en de volgorde welk middel wanneer aan de orde komt, helpt de medisch practicus om volgens de meest recente richtlijnen te werken. Hoewel de in de laatste twee jaar verschenen richtlijnen maar deels meegenomen konden worden, heb ik dat niet als een gemis ervaren.

Na de hoofdstukken die gericht zijn op de behandeling van symptomen, wordt in dit boek ook aandacht besteed aan de rol van mantelzorg, terminale pijnbestrijding en de rol van de anesthesist, palliatieve sedatie en euthanasie. Hierdoor is het een dermate compleet boek geworden, dat elke specialist ouderengeneeskunde die zich bezighoudt met palliatieve zorg, de beschikking moet hebben over een exemplaar van dit boek. Ook voor verpleegkundigen werkend in een terminale verpleeghuisunit of hospice is dit door de prettige en vooral duidelijke taal een aanwinst.

Correspondentieadres  
m.van.leen@avoord.nl

CHANDRAPAL (11) UIT INDIA DOET  
WEER MEE. KIJK HOE U KUNT

MEEDOEN.NL

Liliane  
Fonds

open de wereld  
voor een kind  
met een handicap



gratis plaatsing Foto: Morad Bouc hakour

## Divisun 800 IE, tabletten

<b>Samenstelling:</b>	Iedere tablet bevat 800 IE cholecalciferol (vitamine D <sub>3</sub> ), overeenkomend met 20 microgram vitamine D <sub>3</sub> .
<b>Indicaties:</b>	Preventie en behandeling van vitamine D tekort bij ouderen en adolescenten.
<b>Dosering:</b>	Aanbevolen dosis: één tablet per dag. De dagelijkse dosis is maximaal 5 tabletten.
<b>Contra-indicaties:</b>	Ziekten en/of omstandigheden die leiden tot hypercalciëmie en/of hypercalciurie. Nefrolithiase. Nefrocalcinose. Hypervitaminose D. Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen.
<b>Waarschuwingen/voorzorgen:</b>	Bij patiënten met nierinsufficiëntie kan het gebruik van Divisun leiden tot hypercalciëmie en/of hypercalciurie. Dit geldt ook voor patiënten die lijden aan sarcoidose. Divisun bevat sucrose en isomalt.
<b>Bijwerkingen:</b>	De bijwerkingen zijn gedefinieerd als: soms ( $\geq 1/1000$ , $< 1/100$ ), zelden ( $\geq 1/10.000$ , $< 1/1000$ ) of niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Soms: Hypercalciëmie en hypercalciurie.
<b>Houdbaarheid:</b>	15 maanden
<b>Verpakking:</b>	90 tabletten in witte, opake PVC/PVDC/Aluminium blisterverpakking in een kartonnen doos.
<b>Aflevering:</b>	U.R. Prijs: zie KNMP-taxe.

Kijk op [www.cbg-meb.nl](http://www.cbg-meb.nl) voor de geregistreerde productinformatie.

**MEDA**

Meda Pharma B.V., Krijgsman 20, 1186 DM Amstelveen, oktober 2012

**Divisun<sup>®</sup>**  
Cholecalciferol

## VERKORTE PRODUCTINFORMATIE PRADAXA<sup>®</sup>

**Samenstelling:** 75 mg, 110 mg of 150 mg dabigatran etexilaat (als mesilaat) per capsule. **Farmacotherapeutische categorie:** directe trombineremmers. **Farmacologische vorm:** harde capsules. **Therapeutische indicaties:** 1. Preventie van cerebrovasculair accident (CVA) en systemische embolie bij volwassen patiënten met non-valvulair atriumfibrilleren met: CVA, TIA of systemische embolie in de anamnese, en/of LVEF < 40%, en/of symptomatische hartfalen ( $\geq$  NYHA 2), en/of  $\geq 75$  jaar en/of  $\geq 65$  jaar in combinatie met diabetes mellitus, coronair vaatlijden of hypertensie. 2. Primaire preventie van venuze trombo-embolische (VTE) aandoeningen bij volwassen patiënten die electief een totale heupvervangende operatie (THO) of een totale knievervangende operatie (TKO) hebben ondergaan. **Doering en wijze van toediening:** Capsules niet openen. **Preventie van CVA of systemische embolie:** 300 mg per dag, ingenomen als één capsule van 150 mg tweemaal daags. Patiënten van 80 jaar en ouder: 220 mg ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal daags. **Preventie VTE na electieve TKO:** éénmaal daags 220 mg, ingenomen als 2 capsules van 110 mg. **Behandeling binnen 1-4 uur na de operatie starten, daarna 10 dagen voortzetten met 2 capsules éénmaal daags. Preventie VTE na electieve THO:** éénmaal daags 220 mg, ingenomen als 2 capsules van 110 mg. **Behandeling binnen 1-4 uur na de operatie starten met 1 capsule, daarna 28-35 dagen voortzetten met 2 capsules éénmaal daags. Na TKO of THO is bij patiënten met een matig verminderde nierfunctie (creatinineklaring 30-50 ml/min) en ouderen ( $> 75$  jaar) de aanbevolen dosis 150 mg per dag, ingenomen als 2 capsules van 75 mg. Zolang geen hemostase is vastgesteld moet het begin van de behandeling bij TKO en THO worden uitgesteld. Begint de behandeling niet op de dag van de operatie, dan moet worden gestart met éénmaal daags 2 capsules. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen, ernstig verminderde nierfunctie (creatinineklaring < 30 ml/min), actieve, klinisch significante bloedingen, laesie of aandoening met significant risico op majeure bloedingen, gelijktijdige behandeling met andere anticoagulantia, verminderde werking van de lever of leveraandoeningen die naar verwachting invloed hebben op de overleving, gelijktijdige behandeling met systemische ketoconazol, ciclosporine, itraconazol, tacrolimus en dronedarone. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen voor gebruik:** Voor de start van de behandeling met dabigatran dient de nierfunctie bepaald te worden door berekening van de creatinineklaring (m.b.v. de Cockcroft-Gaultmethode). Tijdens de behandeling dient de nierfunctie bepaald te worden in klinische situaties waarbij verwacht wordt dat de nierfunctie zal afnemen of verslechteren en tenminste eens per jaar bij patiënten  $\geq 75$  jaar of met nierinsufficiëntie. Bij patiënten met een verhoogde kans op bloedingen dient een dosis van 220 mg dabigatran, ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal per dag, overwogen te worden voor de preventie van CVA of systemische embolie. Een stollingstest (JTT, ECT of aPTT) kan worden gebruikt om patiënten met verhoogde dabigatran concentraties te identificeren. Een INR-test is onbetrouwbaar bij patiënten die Pradaxa gebruiken. Patiënten die dabigatran etexilaat gebruiken, hebben, wanneer zij een operatie of invasieve procedure ondergaan, een verhoogd risico op bloedingen. Bij patiënten met verhoogde leverenzymen  $> 2$  maal ULN, wordt dabigatran niet aanbevolen. Er is geen ervaring bij kinderen en adolescenten. Anesthesie via een postoperatieve invendige epidurale katheter wordt niet aanbevolen. Na het verwijderen van de katheter moet ten minste twee uur gewacht worden met de eerste toediening van dabigatran. Niet gebruiken tijdens zwangerschap of borstvoeding. **Interacties met andere geneesmiddelen:** Er is geen of weinig ervaring met de volgende behandelingen die de kans op bloedingen, in combinatie met het gebruik van Pradaxa, kunnen verhogen: anticoagulantia zoals UFH, LMWH en heparinderivaten, trombolytische middelen, vitamine K-antagonisten, rivaroxaban of andere orale anticoagulantia en plaatjesaggregratiemmers zoals GpIIb/IIIa-receptorantagonisten, ticlopidine, prasugrel, ticagrelor, dextran en sulfipyrazon. Zowel het gebruik van acetylsalicylzuur, clopidogrel, SSR's, SNRI's als chronisch gebruik van NSAID's verhoogden in de RE-LY studie het risico op bloedingen bij zowel dabigatran als warfarine. Dabigatran wordt niet gemetaboliseerd door het cytochroom-P450-systeem en heeft geen effect *in vitro* op menselijke cytochroom-P450-enzymen. Dabigatran etexilaat is een substraat voor de effluxtransporter P-glycoproteïne. Protonpompremmers beïnvloeden P-glycoproteïne en gelijktijdige behandeling met dabigatran en deze middelen wordt daarom niet aanbevolen. Gelijktijdige toediening van P-glycoproteïne-inductoren (zoals rifampicine, sint-janskruid (Hypericum Perforatum), carbamazepine of fenofibrine) dient vermeden te worden. **Preventie van CVA en systemische embolie:** Nauwgezet medisch toezicht (met aandacht voor verschijnselen van bloeding of anemie) is vereist wanneer dabigatran gelijktijdig wordt toegediend met sterke P-glycoproteïnerepressoren (zoals amiodaron, verapamil, kinidine, ketoconazol en claritromycine), in het bijzonder bij patiënten met een licht tot matig verminderde nierfunctie. Bij patiënten die tegelijk dabigatran etexilaat en verapamil krijgen, dient de dosis dabigatran te worden verlaagd naar 220 mg ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal per dag. Gelijktijdige behandeling met protonpompremmers (PP) leek de werkzaamheid van dabigatran niet te verminderen. De toediening van ranitidine samen met dabigatran had geen klinisch relevant effect op de mate waarin dabigatran werd geabsorbeerd. **Preventie van VTE:** Bij patiënten die gelijktijdig dabigatran en amiodaron, kinidine of verapamil gebruiken dient de dosering verlaagd te worden tot 150 mg dabigatran éénmaal daags. Bij patiënten met matige nierinsufficiëntie die gelijktijdig dabigatran en verapamil gebruiken dient een dosis van 75 mg dabigatran overwogen te worden. Bij patiënten die gelijktijdig dabigatran en claritromycine gebruiken dient nauwgezet klinisch toezicht te worden gehouden, in het bijzonder wat betreft het optreden van bloedingen, speciaal bij patiënten met milde tot matige nierinsufficiëntie. **Bijwerkingen:** De meest gemelde bijwerkingen zijn bloedingen. Ernstige bloedingen kunnen, ongeacht waar ze in het lichaam optreden, leiden tot invaliditeit, levensbedreigend zijn of zelfs een dodelijke afloop tot gevolg hebben. Indien ernstige bloedingen optreden moet de behandeling worden gestopt en de bron van de bloeding worden onderzocht. Er is geen antidotum voor dabigatran. Andere vaak voorkomende klachten zijn buikpijn, diarree, dyspepsie, misselijkheid en abnormale leverfunctie / leverfunctietest (minder dan 10%). **Preventie van CVA en systemische embolie:** Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 16,5% van de patiënten voor; ernstige bloedingen werden zelden gerapporteerd in het klinisch onderzoek (minder dan 3,5%). Dabigatran werd in de RELY studie gerelateerd aan een hogere incidentie van majeure gastro-intestinale bloedingen. De toediening van een protonpompremmer kan overwogen worden om een gastro-intestinale bloeding te voorkomen. **Preventie van VTE:** Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 14% van de patiënten voor; ernstige bloedingen (inclusief wondbloedingen) werden zelden gerapporteerd (minder dan 2%). **Verpakking:** Pradaxa 75 mg, 110 en 150 mg worden geleverd in aluminium blisterverpakkingen van 60 stuks. **Afleverstatus:** U.R. Registratie: EU/1/08/442/003, EU/1/08/442/007, EU/1/08/442/011. Registratiedatum 18 maart 2008 (VTE) en 4 augustus 2011 (CVA). **Vergoeding en prijs:** Preventie van VTE: Pradaxa wordt volledig vergoed binnen het GVS. **Preventie van CVA en systemische embolie:** vergoeding nog niet beoordeeld door VWS. Voor prijzen, zie KNMP taxe. Voor volledige productinformatie is de 1B tekst op aanvraag beschikbaar. Boehringer Ingelheim bv, Comeniusstraat 6, 1817 MS Alkmaar. Telefoonnummer: 0800-2255889. **Datum herziening van de tekst:** 30 augustus 2012. **Referentie:** [1] Connolly SJ et al., NEJM 2009; 361(12):1139-1151 Erratum in: NEJM 2010; 363(19):1875-1876.**

# Leergang Ouderengeneeskunde

19 - 23 november	<b>Basiscursus Palliatieve Zorg specialisten ouderengeneeskunde</b> (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Palliatieve zorg is de zorg die het lijden probeert te verlichten van patiënten, hun naasten en van de betrokken hulpverleners. Zorg die nodig is opdat ruimte ontstaat voor dat wat essentieel is: het leven op een eigen wijze afronden en afscheid nemen van dat wat belangrijk is. Er wordt ingegaan op de verlichting van symptomen en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze zorg goed te organiseren. Ethiek, communicatie en aandacht voor tijdig anticiperen, duidelijke coördinatie en continuïteit van de (vaak intensieve) zorg zijn hierbij kernaspecten.</i>
22 en 23 november	<b>Het vervolg, deel 3: nascholing voor kaderartsen</b> (Gerion)
14 december	<b>'We kunnen nog zeker iets voor u doen!' Mogelijkheden in de palliatieve zorg bij de oudere patiënt met kanker</b> (PAO Heyendaal) <i>Wanneer ouderen kanker hebben of krijgen is de huisarts of specialist ouderengeneeskunde geneigd om de patiënt door te sturen. Deze cursus geeft u handvatten in de begeleiding van deze groeiende patiëntengroep. Zo zijn er, ook al zijn het palliatieve ingrepen, meer mogelijkheden dan vaak wordt verondersteld. Samen met oncologen gaat u aan de hand van casuïstiek met elkaar in gesprek: wat kan wel nog, en wat niet meer?</i>

2013

14 februari, 21 maart, 11 april, 16 mei en 13 juni	<b>Aan de slag: specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen sterk voor kwetsbare ouderen thuis</b> (Gerion)
14 maart	<b>Rationele Farmacotherapie voor ouderen: als je door de pillen de patiënt niet meer ziet</b> (PAO Heyendaal) <i>Eendaagse cursus die u helpt bij het toedienen, op- en afbouwen van geneesmiddelen bij oudere patiënten. Hoe kunt u geneesmiddelen afbouwen, wat zijn de bijwerkingen van vaak voorkomende geneesmiddelen en hoe werken ze op elkaar in? Aan de hand van Evidence Based modellen gaat u aan de slag met real-life casuïstiek en krijgt u o.a. door internisten en apothekers inleidingen over effectief en efficiënt geneesmiddelenbeleid. De cursus is bedoeld voor specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, geriaters en apothekers.</i>
8, 9 en 10 april (maandag 8 april vanaf 19.00 uur) 14 en 15 mei en 14 juni	<b>De aap, de slang en de olifant: projectsafari!</b> <b>Leergang projectmanagement voor specialisten ouderengeneeskunde</b> (Gerion)
12 en 19 april	<b>Denk veilig, kies veilig: farmacotherapie en medicatieveiligheid bij ouderen in instellingen</b> (Gerion)
15 en 16 april, 17 en 18 mei, 18 juni	<b>Basiscursus Teaching the Teacher Palliatieve Zorg</b> (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Training in het omzetten van ervaring in palliatieve zorg naar praktijkgerichte onderwijsvormen. Hulpverleners die de kennis, kunde en kunst moeten verstaan om deze zorg te ontwikkelen. In deze cursus spelen de inhoudelijke aspecten uiteraard een belangrijke rol, de nadruk ligt echter op de wijze waarop deze specifieke problematiek van palliatieve zorg onderwijskundig vorm kan krijgen.</i>
Najaar	<b>Module filosofie Levinas Zekerheid over onzekerheid</b> (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Voortdurend neemt u als arts, verplegende of geestelijk verzorger beslissingen, ondersteund en gestuurd door een uitdijend aantal voorschriften en protocollen. Kunnen en mogen die regels altijd het uitgangspunt vormen voor handelen? Is er nog een dieper liggende regel waarmee u kunt bepalen wanneer die regels mogen worden toegepast? Een laatste regel waaraan u de juistheid of onjuistheid van eigen beslissingen kunt toetsen? Over de juistheid van die beslissingen bestaat bij artsen vaak onzekerheid. Waar komt die onzekerheid vandaan, en is die op te lossen? Op al deze vragen zoeken we een antwoord via een filosofische bezinning op uw dagelijkse praktijk.</i>

LEERGANG OUDERENGENEESKUNDE





# Richtlijnen voor auteurs

Het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde staat open voor bijdragen van iedereen die betrokken is bij zorg, onderwijs en onderzoek ten behoeve van patiënten die ouderenzorg genieten in de breedste zin van het woord. Bijdragen kunnen bestaan uit artikelen, brieven aan de hoofdredacteur, congresverslagen, samenvattingen van proefschriften, samenvattingen van voordrachten, et cetera.

## INDIENEN VAN EEN BIJDRAGE

### Tekst

- De eerste pagina dient de namen, titels, functies en eerste werkgegevens van de auteurs te bevatten alsmede het e-mailadres van de eerste auteur. Vermeld alle auteurs tenzij het er meer dan vier zijn. Na de vierde auteur kan volstaan worden met de vermelding et al.
  - Bijv. dr. Jos. W.P.M. Konings, specialist ouderengeneeskunde – Careyn Maria-Oord te Vinkeveen
- Maak de tekst voor een wetenschappelijk- of onderzoeksartikel niet langer dan 2400 woorden.
  - Voor een CAT geldt een maximum van 1000 woorden.
  - Voor een opiniërend of journalistiek artikel geldt een maximum van 1500 woorden.
- De hoofdtitel mag niet meer dan 35 karakters bevatten, de subtitel niet meer dan 50 karakters
- Bedenk – indien gepast – een of meerdere streamers (een citaat, uitspraak of motto) van max. 70 karakters.
- Maak zoveel mogelijk gebruik van de indeling: inleiding, doel, methoden, patiënten, resultaten, discussie, conclusie(s). Deel anders de tekst op in duidelijke alinea's.
  - Voorzie een wetenschappelijk- of onderzoeksartikel van een samenvatting zowel in het Nederlands als in het Engels (Abstract). Een samenvatting is maximaal 150 woorden.
- Titels van alinea's/paragrafen/subkopjes zijn maximaal 30 karakters (1 regel).
- Geef in de bijdrage aan waar de illustraties ongeveer geplaatst kunnen worden.
- Bijdragen dienen te worden aangeleverd per e-mail als Wordbestand.
- Gebruik geen voetnoten. Maak alleen gebruik van eindnoten indien dat noodzakelijk is.
- In de tekst wordt door middel van een volgnummer verwezen naar eventuele literatuur.

### Taal

- Een bijdrage dient in de Nederlandse taal gesteld te zijn, tenzij anders is overeengekomen.
- Vermeld van medicamenten alleen stofnaam.
- Gebruik de nieuwste officiële spelling (het Groene boekje).
- Schrijf in de tekst getallen tot tien voluit, voor zover dat niet storend is.
- Gebruik alleen dubbele aanhalingstekens binnen “citaten”, dus gebruik bij aanhalingstekens binnen de tekst enkele aanhalingstekens.
- Schrijf afkortingen voluit.
- Zorg voor leestekens en diakritische tekens, bijvoorbeeld patiënten in plaats van patienten.
- Breek woorden niet af aan het einde van de zin. Maak bij tekstverwerkingsprogramma's gebruik van automatisch afbreken.

### Afbeeldingen/tabellen/figuren

- Het heeft de voorkeur om een bijdrage vergezeld te laten gaan van een tot drie afbeeldingen, tabellen of figuren.
- Afbeeldingen, grafieken en figuren dienen bij voorkeur als jpeg-bestand met een hoge resolutie te worden aangeleverd. Afbeeldingen die in het bestand zelf geplaatst zijn en niet als apart bestand zijn aangeleverd kunnen niet verwerkt worden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid de afbeeldingen, grafieken en tabellen als pdf-bestand aan te leveren als deze van goede kwaliteit zijn.
- Voorzie iedere illustratie van een onderschrift.
- Meegestuurd foto's en/of andere illustraties worden niet teruggestuurd, maar bewaard in het archief van de uitgever, tenzij nadrukkelijk anders is overeengekomen.

### Literatuur

- De literatuurlijst aan het eind van een bijdrage is gerangschikt naar het nummer van de verwijzing in de tekst.
- Artikelen die nog niet gepubliceerd zijn, mogen alleen in de literatuurlijst worden opgenomen indien zij geaccepteerd zijn voor publicatie. In dat geval dient de naam van het tijdschrift of het boek vermeld te worden.

- Persoonlijke communicatie en niet-gepubliceerde artikelen dienen opgenomen te worden als eindnoot en als zodanig te worden aangemerkt.
- Maak voor vermelding van de naam van een tijdschrift gebruik van de standaard afkorting van de Index Medicus. Schrijf bij twijfel de naam voluit.
- De literatuurlijst dient voor een wetenschappelijk- of praktijkartikel niet langer te zijn dan vijftien referenties. Voor andere artikelen geldt een maximum van tien.
  - Artikel: Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, Straus SM, Hofman A, Deckers JW, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. Eur Heart J 2004;25:1614-9.
  - Janssen DJ, Wouters EF, Schols JM, Spruit MA. Self-perceived symptoms and care needs of patients with severe to very severe chronic obstructive pulmonary disease, congestive heart failure or chronic renal failure and its consequences for their closest relatives: the research protocol. BMC Palliat Care 2008;7:5.
  - Rapport uitgegeven door een instituut: Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Tussen cure en care. Advies voor een referentiekader voor mensen met ernstige en langdurige beperkingen als gevolg van gezondheidsproblemen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994.

## VERKLARING AUTEURS

Door het inzenden van een bijdrage verklaren alle auteurs dat zij er akkoord mee gaan dat:

- zij vermeld worden als (mede)auteur;
- de redactie de bijdrage ter beoordeling kan voorleggen aan anderen dan de redactieleden;
- men het document 'richtlijnen voor auteurs' gelezen heeft en hiermee akkoord is.
- toestemming wordt gevraagd voor het betreffende onderzoek van een medisch-ethische commissie bij publicaties over onderzoek waarbij derden zijn betrokken (geweest). Publicatie kan pas plaatsvinden nadat deze toestemming is verleend.

## PROCEDURE BEOORDELING BIJDRAGE

Een bijdrage wordt door de redactie beoordeeld op geschiktheid voor publicatie. Bij afwijzing van een bijdrage wordt de reden vermeld. Er kan niet worden gereclameerd.

## DRUKPROEVEN

- Bij ingezonden stukken: de eerste of corresponderende auteur krijgt eenmaal de gelegenheid om de drukproef te corrigeren. Dit geldt alleen voor aperte onjuistheden. De eerste of corresponderende auteur ontvangt de drukproef per e-mail. Er dient binnen de per e-mail gestelde termijn gereageerd te worden. Daarna is de versie definitief.
- Bij interviews: de geïnterviewde heeft recht op inzage van het interview voor publicatie. De geïnterviewde ontvangt de tekst per e-mail. Wijzigingen die de geïnterviewde aangebracht wil zien, dienen voor de in de e-mail gestelde deadline kenbaar gemaakt te worden aan de redactie. De redactie zal deze in redelijkheid in overleg in overweging nemen.
- De uitgever is niet verantwoordelijk voor fouten en/of imperfecties die na goedkeuring van de proefversie nog worden ontdekt of die in de uiteindelijke uitgave aanwezig blijken.
- Het is niet mogelijk om na de goedkeuring van de proefversie nog wijzigingen in tekst, volgorde of illustraties aan te brengen.

## PLAATSING

De redactie bepaalt in redelijkheid het moment waarop een bijdrage daadwerkelijk wordt gepubliceerd.

## REDACTIEADRES

Bijdragen dienen te worden gezonden naar:  
Bureau Verenso  
Judith Heidstra  
Postbus 20069  
3502 LB UTRECHT  
redactie@verenso.nl

## INLICHTINGEN

Hoofdredacteur drs. Martin W.F. van Leen a.i.  
m.van.leen@avoord.nl