

37e jaargang no. 4 | augustus 2012



Gerondtologie voor de specialist ouderengeneeskunde

Dementie in Afrika

Niet-responsief waaksyndroom

Vijf jaar urineweginfecties in het verpleeghuis

verenSo
specialisten in
ouderengeneeskunde

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

Colofon

Hoofdredacteur

Dr. Jos W.P.M. Konings

Redactie

Drs. Annelore H. van Dalen-Kok

Drs. Jacobien F. Erbrink

Drs. Aafke J. de Groot

Dr. Susanne J. de Kort

Drs. Martin W.F. van Leen

Dr. Dika H.J. Luijendijk

Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

Eindredactie

Drs. Marjolijn Bontje, DCHG

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 verveelvoudigd, 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

170 Redactiebeleid en wijzigingen in de redactiesamenstelling

Klinische Praktijk

171 Gerodontologie

Even voorstellen

177 Nieuwe redactieleden stellen zich voor

5 vragen aan

178 5 vragen aan... Ronald van Nordennen

186 5 vragen aan... Jan Lavrijsen

Buitenland

180 Dementie in Afrika

Boekbespreking

188 Filosofie, geneeskunde en de dood

193 Placebo, reflecties over een vreemde eend in de geneeskunde

Hora Est

189 Diagnostic disclosure

190 Advance Directives in Dementia Care

Kennistoets

192 Kennistoets: polyfarmacie

Beschouwing

194 Verhoogde waakzaamheid

Forum

198 Ingezonden brief

Bureau Verenso

199 Triage-instrument revalidatiezorg

Ouderengeneeskunde 2.0

201 Ouderengeneeskunde 2.0

Amuse

203 Tot de dood ons scheidt

Onderzoek

204 Vijf jaar urineweginfecties in het verpleeghuis

207 Antwoorden kennistoets

Wetenschap en Praktijk

208 Samenwerking

Van de voorzitter

211 Verenso jubileum

Leergang Ouderengeneeskunde

212 Leergang Ouderengeneeskunde

Richtlijnen voor auteurs

213 Richtlijnen voor auteurs

Redactiebeleid en wijzigingen in de redactiesamenstelling

Jos Konings, hoofdredacteur



REDACTIONEEL

Recentelijk heeft de redactie tijdens twee opgerekte vergaderingen de vorm en inhoud van het tijdschrift in de afgelopen jaren geëvalueerd. Uiteraard is daar gesproken over het bestaansrecht van het tijdschrift en de behoefte eraan bij de leden van de beroepsgroep. Niet alleen het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* maar ook diverse andere (papieren) medische tijdschriften hebben het met de fors toegenomen digitalisering van medische informatie in de afgelopen jaren steeds moeilijker gekregen. Advertentieopbrengsten, die een belangrijke financieringsbron vormen voor de totstandkoming, zijn voor menig medisch tijdschrift fors afgenomen. Ondanks deze ontwikkelingen heeft de redactie geconcludeerd dat de eerder ingezette koers met een gevarieerde inhoud van zowel onderzoeks- als praktijkartikelen, casusbesprekingen, vaste rubrieken en verenigingsnieuws en het regelmatig uitbrengen van themanummers gecontinueerd dient te worden. Met dien verstande dat er gewerkt moet worden aan verdere kwaliteitsverbetering van de afzonderlijke bijdragen, onder andere door inkorting van artikelen en verdere toespitsing op relevantie voor de praktijkuitoefening van de specialist ouderengeneeskunde. Een relatief grotere hoeveelheid bijdragen van specialisten ouderengeneeskunde werkzaam in de dagelijkse praktijk van de ouderenzorg in vergelijking met de bijdragen van universitaire medewerkers wordt van harte toegejuicht.

Verenso-bestuur en Raad van Toezicht onderschreven onlangs dat het tijdschrift voor de beroepsgroep een waardevolle functie vervult en ook in de toekomst dient te vervullen. De redactie, bestuur en Raad van Toezicht zijn ook benieuwd naar uw oordeel. Schroom niet uw oordeel te mailen aan redactie@verenso.nl.

In de samenstelling van de redactie hebben zich enkele wijzigingen voorgedaan. Als nieuwe leden zijn in dit voorjaar Annelore van Dalen-Kok en Susanne de Kort tot de redactie toegetreden. Zij stellen zich in dit nummer aan u voor.

Verder heeft Wilco Achterberg, na meer dan tien jaar deel uitgemaakt te hebben van de redactie, waaronder vier jaar in de rol van hoofdredacteur, de redactie verlaten. Wij zijn hem zeer erkentelijk en veel dank verschuldigd voor alles wat hij voor het tijdschrift gedaan heeft. Hij stond als hoofdredacteur in 2005 aan de basis van de nieuwe inhoudelijke indeling zoals die thans nog steeds dienst doet. Hij heeft ook de laatste jaren nog een grote inhoudelijke bijdrage geleverd. Wij hopen dat de redactie in de toekomst nog gebruik kan maken van zijn brede expertise en wensen hem een succesvolle toekomst als hoogleraar aan het LUMC toe. Agda van Dijk is slechts korte tijd redactielid geweest. In het congresnummer van 2011 stelde zij zich nog aan u voor. Zij moest om meerdere redenen tot haar spijt alweer stoppen. Ook Agda danken wij voor haar bijdragen.

Per 1 juli heeft Martin van Leen ad interim de rol van hoofdredacteur van mij overgenomen. Dit is dus het laatste nummer waar ik als hoofdredacteur voor verantwoordelijk ben. In de afgelopen vijf en een half jaar heb ik met veel plezier deze rol vervuld. Ik heb het als een hele boeiende, inspirerende en eervolle klus ervaren. De tijd is echter gekomen om het stokje over te dragen. Voorlopig blijf ik echter als gewoon lid nog deel uitmaken van de redactie. Ik hoop dat het tijdschrift u in de afgelopen jaren geïnspireerd heeft en dat ook in de toekomst zal blijven doen.

Correspondentieadres
jkonings@zuweezorg.nl

Gerodontologie

voor de specialist ouderengeneeskunde

Dr. Gert-Jan van der Putten¹, specialist ouderengeneeskunde, Birkhoven Zorggoed Amersfoort

Prof. dr. Cees de Baat¹, emeritus hoogleraar Gerodontologie, UMC St Radboud Nijmegen

Prof. dr. Jos Schols, hoogleraar Ouderengeneeskunde, Caphri/Vakgroep Huisartsgeneeskunde (sectie ouderengeneeskunde), Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+), Maastricht¹

¹ Belgisch-Nederlands Consortium Onderzoek Mondzorg Ouderen (BENECOMO)

INLEIDING

Door een verbeterde preventieve en curatieve mondzorg gedurende de afgelopen decennia is het aantal edentate ouderen afgenomen en is het percentage ouderen dat tot op hoge leeftijd dentaat blijft, gestegen. Daarnaast valt een toename te constateren van de complexiteit van de mondgezondheid door gebitsslijtage en de aanwezigheid van orale implantaten en geavanceerde uitneembare en/of vaste prothetische constructies. Voor het behoud van een goede mondgezondheid is daarom voortdurend structurele preventieve en curatieve mondzorg noodzakelijk (levensloopbestendige mondzorg). De complexiteit van de mondsituatie, het optreden van slijmvliesafwijkingen, de aanwezigheid van systeemziekten en het gebruik van meerdere medicamenten zorgen ervoor dat (kwetsbare) ouderen gevoeliger zijn voor het krijgen van mondproblemen dan mensen in jongere leeftijdsgroepen. Helemaal als deze ouderen cognitieve stoornissen hebben. In dit opzicht is een toename van het aantal mondziekten bij (kwetsbare) ouderen te verwachten. Een (plots) optredende slechte mondgezondheid bij ouderen kan naast de al bestaande geriatrische reuzen dan ook als een potentiële (nieuwe) geriatrische reus worden gezien.

In 2007 is de Verenso-richtlijn 'Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen', kortweg de richtlijn Mondzorg, verschenen. Desondanks bestaat de indruk dat veel specialisten ouderengeneeskunde (nog) te weinig in de monden van hun patiënten kijken en weinig kennis hebben van de gerodontologie en van eventuele medisch-tandheelkundige interacties bij sommige aandoeningen. Helaas wordt in de opleiding tot (basis)arts en in de beroepsopleiding tot specialist ouderengeneeskunde nauwelijks aandacht aan dit onderwerp besteed. Mocht een slechte mondgezondheid of een mondaandoening worden geconstateerd, dan wordt de patiënt veelal verwezen naar een tandarts of logopedist. Dat een slechte mondgezondheid of slikproblemen ook weleens een iatrogene oorzaak kan hebben (zoals polyfarmacie), wordt veelal niet in de differentiaaldiagnostiek opgenomen. Ook wordt onvoldoende aandacht besteed aan de mogelijke gevolgen van een slechte mondgezondheid op de algemene gezondheid. Dit artikel

beschrijft de belangrijkste aan de mondgezondheid gerelateerde problemen bij (kwetsbare) ouderen, de medisch-tandheelkundige interacties van die aandoeningen en hoe door multidisciplinaire samenwerking de mondzorg voor (kwetsbare) ouderen kan worden verbeterd.

GEBITSELEMENTEN

Empirisch kan men stellen dat de mondgezondheid, van personen die zorgafhankelijk zijn, niet adequaat is. Een belangrijke oorzaak van het ontstaan van een slechte mondgezondheid is een slechte mondhygiëne. Wanneer de orale biofilm (plaque) niet adequaat wordt verwijderd, kunnen allerlei mondgezondheidsproblemen ontstaan. Wanneer demineralisatie van de harde gebitsweefsels, die op gang komt door onvoldoende verwijdering van de orale biofilm, de natuurlijke remineralisatie gaat overheersen, kan cariës ontstaan. Cariës en specifiek wortelcariës komen bij ouderen frequent voor. Aangevoerd is dat de prevalentie van (wortel)cariës hoger is bij zorgafhankelijke ouderen en bij ouderen met een dementiesyndroom, de ziekte van Parkinson en diabetes mellitus.^{1,3} De prevalentie van wortelcariës in Nederlandse verpleeghuizen varieert tussen de 40% en de 60%.⁴ Wortelcariës kan slechts ontstaan op



Figuur 1. Tandsteen, plaque, afgebroken elementen als gevolg van wortelcariës in de onderkaak bij een verpleeghuispatiënt met een slechte mate van mondhygiëne.

worteloppervlakken die zijn geëxposeerd door terugtrekken van het tandvlees rondom de gebitselementen. Belangrijke determinanten voor het ontwikkelen van (wortel)cariës zijn de algemene gezondheid, de leefomstandigheden, de leefstijl, de leeftijd, slechte mondhygiëne, de speekselsecretiesnelheid en het aantal geëxposeerde worteloppervlakken. (Wortel)cariës is een belangrijke oorzaak van het verlies van gebitselementen bij (kwetsbare) ouderen en helemaal bij zorgafhankelijke ouderen in het verpleeghuis, omdat daar de mate van mondhygiëne over het algemeen onder de maat is (figuur 1). De medisch-tandheelkundige interactie bij (wortel)cariës neemt waarschijnlijk toe naarmate er sprake is van meer co- en multimorbiditeit, hoewel daar (nog) geen goed bewijs voor is.

De tweede belangrijke aandoening die is gerelateerd aan gebitselementen betreft ontsteking van het parodontium, de zachte weefsels rondom de gebitselementen en het kaakbot. Internationale publicaties vermelden hoge prevalentiecijfers van parodontale aandoeningen in de hoogste leeftijdsgroepen (80-90%). Parodontale aandoeningen zijn bacteriële infecties veroorzaakt door de orale biofilm. De minst erge vorm is gingivitis, waarbij alleen het tandvlees oppervlakkig ontstoken is. Een gingivitis kan normaal gesproken zonder behandeling compleet genezen, mits de orale biofilm consequent dagelijks wordt verwijderd door tandenpoetsen en interdentaal reinigen. Indien een gingivitis onbehandeld blijft, kan dat op termijn tot een parodontitis leiden. Hierbij leidt de ontstekingsreactie tot afbraak van het parodontium. De prevalentie van gingivitis en parodontitis in Nederlandse verpleeghuizen varieert respectievelijk tussen de 20-30% en 45-75%.⁴ Met de juiste behandeling kan een parodontitis meestal worden gestopt. Het weefsel dat al verloren is gegaan, kan slechts beperkt hersteld worden. In analogie met andere wonden, zoals decubitus, zouden voor een goede parodontale wondgenezing voldoende micronutriënten in het lichaam aanwezig moeten zijn.

Slechte mondgezondheid, een potentiële geriatrische reus

Echter, goed wetenschappelijk bewijs voor standaard suppletie van micronutriënten bij (kwetsbare) ouderen met parodontitis ontbreekt (nog).⁹ Literatuurstudies laten zien dat er medisch-tandheelkundige interacties zijn tussen parodontale aandoeningen en diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, COPD, pneumonie en auto-immuunziekten.¹⁰⁻¹³ Gezien de toename van het aantal dentate ouderen en de toename van het aantal (kwetsbare) ouderen met chronische ziekten is de verwachting dat het aantal ouderen met parodontitis, dus ook in het verpleeghuis, de komende jaren verder zal stijgen. Vanwege de aangetoonde associaties tussen parodontitis en de algemene gezondheid (tandheelkundig-medische interactie) verdienen dentate (kwetsbare, zorgafhankelijke) ouderen met parodontitis specifieke aan-

dacht van de specialist ouderengeneeskunde en alle andere (mond)zorgverleners. Wanneer er sprake is van voedingsdeficiënties en/of ondervoeding kan bij dentate verpleeghuispatiënten naast een adequate mondzorg, suppletie van de deficiënte voedingsnutriënten worden overwogen.

ORALE IMPLANTATEN

In Nederland worden in toenemende mate implantaten geplaatst. Cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) laten zien dat in 2009 800.000 personen een oraal implantaat hadden, in 2011 waren dit er al meer dan 1,1 miljoen. De meeste orale implantaten worden in de leeftijdsgroep boven de 55 jaar geplaatst. De verwachting is dan ook dat de komende decennia het aantal verpleeghuispatiënten met een oraal implantaat flink zal stijgen. Dat baart zorgen, want als de mondzorg in verpleeghuizen niet aanzienlijk verbetert, zullen deze implantaten in een hoog tempo verloren gaan. Ook bij dragers van een oraal implantaat is adequate verwijdering van de orale biofilm (extra) noodzakelijk, omdat anders een peri-implantaire ontsteking kan ontstaan die uiteindelijk tot verlies van het implantaat kan leiden.¹⁴

Er worden twee ontstekingsprocessen onderscheiden: peri-implantaire mucositis en peri-implantitis. Peri-implantaire mucositis is een ontstekingsreactie in de mucosa rond een implantaat zonder waarneembaar botverlies. Symptomen van mucositis zijn roodheid, zwelling en bloeding na sonderen. Peri-implantitis is gedefinieerd als een ontstekingsproces in de mucosa rond een implantaat met verlies van marginaal bot en pusafvoer rond het implantaat.¹⁵ Belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van peri-implantaire infecties zijn onvoldoende verwijdering van de orale biofilm en een geschiedenis van parodontitis en roken.

Er is weinig (internationale) literatuur voorhanden over de prevalentie van peri-implantitis. Scandinavisch onderzoek waar ook ouderen zijn geïnccludeerd, laat prevalenties van peri-implantitis na vijf jaar zien variërend van 25-50%.¹⁶⁻¹⁹ Literatuurgegevens uit Nederland over de prevalentie van peri-implantitis bij geïnstitutionaliseerde of kwetsbare, zorgafhankelijke thuiswonende ouderen en hoe lang implantaten meegaan, ontbreken (nog). Specifieke onderzoeksgegevens over een medisch-tandheelkundige interactie bij peri-implantitis, en helemaal als het gaat om (kwetsbare) ouderen met co- en multimorbiditeit, zijn eveneens schaars. Bij opname in het verpleeghuis dient de specialist ouderengeneeskunde extra alert te zijn op het aanwezig zijn van de orale implantaten. Bij aanwezigheid dient hij dit goed te vermelden in zijn eigen medisch dossier maar ook in het verpleegkundig dossier of Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). Orale implantaten moeten conform de richtlijn Mondzorg adequaat door verzorgenden worden gereinigd. In overleg met de tandarts kan een hogere frequentie van het tandartsenbezoek voor bijvoorbeeld extra professionele gebitsreiniging noodzakelijk zijn als de mondhygiëne door verzorgenden moeilijk is uit te voeren.

GEBITSPROTHESE

In 2009 had nog circa 65% van de verpleeghuispatiënten een volledige of partiële gebitsprothese. De aandoening die het frequentst voorkomt en gerelateerd is aan een gebitsprothese is prothesestomatitis. Prothesestomatitis of stomatitis prothetica komt voor bij ongeveer 60% van de ouderen met een gebitsprothese.²⁰⁻²³ Het door de gebitsprothese bedekte mondslijmvlies heeft daarbij een rood en soms een licht erosief aspect. Onvoldoende reiniging van de gebitsprothesen, een slecht passende gebitsprothese en een contaminatie met *Candida albicans* zijn de oorzaken.²⁴⁻²⁶ Factoren die bijdragen aan het ontstaan van prothesestomatitis zijn diabetes mellitus, chronisch nierfalen, oncologische aandoeningen en behandelingen die gepaard gaan met immunosuppressie. Het aantal ouderen met een volledige gebitsprothese zal de komende jaren waarschijnlijk dalen, terwijl het aantal patiënten met een partiële gebitsprothese de komende jaren zal stijgen. Voor zowel de kwetsbare, zorgafhankelijke ouderen die thuis wonen als diegene die in een verzorgings- of verpleeghuis verblijven, geldt dat bij een inadequate mondzorg de prevalentie van prothesestomatitis niet zal afnemen.

Het dragen van een gebitsprothese gaat in meerdere of mindere mate gepaard met alveolaire botreductie van de kaken. De pasvorm van een gebitsprothese vermindert hierdoor continu, met als gevolg verlies aan stabiliteit en retentie van de gebitsprothese. Indien dit onbehandeld blijft, kan het leiden tot chronische irritatie van het dragende slijmvlies met hypertrofie en ontsteking van het slijmvlies als mogelijke gevolgen.

Cheilitisangularis (synoniemen: perlège, angulair cheilosis, stomatitis angularis) is een ontsierende en soms pijnlijk aandoening, gekenmerkt door maceratie van de externe fissuren ter plaatse van de mondhoeken, eventueel met korstvorming. Cheilitisangularis komt voor bij ongeveer 16% van de ouderen met een volledige gebitsprothese, meestal als indirect gevolg van de reductie van de processus alveolaris in de boven- en de onderkaak.³² Hierdoor neemt namelijk de verticale dimensie van het aangezicht af en ontstaan

ragaden in de mondhoeken die niches zijn voor een bacteriële of candida-infectie, vooral onder invloed van irritatie door speeksel in de ragaden. Daarnaast is een intra orale candida-infectie die zich uitbreidt naar de externe mondhoeken, geassocieerd met ondervoeding en een tekort aan foliumzuur, ijzer en/of vitamine B2.

Het dragen van een gebitsprothese is geassocieerd met een verminderde levenskwaliteit, verminderd kauwvermogen, veranderd voedingspatroon en daarmee samenhangend een verminderde inname van mineralen en nutriënten.³³ Over een mogelijke causale associatie tussen het dragen van een gebitsprothese en de (klinische) gevolgen voor de algemene gezondheid is nog weinig bekend.

SPEEKSELSECRETIE

Een verminderde speekselsecretie leidt in de meeste gevallen tot een droge mond. Het (subjectieve) gevoel van een droge mond wordt xerostomie genoemd, terwijl hyposialie betekent dat de objectief gemeten speekselsecretiesnelheid onvoldoende is.³⁴ Wanneer er teveel aan speeksel wordt gesecerneerd, spreekt men van hypersalivatie. Hypersalivatie komt bij ouderen echter niet vaak voor hoewel exacte prevalentiegegevens bij verzorgings- en verpleeghuispatiënten ontbreken. Wanneer speeksel uit de mond loopt bij bijvoorbeeld slikproblemen, is er vaak geen sprake van hypersalivatie maar van speekselvloed.

Bij (kwetsbare) ouderen kan de ernst van de xerostomie worden bepaald met de recent ontwikkelde en (internationaal) gevalideerde Xerostomievragenlijst voor (kwetsbare) ouderen (tabel 1). De prevalentie van xerostomie en hyposialie is bij kwetsbare ouderen substantieel. Een in een Nederlands verpleeghuis uitgevoerd onderzoek toonde aan dat de prevalentie van xerostomie 52% was, terwijl de prevalentie van hyposialie varieerde van 18 tot 68%.³⁷ Dit onderzoek toonde ook aan dat individuen met xerostomie niet altijd een onvoldoende speekselsecretiesnelheid (hyposialie) hebben en andersom. Dus om daadwerkelijk hyposialie te objectiveren moet op zijn minst in de mond worden gekeken en de speekselsecretiesnelheid gravimetrisch worden bepaald. Vrouwen klaagden niet vaker dan mannen over xerostomie, terwijl vooral vrouwen ouder dan 80 jaar gemiddeld wel een (veel) lagere speekselsecretiesnelheid hadden dan mannen.

Er zijn verschillende oorzaken voor hyposialie. Naast het syndroom van Sjögren en radiotherapie in het hoofd-halsgebied, heeft een niet onbelangrijk deel van de medicamenten een negatieve invloed op de speekselsecretiesnelheid.³⁷ Kwetsbare ouderen gebruiken vanwege hun multimorbiditeit meerdere medicamenten (polyfarmacie) tegelijkertijd waarvan een groot deel een negatieve invloed heeft op de speekselsecretie (tabel 2). Een ontoereikende speekselsecretiesnelheid geeft aanleiding tot een aantal klachten en klinische symptomen zoals verminderde smaak, moeilijkheden met kauwen en slikken, problemen met spreken en articuleren, pijn aan de

Antwoord: 1 = 'nooit'; 2 = 'soms'; 3 = 'altijd'	Score
Mijn mond voelt droog aan wanneer ik eet.
Mijn mond voelt droog aan.
Het kost me moeite om droog voedsel te eten.
Ik heb moeite met het doorslikken van bepaalde voedingsmiddelen.
Mijn lippen voelen droog aan.
Totaal

Somscore: < 8 geen xerostomie

Somscore: ≥ 8 xerostomie

Tabel 1. Xerostomievragenlijst voor (kwetsbare) ouderen.

orale slijmvliezen en snel voortschrijdende (wortel)carriës. Dit resulteert vaak in verlies van gebits-elementen en verhoogde gevoeligheid voor het ontstaan van orale ontstekingen. Indirect kan hyposalie leiden tot ongewenst gewichtsverlies, voedingsdeficiënties en mogelijk ook tot een aspiratiepneumonie. Tot op heden ontbreekt echter goed wetenschappelijk klinisch onderzoek dat deze mogelijke associaties aantoont.

MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

De komende decennia zal de gebitsstatus van kwetsbare, zorgafhankelijke ouderen bij opname in het verpleeghuis (drastisch) veranderen. De mondzorg van kwetsbare ouderen is in veel verpleeghuizen, ondanks het verschijnen van de richtlijn Mondzorg, nog lang niet optimaal. Internationale literatuur laat zien dat alleen scholing aan verzorgenden niet tot een langetermijn verbetering van de mondgezondheid van patiënten in zorginstellingen leidt. Daarnaast is aangetoond dat een begeleide implementatie van de richtlijn Mondzorg wel tot een significante reductie (20-30%) van de hoeveelheid plaque leidt, maar dat dit nog niet betekent dat een adequate mate van mondhygiëne wordt bereikt. De door de, inmiddels demissionaire, staatssecretaris van VWS gedane toezegging dat de Inspectie van de Gezondheidszorg meer gaat toezien op de mondzorg bij ouderen, moet de kwaliteit van mondzorg in verpleeghuizen doen verbeteren. Verpleeghuizen die de richtlijn Mondzorg nog niet adequaat hebben geïmplementeerd doen er goed aan dit zo snel mogelijk te doen. Specialisten ouderengeneeskunde moeten

daarin het initiatief nemen. Immers, de richtlijn Mondzorg is er niet voor niets en het moge nu duidelijk zijn dat een slechte mondhygiëne belangrijke gevolgen heeft voor zowel de mondgezondheid als de algemene gezondheid.

Betrek tandartsen en mondhygiënist intensiever bij de mondzorg

Verpleeghuispatiënten worden gekenmerkt door hoge mate van zorgafhankelijkheid, de veelal aanwezigheid van co- en multimorbiditeit en het gebruik van meerdere medicamenten tegelijkertijd. Om deze redenen zijn zij gevoeliger voor het krijgen van mondproblemen dan ouderen zonder deze kenmerken. Het zou dan ook vanzelfsprekend moeten zijn dat voor een zinvolle vorm van multidisciplinaire samenwerking specialisten ouderengeneeskunde, tandartsen en mondhygiënist eventueel aangevuld met logopedisten, dietisten en ergotherapeuten hun bemoeienis en expertise op elkaar afstemmen. Door multidisciplinaire samenwerking kan de kwaliteit van de (mond)zorg in de toekomst worden verbeterd als ook tandartsen en mondhygiënist intensiever worden betrokken bij de zorg van (kwetsbare) ouderen thuis en in zorginstellingen zoals verzorgings- en verpleeghuizen. Hoewel er in de tweede lijn mogelijk al meer samenwerking is tussen artsen, mondhygiënist en tandartsen, is het in verpleeghuizen nog niet erg gebruikelijk dat specialisten ouderengeneeskunde, tandartsen en mondhygiënist (voor zover aanwezig) op regelmatige en structurele basis met elkaar overleggen. Wanneer dat gebeurt, zal specifieke kennis van deze verschillende disciplines worden uitgewisseld en eventueel aanwezige medisch tandheelkundige interacties van aandoeningen worden besproken. Daardoor wordt multidisciplinair werken nog leuker, leerzamer maar vooral beter voor al diegene waarvoor we het doen: de kwetsbare, veelal zorgafhankelijke oudere die steeds vaker dan voorheen tot op hoge leeftijd zijn gebits-elementen blijft behouden. En dat is een grote uitdaging!

Analgetica
Anticonvulsiva
Anti-emetica
Antihistaminica
Antihypertensiva
Anti-parkinsonmiddelen
Antipyretica
Antispasmodica
Cystostatica
Diuretica
Eetlustremmers
Expectorantia
Parasympaticolytica
Psychotropemedicamenten
- CZS-neurodepressiva
- Benzodiazepinen
- Neuroleptica (antipsychotica)
- Tranquillizers: major, minor
- Antidepressiva
Sedativa
Spasmolytica
Spijrelaxantia
Sympaticolytica
Sympathicomimetica

Tabel 2. Groepen medicamenten die hyposalivatie kunnen veroorzaken.

LITERATUUR

1. Johanson CN, Osterberg T, Steen B, Birkhed D. Prevalence and incidence of dental caries and related risk factors in 70- to 76-year-olds. *Acta Odontol Scand* 2009;1-9.
2. Philip P, Rogers C, Kruger E, Tennant M. Caries experience of institutionalized elderly and its association with dementia and functional status. *Int J Dent Hyg* 2011.
3. Hanaoka A, Kashihara K. Increased frequencies of caries, periodontal disease and tooth loss in patients with Parkinson's disease. *J Clin Neurosci* 2009;16(10):1279-82.
4. Kalsbeek H, Schuller AA, Kivit MM, Baat C de. [Oral health care in nursing and old people's homes and institutions for the mentally handicapped]. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006;113(3):90-5.
5. Shimazaki Y, Soh I, Koga T, Miyazaki H, Takehara T. Risk factors for tooth loss in the institutionalised elderly; a six-year cohort study. *Community Dent Health* 2003;20(2):123-7.
6. Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE, Viitanen M, Winblad B. Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. *Gerodontology* 2004;21(1):17-26.
7. Artukovic D, Spalj S, Knezevic A, Plancak D, Panduric V, Anic-Milosevic S, et al. Prevalence of periodontal diseases in Zagreb population, Croatia, 14 years ago and today. *Coll Antropol* 2007;31(2):471-4.
8. Levy SM, Warren JJ, Chowdhury J, DeBus B, Watkins CA, Cowen HJ, et al. The prevalence of periodontal disease measures in elderly adults, aged 79 and older. *Spec Care Dentist* 2003;23(2):50-7.
9. Putten GJ van der, Vanobbergen J, Visschere L De, Schols J, Baat C de. Association of some specific nutrient deficiencies with periodontal disease in elderly people: A systematic literature review. *Nutrition* 2009;25(7-8):717-22.
10. Pablo P de, Dietrich T, McAlindon TE. Association of periodontal disease and tooth loss with rheumatoid arthritis in the US population. *J Rheumatol* 2008;35(1):70-6.
11. Morita I, Okamoto Y, Yoshii S, Nakagaki H, Mizuno K, Sheiham A, et al. Five-year incidence of periodontal disease is related to body mass index. *J Dent Res* 2011;90(2):199-202.
12. Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010;33(2):421-7.
13. Liu Z, Zhang W, Zhang J, Zhou X, Zhang L, Song Y, et al. Oral hygiene, periodontal health and chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *J Clin Periodontol* 2012;39(1):45-52.
14. Serino G, Strom C. Peri-implantitis in partially edentulous patients: association with inadequate plaque control. *Clin Oral Implants Res* 2009;20(2):169-74.
15. Winkelhoff AJ van. [Consensus on peri-implant infections]. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010;117(10):519-23.
16. Jepsen S, Ruhling A, Jepsen K, Ohlenbusch B, Albers HK. Progressive peri-implantitis. Incidence and prediction of peri-implant attachment loss. *Clin Oral Implants Res* 1996;7(2):133-42.
17. Koldsland OC, Scheie AA, Aass AM. Prevalence of peri-implantitis related to severity of the disease with different degrees of bone loss. *J Periodontol* 2010;81(2):231-8.
18. Roos-Jansaker AM. Long time follow up of implant therapy and treatment of peri-implantitis. *Swed Dent J Suppl* 2007(188):7-66.
19. Zetterqvist L, Feldman S, Rotter B, Vincenzi G, Wennstrom JL, Chierico A, et al. A prospective, multicenter, randomized-controlled 5-year study of hybrid and fully etched implants for the incidence of peri-implantitis. *J Periodontol* 2010;81(4):493-501.
20. Kossioni AE. The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. *Gerodontology* 2011;28(2):85-90.
21. Mikkonen M, Nyyssonen V, Paunio I, Rajala M. Oral hygiene, dental visits and age of denture for prevalence of denture stomatitis. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984;12(6):402-5.
22. Sanita PV, Pavarina AC, Giampaolo ET, Silva MM, de Oliveira Mima EG, Ribeiro DG, et al. *Candida* spp. prevalence in well controlled type 2 diabetic patients with denture stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;111(6):726-33.
23. Zissis A, Yannikakis S, Harrison A. Comparison of denture stomatitis prevalence in 2 population groups. *Int J Prosthodont* 2006;19(6):621-5.
24. Kulak-Ozkan Y, Kazazoglu E, Arikan A. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. *J Oral Rehabil* 2002;29(3):300-4.
25. Salerno C, Pascale M, Contaldo M, Esposito V, Busciolano M, Milillo L, et al. *Candida*-associated denture stomatitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010.
26. Webb BC, Thomas CJ, Willcox MD, Harty DW, Knox KW. *Candida*-associated denture stomatitis. Aetiology and management: a review. Part 3. Treatment of oral candidosis. *Aust Dent J* 1998;43(4):244-9.
27. Dorocka-Bobkowska B, Zozulinska-Ziolkiewicz D, Wierusz-Wysocka B, Hedzelek W, Szumala-Kakol A, Budtz-Jorgensen E. *Candida*-associated denture stomatitis in type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;90(1):81-6.
28. Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. *J Prosthodont* 2011;20(4):251-60.
29. Leao JC, Gueiros LA, Segundo AV, Carvalho AA, Barrett W, Porter SR. Uremic stomatitis in chronic renal failure. *Clinics (Sao Paulo)* 2005;60(3):259-62.
30. Kovacevic Pavicic D, Delic Z, Lajnert V, Fugosic V, Simonic Kocijan S, Bukovic D. Changes of alveolar bone density around the abutment teeth in patients wearing removable partial dentures depending on Kennedy classification. *Coll Antropol* 2009;33(4):1349-52.
31. Takayama Y, Sasaki H, Goto M, Mizuno K, Saito M, Yokoyama A. Morphological factors of mandibular edentulous alveolar ridges influencing the movement of dentures calculated using finite element analysis. *J Prosthodont Res* 2011;55(2):98-103.
32. Waal RI van der. [Cheilitis angularis]. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010;117(10):491.

33. Mobley CC. Nutrition issues for denture patients. *Quintessence Int* 2005;36(8):627-31.
34. Putten GJ van der, Brand HS, Bots CP, Nieuw Amerongen A van. [Prevalence of xerostomia and hyposalivation in the nursing home and the relation with number of prescribed medication]. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2003;34(1):30-6.
35. Thomson WM, Putten GJ van der, Baat C de, Ikebe K, Matsuda KI, Enoki K, et al. Shortening the Xerostomia Inventory. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011.
36. Putten GJ van der, Brand HS, Schols JM, Baat C de. The diagnostic suitability of a xerostomia questionnaire and the association between xerostomia, hyposalivation and medication use in a group of nursing home residents. *Clin Oral Investig* 2010.
37. Putten GJ van der, Brand HS, Visschere LM De, Schols JM, Baat C de. Saliva secretion rate and acidity in a group of physically disabled older care home residents. *Odontology* 2011.
38. Amerongen AV, Veerman EC. Saliva--the defender of the oral cavity. *Oral Dis* 2002;8(1):12-22.

Correspondentieadres
gjdputten@hetnet.nl

SAMENVATTING

Door een verbeterde preventieve en curatieve mondzorg gedurende de afgelopen decennia is het aantal edentate ouderen afgenomen en is het percentage ouderen dat tot op hoge leeftijd dentaat blijft, flink gestegen. Voor het behoud van een goede mondgezondheid is structurele preventieve en curatieve mondzorg noodzakelijk. De complexiteit van de mondsituatie, het optreden van slijmvliesafwijkingen, de aanwezigheid van systeemziekten en het gebruik van meerdere medicamenten zorgen ervoor dat (kwetsbare en zorgafhankelijke) ouderen gevoeliger zijn voor het krijgen van mondproblemen dan mensen in de jongere leeftijdsgroepen. De indruk bestaat dat veel artsen, waaronder ook specialisten ouderengeneeskunde, weinig in de monden van hun patiënten kijken en weinig kennis hebben van de gerodontologie en een eventuele medisch-tandheelkundige interactie bij sommige aandoeningen. Dit artikel beschrijft de belangrijkste aan de mondgezondheid gerelateerde problemen bij (kwetsbare) ouderen, de medisch-tandheelkundige interacties van die aandoeningen en hoe door multidisciplinaire samenwerking de mondzorg voor (kwetsbare) ouderen kan worden verbeterd.

SUMMARY

During the past few decades, advances in oral health care and treatment have reduced the number of edentulous individuals and substantially increased the proportion of adults who retain their teeth until late in life. In addition, a still-increasing number of dentate older people have tooth wear, oral implants, sophisticated tooth- and implant-supported restorations and prostheses. As a result, older people continue to need both preventive and curative oral health care. The complexity of oral health status, oral mucosal lesions, systemic diseases, and the general use of multiple medications make (frail) older people more vulnerable to oral problems than younger age groups, even more so in those who are cognitively impaired. The impression exists that many physicians, including elderly care physicians, don't examine the mouths of their patients and have little knowledge of gerodontiology and of possible medical-dental interactions with some diseases. This article describes the most important oral health (care) related problems of (frail) older people, medical-dental interactions of these oral health (care) related problems and how oral health(care) for (frail) older people can be improved through multidisciplinary cooperation.

Nieuwe redactieleden stellen zich voor

ANNELORE VAN DALEN-KOK



Trouwe lezers zullen mij misschien herkennen als een van de AIOTO's, maar dit keer heb ik de eer mij voor te mogen stellen als redactielid. In oktober 2009 ben ik afgestudeerd als basisarts aan het LUMC en ben ik direct gaan werken in het verpleeghuis (Westhoff, Rijswijk). Na een leuk en vooral leerzaam jaar ben ik per september 2010 begonnen met de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde aan het LUMC.

Tijdens de twee jaar als dokter in het verpleeghuis heb ik al veel ervaring mogen opdoen in het werken voor en met de kwetsbare en zorgbehoevende oudere. Het was elke dag weer een 'feestje' om te mogen werken, tussen aanhalingstekens weliswaar, want naast de meest leuke en ontroe-

rende verhalen, waren er ook dagen waarin ik op een heel andere (mooie) manier mijn bijdrage kon en mocht leveren tijdens het leven én sterven van een patiënt.

Zoals u hebt kunnen lezen ben ik per september 2011 begonnen met mijn promotieonderzoek naar de complexe relatie tussen pijn, gedrag en kwaliteit van leven bij mensen met dementie. Na bijna een jaar fulltime onderzoek en vele ervaringen, interessante ontmoetingen en kennis rijker, mis ik de praktijk en het zorgen voor de kwetsbare oudere. Desalniettemin, zijn het juist deze ervaringen, ontmoetingen en kennis die er voor zorgen dat ik met veel energie en nieuwe ideeën per januari 2013 weer terugkeer in de praktijk. Gedurende twee maanden zal dit mijn 'thuishaven', het verpleeghuis, zijn en per maart 2013 begin ik met de GGz-stage.

De combinatie van onderzoek en praktijk geeft mij de inspiratie die ik kan gebruiken tijdens het werk als redactielid. Het tijdschrift biedt een mooi platform om recente ontwikkelingen in zowel de wetenschap als de praktijk ten toon te stellen. Het zijn van een generalist binnen de ouderenzorg is iets waar we trots op moeten zijn en laten we dit vooral ook, te allen tijde, uitdragen.

SUSANNE DE KORT



Tijdens een werkbezoek in Amerika vroeg de gastvrouw of ik mijzelf in twee zinnen kon introduceren aan haar opgetrommelde collega's. Waar ik mee bezig was en wat me daarin dreef. Tot dan toe had ik nooit in minder dan tien minuten verteld waar mijn onderzoek zo ongeveer over ging, laat staan dat ik mij erg bewust was geweest van mijn drijfveren. De rest van de avond heb ik met rode oortjes geluisterd naar hoe je dat doet; je onderzoeksproject, je sociale leven en natuurlijk ook jezelf spinnen. Hier doen we dat net even anders. Ik krijg maar liefst 400 woorden. Het kan dus genuanceerder en toch blijft staan: welk verhaal zal ik van mijzelf spinnen?

Er was er eens een jonge studente die het geluk had meteen ingeloot te zijn voor de studie geneeskunde. Daar werden de voor haar wezenlijke vragen over wie wij zijn, wat wij kunnen weten en welke verhouding wij tot elkaar moeten

hebben, niet gesteld. De combinatie van filosofie met geneeskunde was haar redding. Ook in de uitoefening van het artsenvak miste zij de momenten van reflectie. Het dagelijkse werk van een basisarts bleek vooral te bestaan uit het rennen van pieper naar Spoed Eisende Hulp en terug. Toen kwam er een interessant onderzoek op haar pad dat ging over ethische vragen rond palliatief systemische antikanker behandeling. Daarin zat een boel reflectie op de rol van haarzelf als kwalitatief onderzoeker en natuurlijk de moeilijke thematiek van het soms tegen beter weten in doorgaan met kleine kans behandelingen. Ook trouwde zij en kreeg drie prachtkinderen. Toch voelde zij zich soms net een Doornroosje in haar werk. Juist in het handelen zit de extra dimensie die zicht geeft op de vaak moeizame weg om tot bijvoorbeeld een terughoudend beleid te komen. Ooit had zij met een coschap al aan het verpleeghuis van Bert Keizer gesnuffeld en een korte werkervaring trok haar over de streep.

Sinds september 2011 leeft zij in het land van het genoeg om in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde te zijn. Het is soms net een achtbaan van ervaren, beschouwen, uitproberen, vergelijken, teruggekoppeld krijgen, opzoeken en weer ervaren... Ik hoop dat ik vanuit mijn achtergrond als beschouwer en practicus de komende jaren mijn bijdrage kan leveren aan het lijfblad van de specialist ouderengeneeskunde (in opleiding). Vond u die laatste typering van dit blad niet een mooi stukje *spinning*?

5 vragen aan... Ronald van Nordennen

Jacobien Erbrink

Ronald van Nordennen (1978) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Zijn opleiding tot specialist ouderengeneeskunde voltooide hij in 2006 aan de opleiding te Nijmegen. Hij specialiseerde zich verder met de kaderopleiding palliatieve zorg. Aanvankelijk werkte hij in Tilburg en Zevenbergen, sinds 2010 is hij werkzaam bij stichting Groenhuysen te Roosendaal. De keuze voor deze stichting was snel gemaakt. 'Het is een organisatie met veel dynamiek en ontwikkeling', zegt Ronald. Zo zal er in augustus een high-care hospice open gaan met twaalf plaatsen, waar hij als hospice-arts bij betrokken is. De organisatie investeert ook veel in de eerste lijn, in de samenwerking met huisartsen. Daarnaast kreeg Ronald het aanbod promotieonderzoek te gaan doen, voor 12 uur per week. Hier is hij in 2010 mee gestart. Het onderwerp van het onderzoek is: *'Medication for comorbid diseases in end-of-life care in Dutch palliative care facilities'*. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met het UMC St Radboud. Zijn promotoren zijn Raymond Koopmans en Kris Vissers en zijn copromotor is Jan Lavrijsen. Dit onderzoek spitst zich toe op de terminale zorg binnen palliatieve zorgvoorzieningen, maar wordt breder bestudeerd. Het onderwerp polyfarmacie vormt de rode draad.



nog? Patiënten gaven soms zelf aan: 'Nou dokter, volgens de cardioloog moet ik die cholesterolverlager voor altijd blijven gebruiken.' Ik dacht, dit is iets voor onderzoek, hier wil ik meer van weten. Ik merkte dat er verbazend weinig literatuur te vinden was over dit onderwerp. In Nijmegen waren ze enthousiast en een promotietraject ging van start.

2. Wat maakt polyfarmacie bij palliatieve zorg anders dan bij andere doelgroepen?

Ik zie ook veel polyfarmacie in de eerste lijn. Hier ligt voor ons een belangrijke taak, om samen met collega huisartsen en klinisch specialisten medicatie te blijven evalueren en om af te durven bouwen of te stoppen. Echter, in de palliatieve zorg komt dit nog duidelijker naar voren, omdat elke pil er één is en er al veel medicatie wordt gestart voor symptoombestrijding. Juist dan ligt polyfarmacie op de loer. Palliatieve zorg richt zich op kwaliteit van leven voor alle patiënten die ongeneeslijk ziek zijn, zeker niet alleen patiënten binnen palliatieve afdelingen of hospices. Dat klinkt heel mooi, maar wat is dat nu, kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven wordt naar mijn idee met name door de patiënten zelf vorm gegeven, in samenwerking met zijn naasten en hulpverleners. Wat voor de één kwaliteit is, is voor de ander veel minder waardevol. Ons motto bij Groenhuysen is 'ouder worden, jezelf blijven'. Dit is een uitdaging waar we voor staan, ook in de laatste levensfase. Natuurlijk, de patiënten die ik behandel in het hospice zijn ernstig ziek. Ik richt me op symptoombestrijding voor bijvoorbeeld pijn, dyspnoe of jeuk, onder andere met een goed medicatiebeleid. Medicatie ter preventie van ziektes moet vaak jaren gebruikt worden om enig voordeel te hebben. De zinvolheid hiervan wordt steeds minder als de patiënt nog maar kort te leven heeft. Ook nemen de bijwerkingen toe doordat het lichaam zelf minder goed gaat functioneren in de laatste fase van het le-

1. Waarom polyfarmacie?

Ik heb altijd graag wetenschappelijk onderzoek willen doen, naast de patiëntenzorg. De combinatie van die twee vind ik fantastisch. Echter, onderzoek doen vraagt veel tijd en energie en ik wil dat het daadwerkelijk iets kan bijdragen aan onze praktijkvoering als specialisten ouderengeneeskunde. Als er één onderwerp is waar we als specialisten ouderengeneeskunde veel mee te maken krijgen, dan is het wel polyfarmacie. We zullen dit allemaal wel herkennen. Een patiënt wordt op je afdeling opgenomen met een waslijst aan medicatie en je vraagt je af hoe zinvol al die pillen zijn, vooral als de patiënt ook nog moeite heeft met het innemen ervan. Tijdens mijn werk in het hospice merkte ik dit ook. Patiënten met een levensverwachting van een paar weken tot maanden kwamen binnen met statines, bloeddrukverlagende medicatie, orale antidiabetica, bloedverdunners. Je ziet dan dat de patiënt ernstig ziek, vaak ook nog misselijk is en geen zin heeft in eten. Dan komt de verpleging aan met een hand vol met pillen. Eet smakelijk! Het onderwerp polyfarmacie begon daarmee voor mij steeds meer te leven. Ik merkte dat ik het lastig vond, want wat doe je nu met die pillen? Alles zomaar stoppen, of misschien eerst afbouwen? Toch maar doorgeven, maar ja, hoe lang dan

ven, onder andere door cachexie. Ik zie bijvoorbeeld regelmatig patiënten met veel spierpijn die na het stoppen van statines verdwijnt. Het is een uitdaging goed naar de medicatie te kijken en samen met goede informatie aan de patiënt de medicatie te herevalueren en dit in het behandelplan op te nemen. Wat we doen binnen het onderzoek is alle medicatie die patiënten in de hospices gebruiken in kaart brengen en het verloop bekijken. Daarnaast zullen we interviews gaan houden met de specialisten ouderengeneeskunde en de patiënten zelf om te kijken naar de manier waarop zij met dit onderwerp omgaan. Ik vind het belangrijk dat we hier ook de patiënt zelf aan het woord laten, wat kwaliteit van leven is wordt immers vooral door de patiënt zelf bepaald.

3. Welke succesfactoren spelen naar jouw idee een rol bij het adequaat omgaan met polyfarmacie?

Tijdens mijn werk merk ik dat als je de patiënt goed informeert over het feit of medicatie in deze levensfase nog zinvol of zinloos is, je goede beslissingen kunt nemen. In het onderzoek brengen we factoren in kaart die de specialisten ouderengeneeskunde helpen om deze beslissingen te nemen over het al dan niet continueren van medicatie. Dit blijft uiteraard wel maatwerk. Specialisten ouderengeneeskunde zullen hierin ook hun verantwoordelijkheid moeten nemen, door elke keer weer goed te kijken naar polyfarmacie. Wat vaak een grote rol speelt in onze populatie, is het groot aantal medisch behandelaren.

Liever een lekkere maaltijd dan een handvol met zinloze pillen

Kwetsbare ouderen hebben veel comorbiditeit. Ik kom soms patiënten tegen in de eerste lijn die meer dan vijf klinisch specialisten bezoeken. Het risico is groot dat deze collega's, met de beste bedoelingen overigens, op hun eigen gebied starten met medicamenteuze behandeling, zonder goed te kijken naar het huidige medicatiegebruik. De medicatielijst wordt dan steeds langer en het risico op interacties groter. Het is dan ook van groot belang dat elke patiënt een hoofdbehandelaar heeft. Naar mijn idee moet dit de huisarts of de specialist ou-

derengeneeskunde zijn. Zij moeten deze rol ook naar zich toe trekken en kritisch zijn wat betreft de medicatie. Zij hebben het beste overzicht en volgen de patiënt in de thuissituatie. Organisatorisch is samenwerking met een apotheker cruciaal. Een goed elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) kan helpen om beter overzicht te krijgen. Het EVS dat wij nu gebruiken binnen de stichting is fantastisch. Met één druk op de knop zie ik al mijn patiënten die psychofarmaca gebruiken, die nog geen vitamine D gesuppleerd krijgen of die risico lopen op interacties. Een directe link in het systeem naar het Farmacotherapeutisch kompas maakt het nog makkelijker. De systemen zijn er, maar je moet uiteraard wel zelf blijven nadenken.

4. Hoe kunnen patiënten/familie zelf hun rol of verantwoordelijkheid bij polyfarmacie nemen?

Onderzoek laat zien dat patiënten vaak zelf, naast de voorgeschreven medicatie, allerlei zelfzorgmiddelen gebruiken. Dit hoeft niet altijd een probleem te zijn, maar het is wel belangrijk te weten van de patiënt wat hij gebruikt. Dit komt ook in het Zorgpad Stervensfase terug, het in kaart brengen van alle middelen. Uitleg naar de patiënt en naasten is wel nodig, want vaak zien zij allerlei natuurgeneesmiddelen niet als medicatie. Je moet er dus als arts actief naar vragen. Het is belangrijk patiënt en naasten te informeren over hun medicatiegebruik en hen zelf ook kritisch te maken over wat zij slikken. De nieuwe generatie patiënten is zich al veel meer bewust van wat ze slikken, waarom ze het slikken en wat de voor- maar ook nadelen zijn van de medicatie.

5. Wat kunnen wij morgen in onze eigen praktijk al anders doen?

Ik merk dat patiënten het prettig vinden als je als arts in gesprek gaat en blijft over het medicatiegebruik en goed blijft evalueren. Niet alleen bij opname, maar wekelijks en in de laatste fase zelfs dagelijks. Dit is de enige manier om polyfarmacie te voorkomen en te bestrijden. Hiermee zal het aantal onnodige pillen omlaag gaan. Liever een lekkere maaltijd, waar de patiënt van kan genieten, dan een handje met pillen die zinloos zijn. Dat is werken aan kwaliteit van leven.

Per abuis zijn deze vijf vragen en antwoorden niet geplaatst in het vorige nummer van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, te weten het themanummer Farmacotherapie. Dit is er tevens de reden van dat deze rubriek verschijnt naast de reeds voor dit nummer geplande '5 vragen aan Jan Lavrijsen'.

Oud en der dagen zat: Gluren bij de Buren

Dementie in Afrika

Fried Lammerink, Policy Adviser, UNDP

Jan Visschedijk, specialist ouderengeneeskunde, Zorggroep Solis, Deventer

INLEIDING

Niet alleen in Nederland, maar wereldwijd leven mensen langer en neemt het aantal ouderen toe. Als gevolg hiervan verdubbelt vrijwel overal het aantal ouderen met dementie elke 20 jaar.¹ Momenteel zijn er wereldwijd ongeveer 35 miljoen mensen met dementie. In dit artikel richten we ons op mensen met dementie in Afrika (ten zuiden van de Sahara). Daarbij verstaan we onder dementie *'a syndrome due to disease of the brain, usually of a chronic or progressive nature, in which there is disturbance of multiple higher cortical functions, including memory, thinking, orientation, comprehension, calculation, learning capacity, language, and judgement'*.² We onderzoeken of dementie wel een echt probleem is in Afrika, hoe er tegen deze ziekte wordt aangekeken en welke zorg in Afrika aan mensen met dementie wordt gegeven.

METHODE

Om meer inzicht te krijgen in dementie in Afrika werd een literatuurstudie verricht. De zoekstrategie was vooral gericht op Engelstalige studies verricht in Afrika vanaf 2000. Specifieke zoektermen waren: Africa; ageing; alzheimer's disease; caregivers; dementia; developing countries; health services; health systems; mental health; prevalence; risk factors; stigma. Diverse databases werden geraadpleegd zoals Ageinfo/CPA, PsychINFO en PubMed. Ook werden relevante websites doorzocht zoals die van Alzheimer's Disease International en de World Health Organisation. Sommige studies werden geïdentificeerd door middel van de referenties in andere artikelen. De literatuurstudie was gericht op de meest voorkomende dementieën (Alzheimer, vasculaire dementie) bij ouderen. Hiv-gerelateerde dementie en dementie op relatief jongere leeftijd werden niet meegenomen in deze studie.

RESULTATEN

In totaal werden 38 studies en rapporten specifiek over Afrika gevonden, en nog eens 80 andere artikelen over dementie in ontwikkelingslanden. Een zeer groot gedeelte was afkomstig van de '10/66 Dementia Research Group' (DRG).³ Deze groep, gevestigd in Londen, is onderdeel van Alzheimer's Disease International en doet onderzoek naar dementie in lage inkomenslanden.⁴ De naam 10/66 verwijst naar het feit dat 66% van alle mensen met dementie in lage inkomenslanden woont, terwijl minder dan 10% van al het onderzoek naar dementie in deze landen plaatsvindt.⁵

DIAGNOSE EN RISICOFACTOREN

Uit diverse studies bleek dat er in Afrika een variëteit aan diagnostische instrumenten gebruikt wordt. Instrumenten zoals de Mini Mental State Examination (MMSE) voldoen vaak slecht als gevolg van beperkte scholing en analfabetisme. Vragen als 'Wat voor dag is het vandaag?' of 'Spel het woord 'Wereld' van achter naar voren' zeggen in de Afrikaanse context vaak weinig. Een slechte opleiding of een omgeving waar het niet nodig is om de exacte datum te weten veroorzaken dan een bias.⁶ In de studies van de DRG gaf een specifiek daarvoor ontwikkeld algoritme betere resultaten. Dit algoritme bestond uit een samenvoeging van drie diagnose-instrumenten, het *Community Screening Instrument for Dementia*, *Geriatric Mental State* en de *Ten-word list learning-test*.⁷ Screeningsinstrumenten die alleen op dagelijkse activiteiten waren gebaseerd gaven duidelijk minder vals positieve resultaten in vergelijking met het algoritme van DRG en de DSM-IV.⁸ Semigestructureerde interviews thuis waarbij ook naar het functioneren werd gekeken waren bruikbaar als er geen persoon aanwezig was die informatie kon geven.⁹ Met deze aangepaste instrumenten werd in veel groepen de leeftijdsafhankelijke prevalentie van dementie in Afrika bepaald.

66% van alle mensen met dementie woont in lage inkomenslanden

Ondanks het feit dat mensen in de Westerse wereld ouder worden is er geen duidelijk aantoonbaar verschil tussen Afrikaanse en Westerse landen wat betreft de gemiddelde leeftijd waarop dementie begint.⁶ Ook in Afrika is leeftijd de belangrijkste risicofactor. Bij personen boven de 65 verdubbelt het risico elke vijf jaar.¹⁰ De relatie met andere factoren blijft echter grotendeels onduidelijk. In sommige studies was er een associatie met genetische factoren, zoals het Apolipoproteïne E, type epsilon 4 allel,¹¹ in andere studies kon deze relatie niet worden aangetoond.^{12,13} Ook de relatie tussen dementie en vasculaire factoren zoals bloeddruk, obesitas, roken en CVA's was niet eenduidig.^{14,15}

Wel lijken sommige sociale, mentale en fysieke activiteiten te beschermen voor dementie.¹⁶ Onderzoek naar de Yorubapopulatie in Nigeria, bracht aan het licht dat een calorie- en vetarm dieet met veel granen mogelijk de prevalentie van dementie vermindert.¹⁷ Interessant is ook dat uit een aantal

studies is gebleken dat de prevalentie van dementie bij de Yoruba's in Nigeria ongeveer de helft is van de prevalentie van Yoruba's die in de Verenigde Staten wonen.¹⁸ Mogelijk dat hierbij vergelijkbare factoren een rol spelen.

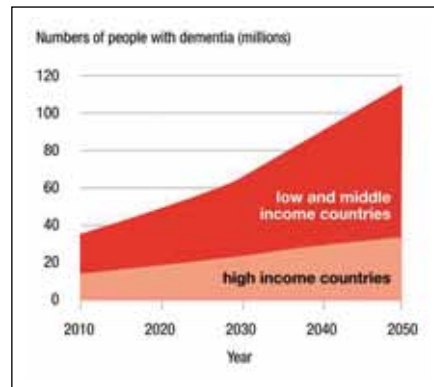
Bij factoren zoals gewichtsverlies¹⁹, stressvolle levensgebeurtenissen, laag opleidingsniveau¹⁵ en vrouwelijk geslacht²⁰ kon geen duidelijke causale relatie met dementie worden aangetoond.

PREVALENTIE EN IMPACT VAN DEMENTIE

Door de toename in levensverwachting zal in 2020 60% van alle mensen met een dementie in lage en midden inkomenslanden wonen (zie figuur 1). In 2040 zal dit zelfs meer dan 70% zijn.¹ Ook in Afrika is er sprake van een demografische en epidemiologische transitie, waarbij deze landen naast de 'burden' van infectieziekten en aan armoedegerelateerde ongezondheid (problemen rond voedsel en water) nu ook steeds meer door chronische ziekten getroffen worden. Dit betreft onder meer kanker door roken en andere chronische ziekten door vetrijke voeding, alcohol, overgewicht en minder bewegen.^{21,22} Ondanks deze groeiende toename in chronische ziekten neemt de populatie en het aantal ouderen toe (tabel 1), zelfs bij de huidige hiv/aids-epidemie, en komt dementie veel vaker voor.²³ Omdat het nu nog relatief jonge populaties betreft zal er over enige decennia een nog veel snellere stijging te verwachten zijn.

De verwachte toename van het aantal ouderen met dementie zal de komende decennia in Afrika stijgen tot wel 250%.²⁴ Momenteel heeft rond 3,5% van de bevolking in Afrika boven de 60 jaar dementie. Er is wel een verschil per regio: Centraal-Afrika 3,25%; Oost-Afrika 4,0%; West-Afrika 2,1%; Zuid-Afrika 3,5%. In een onderzoek bij oudere stadsbewoners (≥65) werden zelfs prevalenties van 6,7% in Congo, 8,1% in Centraal-Afrika en 10,1% in Nigeria gevonden.^{25,26}

De totale kosten wereldwijd voor dementie worden geschat op 600 miljard US\$, wat ongeveer 1% van het totale GDP is. De kosten voor Afrika worden geschat op tussen ongeveer 1,3 miljard (ongeveer 0,25% van GDP)²⁴ en 5,4 miljard (ongeveer 1% van GDP)²⁷ per jaar, afhankelijk van de berekening van de loonkosten en kosten voor de mantelzorg. Deze totale kosten zullen ook in Afrika alleen maar stijgen.



Figuur 1: Aantal mensen met dementie (miljoenen).

Bron: World Alzheimer Report 2010, London Alzheimer's Disease International

DEMENTIE EN GEZONDHEIDSZORG

Uit een Nigeriaanse studie bleek dat, hoewel er geen specifiek woord voor dementie bestond, mensen de symptomen wel vaak herkenden. Daarbij werd dementie gezien als een natuurlijk proces, waarvoor geen therapie is en waarvoor geen hulp werd gezocht.²⁸ Dementie wordt in Afrikaanse landen nog nauwelijks gezien als een gezondheidsprobleem. Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg bestaat het concept dementie nog nauwelijks als een ziekte. Het gevolg is dat dementie ook geen onderwerp is in het curriculum voor verpleegkundigen en artsen.²⁹ In Afrika is de menskracht voor de geestelijke gezondheidszorg bovendien al aanzienlijk beperkter dan voor de algemene gezondheidszorg.³⁰ Er zijn nauwelijks psychologen, psychiaters, gerieters en faciliteiten voor psychiatrische of geriatrische patiënten. In Ghana zijn er bijvoorbeeld slechts 13 psychiaters voor 18 miljoen mensen, terwijl er 33 Ghanese psychiaters in Westerse landen werken.³¹ Veel Afrikaans opgeleide artsen gaan naar het westen vanwege de hogere salarissen, betere sociale omstandigheden en verdere mogelijkheden om te specialiseren.³² Omdat de middelen erg beperkt zijn, is behandeling van bijvoorbeeld gedragsproblemen bij dementie vaak moeizaam. Medicijnen zoals haloperidol zijn meestal niet beschikbaar.³³ Vooral in rurale gebieden wordt dan de toevlucht gezocht tot traditionele medicijnen.³⁴

DEMENTIE EN CULTUUR

In Afrika zijn culturele overtuigingen nauw verbonden met de omgang met dementie. In Nigeria bijvoorbeeld,

Jaar	Bevolking x 1000	Levensverwachting	Aantal kinderen	Percentage ≥65 jaar	Percentage ≥80 jaar	Aantal dement x miljoen
2000	674,842	50,0	5,4	3,0 %	0,31 %	0,6 - 0,7
2010	863,314	53,5	4,7	3,1 %	0,36 %	0,7 - 0,9
2020	1,081,114	57,3	3,8	3,4 %	0,41 %	1,0 - 1,2
2030	1,307,831	60,9	3,1	3,9 %	0,51 %	1,4 - 1,7

Tabel 1: Bevolking Afrika onder de Sahara 2000-2030 (UNPD, 2010 / ADI, 2009).

waar enkele mensen met dementie in een universiteitsziekenhuis onder behandeling waren, stopten patiënten hun behandeling onder druk van religieuze groepen. Dementie werd gezien als een boze geest die behandeld zou moeten worden middels gebeden, exorcisme en testimonia.³⁵ Door de Toearegs in Niger wordt dementie beschouwd als verwaarlozing van de plicht van ouderen om regelmatig te bidden.³⁶ Gedragsproblemen worden soms gezien als gevolg van een familieconflict, verwaarlozing of opzettelijk wan-gedrag.³⁰ Dit draagt er toe bij dat personen met dementie en hun families worden gestigmatiseerd. Tegelijkertijd zien we ook dat mensen die dement zijn maar geen gedragsproblemen veroorzaken nog heel lang maatschappelijk kunnen meedoen en soms nog lang worden gezien als het hoofd van de huishouding.^{37,38} Dit zijn natuurlijk slechts enkele voorbeelden uit een breed scala van sociale patronen in Afrika.

DEMENTIE EN DE MANTELZORGER

In landen waar de regulaire zorg grotendeels afwezig is, is de mantelzorg extra belangrijk. Meestal komt in Afrika de zorg voor ouderen voor rekening van de kinderen en partner.³⁹ Dit zijn bijna altijd vrouwen. Gedragsstoornissen zoals nachtelijk onrust, agitatie en angsten bij dementie geven de meeste stress bij deze mantelzorgers.⁴⁰ Ook incontinentie zorgt voor veel ongemak. Het geeft een vervelende geur en is niet eenvoudig schoon te maken als het huis een lemen vloer heeft. Mantelzorgers voelen zich vaak geïsoleerd en komen soms het huis niet meer uit. Net als in de rest van de wereld heeft ongeveer 60% van de mantelzorgers psychologische - en ongeveer 20% depressieve - symptomen.²⁴

De afwezigheid van formele zorg voor dementie geeft ook een enorme financiële last voor mantelzorgers.⁴¹ Zij kunnen zelf geen geld meer verdienen³⁹ en hebben soms grote uitgaven voor gezondheidszorg.⁴² Bovendien zijn ouderen in Afrika al arm, omdat er nauwelijks pensioenvoorzieningen zijn.⁴³ De ondersteuning door mantelzorgers wordt steeds problematischer. Jongeren migreren naar de grote steden, terwijl ouderen in rurale gebieden achterblijven. Bovendien zijn jongere generaties vaak minder bereid om hun eigen levensstijl op te geven en richten zich meer op hun eigen gezin.⁴⁴ Daarbij zorgt de hiv/aids-pandemie dat veel volwassenen jonger sterven en de ouderen achterblijven zonder dat hun eigen kinderen zorg voor hen kunnen dragen. Er zijn dan niet alleen weeskinderen maar ook weesouderen.²⁹

BELEID EN DEMENTIE

Omdat dementie meestal niet gezien wordt als een sociaal-gezondheidsprobleem is er nauwelijks een zorgaanbod voor mensen met dementie³⁸ en ontbreekt een specifiek programma.⁴⁵ Momenteel heeft slechts 50% van de Afrikaanse landen beleid voor geestelijke gezondheidszorg en geven de meeste landen minder dan 1% van hun gezond-

heidsbudget uit aan geestelijke gezondheidszorg. Specifieke programma's voor ouderen bestaan slechts in 15% van de landen.⁴⁶ Uganda is zo'n land waar een programma voor geestelijke gezondheid is geïntegreerd in de algemene gezondheidszorg en goede resultaten oplevert. Dit wordt onder meer gedaan door een 'outreach' programma vanuit de klinieken, waarbij gezondheidswerkers getraind zijn om psychiatrische stoornissen in de thuissituatie te herkennen.

Recentelijk is de Wereldgezondheidsorganisatie gestart met het geven van advies over geestelijke gezondheidszorg.²¹ Tussen 2008 en 2009 werden 11 landen getraind om beleid te formuleren op dit gebied. In landen zoals Ivoorkust, Ghana, Kenya en Nigeria werd in 2009 een nieuw document met richtlijnen voor de geestelijke gezondheid, met onder meer dementie, geïntroduceerd.⁴⁷ Ook heeft de Wereldgezondheidsorganisatie diagnostische en interventie-instrumenten ontwikkeld voor basisgezondheidszorg in armere gebieden. Het gaat hier bijvoorbeeld om een 'stroomdiagram' met ja/nee antwoorden die leiden tot een bepaalde stoornis en interventie.⁴⁷

DISCUSSIE

Het aantal door ons gevonden studies over dementie in Afrika is met een aantal van 38 beperkt. Binnen Afrika zijn de meeste studies afkomstig uit Nigeria, waarschijnlijk in navolging van een eerste prevalentiestudie aldaar in 1995 door Hendrie.¹⁸ De meeste resultaten hiervan kunnen wel worden geëxtrapoleerd. Immers de demografische en epidemiologische ontwikkelingen lopen in de meeste landen synchroon, gezondheidssystemen ervaren dezelfde problemen en de cultuur ten aanzien van ouderen is vergelijkbaar. Toch is enige voorzichtigheid geboden omdat er verschillen in omgeving, leefstijl en genetische factoren kunnen zijn.¹³

Dementie wordt nog niet gezien als een gezondheidsprobleem

Een probleem bij studies uit Afrika is dat de leeftijd vaak moeilijk te bepalen is, omdat er meestal geen geboortebewijzen zijn. Een andere beperking is het gebrek aan goede diagnostische instrumenten die nodig zijn om over- en onderschatting van het aantal mensen met dementie te voorkomen. De studies uit de review gebruiken verschillende definities en instrumenten, zoals de DSM-IV, ICD-10, het algoritme van DRG, maar zijn vaak onvoldoende betrouwbaar. Er is behoefte aan een instrument dat goedkoop, gebruiksvriendelijk en cultuursensitief is voor Afrika. Een combinatie van meerdere instrumenten ligt voor de hand, waarbij niet alleen vragen maar ook gedragsobservaties worden meegenomen. Verder zal altijd rekening gehouden moeten worden met het lage opleidingsniveau om valspositieven te vermijden.⁴⁸

Op basis van deze studies blijft het moeilijk om de prevalentie en incidentie exact te meten.⁴⁹ Het zou kunnen dat milde vormen van dementie onder-gediagnosticeerd worden. Er zijn echter ook aanwijzingen uit andere landen dat de verschillen in prevalentie tussen westerse en ontwikkelingslanden niet zo groot zijn als in het verleden werd gedacht en het lijkt er op dat dementie in Afrika een vergelijkbare leeftijdsincidentie en prevalentie heeft.⁵⁰

Hoewel er geen genezing voor dementie is, is het mogelijk om ook in de Afrikaanse setting goede secundaire en tertiaire preventieve interventies te ontwikkelen. Het gaat daarbij om het voorkomen of behandelen van problemen die optreden bij dementie zoals gewichtsverlies, depressie, incontinentie en gedragsstoornissen. Ondersteuning, educatie en begeleiding van mensen met dementie en hun mantelzorgers is daarbij effectief gebleken.⁵¹ Door het stigma dat vaak bij gedragsstoornissen optreedt zijn mensen met dementie en hun mantelzorgers nog weinig gemotiveerd om naar gezondheidsfaciliteiten te komen. In zulke gevallen kunnen ondersteuning thuis en gesprekken met andere mantelzorgers verlichting geven. Kennis over dementie en gedragsproblematiek is daarbij essentieel. Er zijn voorbeelden hoe zulke ondersteuning kan worden gegeven, bijvoorbeeld 'Caring for the caregiver' van de World Federation for Mental Health.⁵² Ook kan dagopvang voor mensen met dementie, door overheden, kerken of andere organisaties, de mogelijkheid geven om lotgenoten te ontmoeten. Wel moeten deze interventies cultuursensitief zijn⁵³ en gericht op de behoeftes van zowel de mantelzorgers zelf als de gemeenschap.⁵⁴

De gezondheidszorg in Afrika moet zich in de nabije toekomst niet alleen blijven richten op infectieuze en acuut behandelbare ziektes. Het is belangrijk dat er onderzoek wordt gedaan waardoor beleidsmakers zich bewust worden van de gevolgen van de toename van het aantal mensen met dementie. Ook moeten er meer trainingsinstituten komen met aandacht voor geestelijke en geriatrische gezondheidszorg. Essentieel is daarbij dat ook de lokale gezondheidswerkers ('community health workers') kennis over chronische ziektes en vooral dementie krijgen, zodat het stigma kan verminderen en eventuele gedragsproblemen aangepakt kunnen worden.

We kunnen daarom concluderen dat ook dementie in de toekomst een belangrijk gezondheidsprobleem zal worden in Afrika. Om hier het hoofd aan te bieden zullen er nog belangrijke stappen moeten worden gezet. Er zal een goed diagnostisch instrument moeten worden ontwikkeld en er is meer onderzoek nodig naar de determinanten en gevolgen van dementie. Bovendien zal er in de opleidingen meer aandacht voor dementie moeten komen en zullen zorgprogramma's moet worden ontwikkeld voor deze groep van uiterst kwetsbare ouderen.

LITERATUUR

1. WHO. *Dementia: A public health priority*. World Health Organization, Geneva, 2012.
2. WHO ICD-10. (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007* (accessed on June 29, 2011) <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
3. 10/66 Dementia Research Group. *Subjective memory deficits in people with and without dementia: findings from the 10/66 dementia research group pilot studies in low- and middle-income countries*. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:2118-24.
4. <http://www.alz.co.uk/1066>
5. Prince M. *Methodological issues for population-based research into dementia in developing countries. A position paper*. 2000.
6. Prince M. *Dementia in developing countries. A consensus statement from the 10/66 Dementia Research Group*. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:14-20.
7. Prince M, Acosta D, Chiu H, Sczufca M, Varghese M. *Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study*. *Lancet* 2003;361:909-17.
8. Stanley R, Kuruvilla A, Kumar S, Gayathri K, Mathews P, Abraham V, Rajkumar A, et al. *The Vellore screening instruments and strategies for the diagnosis of dementia in the community*. *Int Psychogeriatr* 2009;21:539-47.
9. Hendrie HC, Lane K, Ogunniyi A, Baiyewu O, Gureje O, Evans R, Smith-Gamble V, et al. *The development of a semi-structured home interview (CHIF) to directly assess function in cognitively impaired elderly people in two cultures*. *Int Psychogeriatr* 2006;18:653-66.
10. Alzheimer Disease International. *World Alzheimer Report 2009*. 2009. London: Alzheimer's Disease International.
11. Saunders AM, Strittmatter WJ, Schmechel D, George-Hyslop PH, Pericak-Vance MA, Joo SH, Rosi BL, et al. *Association of apolipoprotein E allele epsilon 4 with late-onset sporadic Alzheimer's disease*. *Neurology* 1993;43:1467-72.
12. Ogunniyi A, Baiyewu O, Gureje O, Hall KS, Unverzagt F, Siu SH, Gao S, et al. *Epidemiology of dementia in Nigeria: results from the Indianapolis-Ibadan study*. *Eur J Neurol* 2000;7:485-490.
13. Gureje O, Ogunniyi A, Baiyewu O, Price B, Unverzagt FW, Evans RM, Smith-Gamble V, et al. *APOE epsilon4 is not associated with Alzheimer's disease in elderly Nigerians*. *Ann Neurol* 2006;59:182-5.
14. Lautenschlager NT, Almeida OP, Flicker L. *Preventing dementia: why we should focus on health promotion now*. *Int Psychogeriatr* 2003;15:111-9.
15. Chen C, Mizuno T, Elston R, Kariuki MM. *A comparative study to screen dementia and APOE genotypes in an ageing East African population*. *Neurobiol Aging* 2010;31:732-740.
16. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. *An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia*. *Lancet neurol* 2004;3:343-53.
17. Hendrie HC, Murrell J, Gao S, Unverzagt FW, Ogunniyi A, Hall KS. *International studies in dementia with particular emphasis on populations of African origin*. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2006;20:S42-6.

18. Hendrie HC, Osuntokun BO, Hall KS, Ogunniyi AO, Hui SL, Unverzagt FW, Gureje O, et al. Prevalence of Alzheimer's disease and dementia in two communities: Nigerian Africans and African Americans. *Am J Psychiatry* 1995;152:1485-92.
19. Ogunniyi A, Gao S, Unverzagt FW, Baiyewu O, Gureje O, Nguyen JT, Smith-Gamble V, et al. Weight loss and incident dementia in elderly Yoruba Nigerians: a 10-year follow-up study. *Int Psychogeriatr* 2011;23:387-94.
20. Yusuf AJ, Baiyewu O, Sheikh TL, Shehu AU. Prevalence of dementia and dementia subtypes among community-dwelling elderly people in northern Nigeria. *Int Psychogeriatr* 2011;23:379-86.
21. WHO. *Mental Health Atlas 2011*. World Health Organization, Geneva, 2011. http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html
22. WHO *Global status report on non communicable diseases 2010*. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. World Health Organization, Geneva, 2011.
23. Grundy E. *Demography and Public Health; Oxford textbook of public health, Volume 2: the methods of public health*. In: R. Detels, R. Beaglehole, M. A. Lansing, & M. Gulliford, Eds. 4th ed., Vol. 29, pp. 734-751. Oxford: Oxford, University Press, 2009.
24. ADI. *World Alzheimer Report 2010*. Alzheimer's Disease International. London, 2010.
25. Guerchet M, M'belesso P, Mouanga A M, Bandzouzi B, Tabo A, Houinato DS, Paraïso MN, et al. Prevalence of dementia in elderly living in two cities of Central Africa: the EDAC survey. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:261-8.
26. Gureje Oye, Ogunniyi A, Kola L. The profile and impact of probable dementia in a sub-Saharan African community: Results from the Ibadan Study of Aging. *J Psychosom Res* 2006;61:327-33.
27. Wimo A, Winblad B, Jönsson L. The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimers Dement* 2010;6:98-103.
28. Ineichen B. The epidemiology of dementia in Africa: a review. *Soc Sci Med*, 2000;50:1673-7.
29. Darkwa K, Mazibuko FNM, Candidate PHD. Population aging and its impact on elderly welfare in Africa. *Int J Aging Hum Dev* 2002;54:107-23.
30. Patel V, Cohen A. Mental health services in primary care in 'developing' countries. *World psychiatry* 2003; 2:163-4.
31. Doku VCK Mallett MR. Collaborating with developing countries in psychiatric research. *Br J Psychiatry* 2003;182:188-189.
32. Vujicic M, Zurn P. The dynamics of the health labour market. *International J Health Plann Manage* 2006; 21:101-115.
33. Lonergan, E., Luxenberg, J., Colford, J. M. Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD002852. Review.
34. WHO. *The African Health monitor; Traditional Medicine Day*. World Health Organization, Geneva, 2010.
35. Uwakwe R. Knowledge of religious organizations about dementia and their role in care frequency of atypical depression in late-life depressed outpatients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:1152-1153.
36. Rasmussen SJ. *The Poetics and Politics of Tuareg Aging: Life Course and Personal Destiny in Niger*. *American Anthropologist*. 1998.
37. Chiu HFK, Lam LCW. Relevance of outcome measures in different cultural groups--does one size fit all? *Int Psychogeriatr* 2007;19:457-66.
38. Prince M. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:170-7.
39. Uwakwe R, Ibeh CC, Modebe AI, Bo E, Ezeama N, Njelita I, Ferri CP, et al. The epidemiology of dependence in older people in Nigeria: prevalence, determinants, informal care, and health service utilization. A 10/66 dementia research group cross-sectional survey. *J Am Ger Soc* 2009;57:1620-7.
40. Baiyewu O, Smith-Gamble V, Akinbiyi A, Lane K, Hall KS, Ogunniyi A, Gureje O, et al. Behavioral and caregiver reaction of dementia as measured by the neuropsychiatric inventory in Nigerian community residents. *Int Psychogeriatr* 2003;15:399-409.
41. Zencir M, Kuzu N, Beşer NG, Ergin A, Catak B, Sahiner T. Cost of Alzheimer's disease in a developing country setting. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:616-22.
42. Dias A, Samuel R, Patel V, Prince M, Parameshwaran R, Krishnamoorthy ES. The impact associated with caring for a person with dementia: a report from the 10/66 Dementia Research Group's Indian network. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:182-4.
43. Barrientos A, Lloyd-Sherlock P. Older and poorer? Ageing and poverty in the South. *J Int Dev* 2002; 14:1129-1131.
44. Aboderin I. Decline in material family support for older people in urban Ghana, Africa: Understanding processes and causes of change. *J Gerontology B Psychol Sci Soc Sci* 2004;59:S128-37.
45. Ferri C, Chisholm D, Van Ommeren M, Prince M. Resource utilisation for neuropsychiatric disorders in developing countries: a multinational Delphi consensus study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:218-27.
46. WHO. *Mental Health Atlas 2005, revised edition*. World Health Organization, Geneva, 2005.
47. WHO. *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. World Health Organization, Geneva, 2010.
48. Jacob KS, Kumar PS, Gayathri K, Abraham S, Prince MJ. The diagnosis of dementia in the community. *Int Psychogeriatr* 2007;19:669-78.
49. Kalra RN, Meastre GE, Arizaga R, Friedland R. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol* 2008;7:812-826.
50. Rodriguez JLL, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob K, Krishnamoorthy E, et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet* 2008;372:464-474.
51. Prince M, Acosta D, Castro-Costa E, Jackson J, Shaji KS. Packages of care for dementia in low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2009;6:e1000176.
52. WFMH. *Caring for the caregiver: Why your mental health matters when you are caring for others*. World Federation for Mental Health, Woodbridge, 2009.

53. Choo WY, Low WY, Karina R, Poi PJ, Ebenezer E, & Prince MJ. *Social support and burden among caregivers of patients with dementia in Malaysia.* *Asia-Pac J Public Health* 2003;15:23-9.
54. Chan SW. *Family caregiving in dementia: The Asian perspective of a global problem.* *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:469-78.

Correspondentieadres

Jan.Visschedijk@zorggroepsolis.nl

SAMENVATTING

De komende decennia zal ook in Afrika het aantal chronische ziektes, waaronder dementie, snel toenemen. Dit komt doordat het aantal ouderen en de levensverwachting toenemen. Net als elders is leeftijd de belangrijkste risicofactor voor dementie. Momenteel heeft dan ook al 3,5% van de bevolking boven de 60 jaar dementie. Het is een flinke uitdaging om de gevolgen van deze toename het hoofd te bieden. Een goed diagnostisch instrument ontbreekt bijna overal. Bovendien wordt dementie vaak niet als een ziekte herkend. Ook is de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor ouderen nog nauwelijks ontwikkeld in Afrika. Tegelijkertijd wordt de bijdrage van de mantelzorgers moeilijker omdat er als gevolg van aids steeds meer weesouderen komen en omdat eeuwenoude familiestructuren langzaam uiteenvallen. Het is daarom belangrijk dat er ook voor dementie beleid wordt geformuleerd en dat voorzieningen voor ouderen met dementie tot stand komen.

SUMMARY

During the next decades the number of patients, suffering from chronic diseases, such as dementia, will increase substantially. This is the result of the increasing number of elderly and the increase in life-expectancy. Also in Africa age is the main risk factor for dementia. At the moment about 3,5% of the population older than 60 year has dementia. It is, however, a tremendous challenge to address this increase. An adequate diagnostic instrument is lacking in most settings. Furthermore, dementia is rarely recognized as a disease. Also mental and geriatric health care is in a very early stage of development. At the same time support from relatives has been compromised, as a result of the AIDS-epidemic and the destruction of family structures. Hence, it is crucial that policies are formulated for dementia and arrangements for care for older people with dementia are organized.

5 vragen aan... Jan Lavrijsen

Jos Konings

Jan Lavrijsen was van 2000 tot 2011 hoofd van verpleeghuisartsenopleiding/opleiding tot specialist ouderengeneeskunde aan het UMC St Radboud te Nijmegen. In 2005 promoveerde hij op het proefschrift *'Patients in a vegetative state'*. Ondanks zijn intensieve managementbaan als hoofd van de opleiding is hij altijd betrokken gebleven bij de problematiek van de groep van patiënten die het onderwerp was van zijn dissertatiestudie. Eind 2010 verscheen een artikel met Jan als coauteur, waarin de *European Task Force on Disorders of Consciousness* pleitte voor de naamsverandering van *'vegetative state'* in *'unresponsive wakefulness syndrome'*, vertaald als 'Niet-responsief Waaksyndroom' (NWS, zie Gesignaleerd in Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 2011, pag. 32).

Vanaf juni 2011 ging zijn lang gekoesterde wens in vervulling om een netwerk voor onderzoek en expertise op te kunnen zetten voor mensen met ernstig hersenletsel. Hij verliet de functie van hoofd opleiding. Een drukbezocht symposium op 28 juni 2012 in de Nijmeegse Vereniging markeerde onder de titel 'Niemand tussen Wal en Schip' zijn passies voor het specialisme, opleiden en deze doelgroep. Daar presenteerde hij zijn nieuwe onderzoeksgroep, werd stilgestaan bij het afscheid als hoofd opleiding en kon een opvolger gepresenteerd worden (Eric van der Geer). Meer informatie over het onderzoek kunt u lezen op pagina 194 in dit tijdschrift.



meer'. Die mix past in een lange Nijmeegse traditie en we kregen terug dat die tijdens het symposium op 28 juni jl. ook voelbaar was. Ik vind vooral goed gegaan dat we de scriptie of het schrijven van een publicatie in de opleiding hebben gehouden als proeve van bekwaamheid voor kennis en wetenschap. Daarvan plukken we steeds meer de vruchten, waarbij het resultaat uiteindelijk de aios en ons veel voldoening geeft. De trots was te merken tijdens de jaarlijkse presentaties van de resultaten op de Onderzoek- en Onderwijsdag. Ik vond dat telkens hoogtepunten, ook voor het specialisme.

Maar vooral de mensen waarvoor we het doen zullen er wel bij varen. Zij kunnen immers profiteren van ieders bijdrage aan nieuwe kennis en inzichten om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

2. Wat vind je dat er niet goed gaat, waar we zorgen over zouden moeten hebben, en wat zouden we daaraan kunnen doen?

De keuze van jonge dokters voor de ouderengeneeskunde en de daaraan gekoppelde achterblijvende instroom in de opleiding in relatie tot de capaciteit, is een constante bron van zorg. Academisering, zijnde de integratie van de opleiding binnen de academische afdeling en het bevorderen van de wisselwerking tussen onderwijs, opleiding, onderzoek en patiëntenzorg, is naar mijn mening het belangrijkste aangrijpingspunt om dit duurzaam te verbeteren. Maar dan wel op alle UMC's.

In Nijmegen gebeurt dat vanuit een traditioneel sterke positie in het basiscurriculum (met een verplicht coschap ouderengeneeskunde), een recente integratie met nieuwe kansen binnen Eerstelijngeneeskunde en sinds 2011 ook met de nieuwe impuls van een eerste aiotoschap (arts in opleiding tot onderzoeker). Het is een gestaag academisch bouwwerk van vele jaren, maar de oogstfase van dit alles is

In de afgelopen jaren heb je bergen werk verricht om de opleiding van goede kwaliteit te laten zijn en samen met je collega's uit Amsterdam en Leiden dit overeind te houden.

1. Hoe zie je op die periode terug? Voel je je voldaan en zo ja over welke zaken? Wat vind je dat er goed gegaan is en waar jij en wij blij mee kunnen zijn?

Ik kijk er met veel voldoening op terug, zeker op de opbouwfase en de tijd dat we met alle medewerkers in de voormalige afdeling Verpleeghuisgeneeskunde bij elkaar zaten aan de Paul Froelinglaan. Het was heel bijzonder om vanaf 1995 met gepassioneerde mensen een nieuwe opleiding vanaf de basis op te zetten en vervolgens in allerlei functies – docent, onderwijscoördinator en hoofd – uit te bouwen. Ik heb het als een voorrecht ervaren om daar elf jaar leiding aan te mogen geven. Wat me vooral voldoening heeft gegeven is de bijzondere mix die we in Nijmegen koesteren met betrekking tot het leren in een goede sfeer, gecombineerd met een sterke visie op wetenschappelijk onderzoek en maatschappelijk engagement. Zoals een aios eens zei: *'In een goede sfeer leer je*

volgens mij *yet to come* en de eerste vruchten worden er al van geplukt. Binnen SOON-verband en gekoppeld aan mijn onderzoeksthema's blijf ik de ambassadeursfunctie voor ons specialisme met plezier koesteren.

De liefde voor de inhoud en de bevoegdheid voor wetenschappelijk onderzoek lijken het bij jou gewonnen te hebben van het als manager sturing geven aan de verdere vormgeving van de opleiding.

3. Hoe makkelijk of moeilijk is deze keuze voor jou gevallen en wat is voor jou doorslaggevend geweest bij het maken van deze keuze?

Tijdens het symposium verwoordde mijn collega van het eerste uur, Raymond Koopmans, heel treffend dat ik daarin mijn hart gevolgd heb. Dat is bij dit soort dilemma's altijd de beste doorslaggevende factor. Maar het was zeker niet makkelijk om de verantwoordelijkheid voor de opleiding die ik zelf mee had opgezet, en tot in elk detail kende, los te laten. Zeker ook omdat er geen zicht was op een opvolger en er binnen de nieuw in te richten unit met huisartsen en bedrijfsartsen veel organisatorische veranderingen aangestuurd moeten worden. Maar daar lag in die nieuwe fase van ontwikkeling na elf jaar mijn hart niet meer en het was sinds mijn promotie in 2005 mijn ambitie om het onderzoek naar mensen met ernstig hersenletsel juist vanuit dit specialisme nieuw leven in te blazen. Toen vervolgens de mogelijkheid kwam voor het aanstellen van een eerste aioto in dit thema en ook andere onderzoekers zich aandienen, kon ik de plannen uitwerken die vanaf 2005 in de kast lagen.

De naamswijziging van vegetatieve toestand in niet-responsief waaksyndroom (NWS) is mede ingegeven door de negatieve associaties met de term vegetatieve toestand en de daaruit voortvloeiende defaitistische houding van artsen en andere gezondheidsmedewerkers met consequenties voor de benadering, behandeling en begeleiding van deze patiënten.

4. Welke wetenschappelijke studies wil jij op dit terrein gaan doen en in samenwerking met wie?

Tijdens het afgelopen symposium van 28 juni is dat antwoord gegeven en hebben vijf nieuwe onderzoekers zich met hun thema's gepresenteerd. Aioto Willemijn van Erp met een systematische review naar prevalentie NWS, een prevalentieonderzoek NWS in alle Nederlandse instellingen en een cohortstudie waarbij alle patiënten in verpleeghuizen vier jaar gevolgd worden qua beloop, besluitvorming en langetermijnzorg. Afstuderende aios Roy Kohnen presenteerde zijn prevalentiestudie over het locked-in-syndroom in het verpleeghuis, als basis voor zijn ambitie de langetermijnproblematiek verder in kaart te brengen. Specialist ouderengeneeskunde Conny Span-Sluyter voert een project uit over dilemma's van artsen en naasten in het laten leven, laten sterven of doen sterven van patiënten in NWS. In de

methode is de toepassing van de Nijmeegse methode voor moreel beraad voor verpleeghuisteam opgenomen. Ook dat project is de basis voor vervolgstudies naar de medisch-ethische dilemma's en familieproblematiek.

Twee Nijmeegse ex-aios, de specialisten ouderengeneeskunde Berno Overbeek en Odile Smals, verrichten onderzoek naar respectievelijk laagbewuste toestand en ernstige resttoestand van hersenletsel bij mensen met een (vrijwel) normaal bewustzijn. Ook daar maken prevalentiestudies en cohortonderzoek deel van uit. Er vindt zoveel mogelijk koppeling plaats met aios en studenten in de vorm van wetenschapsstages of scripties. Bijzonder was dat ex-aios Stefanie Schellekens aan het eind van het symposium een *case study* presenteerde van een jongeman die na 13 maanden uit een NWS ontwaakte en op filmpjes zijn beleving kon vertellen. Dit alles past in de eerste Nijmeegse onderzoeksmisssie voor het beschrijven van de werkelijkheid en het beloop in een wetenschappelijk vrijwel onontgonnen gebied.

De achterblijvende instroom in de opleiding is een constante bron van zorg

We werken daarbij samen met hoogleraar neurologie Steven Laureys van de Coma Science Group in Luik, die het symposium op 28 juni opende en ook tweede promotor is van Willemijn van Erp. Traumaneuroloog Pieter Vos van het UMC St Radboud is ook betrokken bij het onderzoek en de samenwerking in de praktijk.

Tevens zijn verbindingen gelegd voor gezamenlijk onderzoek in diverse instellingen met bijzondere expertise op dit gebied, zowel revalidatiecentra als verpleeghuizen. Dat netwerk kwam ook bijeen op 28 juni en de samenwerking wordt komend jaar verder vormgegeven. In samenhang met onze plannen is ook een nieuw netwerk van (ex-) patiënten en familieleden ontstaan. Want we doen het niet alleen voor hen, maar zeker ook *met* hen.

5. Wat hoop of verwacht jij van een meer positieve en actieve benadering en behandeling van deze patiënten met betrekking tot de effecten van deze behandeling en de prognose?

Op de eerst plaats hoop ik dat de nieuwe term ook appelleert aan de waakzaamheid van artsen werkzaam in de langetermijnzorg voor (minimale) tekenen van bewustzijn. Het percentage misdiagnose is hoog en ik verwacht dat dat door een actievere benadering, met meer kennis en toepassing van een gevalideerd instrument voor assessments te verbeteren is. In Nijmegen en Amsterdam is dit al vormgegeven in jaarlijkse onderwijsprogramma's voor de aios en in Nijmegen ook in keuzeblokken voor medisch studenten. Na die programma's blijken diagnoses geregeld te worden bijgesteld en dat is al winst. Door de inzet van nieuwe diagnostische

technieken, in Luik geprotocolleerd toegepast en hopelijk in de komende jaren ook beter toepasbaar voor onze doelgroep, verwacht ik dat ook patiënten in verpleeghuizen kunnen profiteren van betere diagnostiek en prognostiek. Een meer actieve benadering in de totale zorgketen zal er hopelijk ook toe leiden dat alle patiënten met kansen op herstel vroegtijdige neurorevalidatie kunnen krijgen in gespecialiseerde centra. En niet alleen jongeren onder de 25 jaar. Nu wordt dat alleen voor die doelgroep vergoed in Het Leijpark te Tilburg.

Nieuwe gegevens over prevalentie en kenmerken van de verschillende doelgroepen kunnen het beleid ook mede gaan bepalen, bijvoorbeeld ten aanzien van het centraliseren van expertise. De cohortstudies zullen inzicht geven in beloop, beslissingen en langetermijnzorg, iets wat nog nergens op deze manier is gedaan. Met die kennis kan ook een basis worden gelegd voor interventies, zowel met betrekking tot de behandeling van complicaties, maar in de totale zorgketen zeker ook qua besluitvorming over de totale behande-

ling. In mijn eigen onderzoek was daar een eerste inzicht in te geven, mede aan de hand van case studies, maar nu kunnen we daar meer en langduriger gegevens over verkrijgen.

Daarnaast hoop ik dat specialisten ouderengeneeskunde zich proactiever inzetten bij beslissingen over het al dan niet opnemen van dit soort complexe patiënten. En dat ze daarbij ook zorg dragen dat al voorafgaand aan de opname kennis wordt gemaakt met de familie, zodat verwachtingen en behandelbeleid vroegtijdig op elkaar afgestemd kunnen worden. Dat leek decennia geleden beter geregeld dan nu, en die verandering kan ik niet vanuit inhoudelijke redenen verklaren. Maar nu in organisaties het verminderd bewustzijn voor de omgeving en het locked-in syndroom (veel erin, weinig eruit) vaker lijkt voor te komen dan bij de patiënten die wij onderzoeken, ligt er voor specialisten ouderengeneeskunde nog een nobele taak in het opkomen voor deze kwetsbare doelgroep. Met de nieuwe kennis uit ons onderzoek kunnen wij hen daarbij ten dienste staan.

Filosofie, geneeskunde en de dood

Susanne de Kort



Eric Ettema en Theo Wobbes (red.)
 Uitgever: De Tijdstroom 2011
 Aantal pagina's: 188
 ISBN: 978 90 5898 197 4
 Prijs: € 25,00
 Aantal sterren: 4

De dood is misschien niet het eerste onderwerp waar u aan zult denken als het gaat om een leesboek voor in de vrije tijd. Deze bundel benadert de thematiek echter breed en ook anders dan we gewend zijn. Vaak gaat de discussie over vragen rondom een goede dood en dan wordt daar eigenlijk een goed sterfbed mee bedoeld. In dit boek wordt het onderwerp veel breder en tegelijkertijd dicht op de huid belicht. Met behulp van enerzijds duidelijk geplaatste filosofen als Socrates, Epicurus en Heidegger en anderzijds actuele casuïstiek, gaat het over hoe we de dood überhaupt kunnen duiden, hoe zij ons leven structureert en ook wat het bestaan van de dood betekent voor de geneeskunde.

Eigenlijk staat in dit boek boven alles het leven centraal: hoe het zich toont in de recycling van moleculen, hoe het leven verdieping krijgt in het aangezicht van de dood, de afgeleide betekenis van de dood te zien bij rouwende nabestaanden en ook het existentiële lijden blijft niet onbesproken. De samenstellers van deze bundel zijn er in geslaagd met behulp van bijdragen van diverse en aansprekende auteurs een veelomvattend boek te maken over de dood. Het resultaat is een verrijking. Niet alleen voor de dokter die zijn kwetsbare patiënt ter zijde staat maar ook voor de dokter die op een systematische wijze de (eigen) dood wil verkennen. Voor drukke dokters zijn de bijdragen ook bijzonder goed te lezen. Als enig mogelijke nadeel van dit boek moet opgemerkt worden dat het hier en daar eerder voor close reading is dan een page turner voor de echte vrije tijd. Tenzij u hier een broertje dood aan heeft, anders gewoon lezen dus!

Correspondentieadres
 susannedekort@hotmail.com

Diagnostic disclosure

A basic intervention in dementia care

Proefschrift Els Derksen

Lonneke Schuurmans



Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In de rubriek Hora est wordt aan het proefschrift van Els Derksen aandacht besteedt. Zij promoveerde op 12 december 2011 aan de Radboud Universiteit Nijmegen op het proefschrift *Diagnostic disclosure: a basic intervention in dementia care*.

Diagnostische onzekerheid, het gevoel de patiënt meer kwaad te doen dan goed en het gegeven de patiënt geen behandeling te kunnen bieden, zijn voor artsen in het verleden redenen geweest voor terughoudendheid in het mededelen van de diagnose dementie aan hun patiënt. Openheid over de diagnose dementie wordt inmiddels veelal geaccepteerd. Els Derksen tracht met haar proefschrift een stapje verder te gaan door te stellen dat openheid over de diagnose dementie als eerste interventie in dementiezorg kan worden gezien. Zij onderbouwt deze stelling door de volgende twee onderzoeksvragen te beantwoorden:

- Wat is de impact van de diagnose dementie op patiënten en hun naasten?
- Hoe kan de diagnose dementie het beste met patiënten en hun naasten worden besproken?

Binnen het Alzheimer Centrum Nijmegen is een programma ontwikkeld waarin open communicatie over de diagnose dementie met de patiënt en diens naaste is onderzocht, met als doel tijdige diagnostiek, behandeling en begeleiding van mensen met dementie of MCI te verbeteren. Hieruit zijn een aantal onderzoeken voortgevloeid, waaronder een *case study* met een beschrijving van de ervaringen van een patiënt en zijn partner na het vernemen van de diagnose dementie. Na analyse van de interviewgegevens blijkt open-

heid over de diagnose dementie een impact te hebben op drie domeinen: het besef van de dementie, de relatie met de partner en de relaties met de sociale omgeving.

Deze resultaten worden vervolgens bevestigd in een *case series study* (een beschrijving en analyse van een aantal casussen volgens een specifiek analyseschema). Patiënten en hun naasten worden hiervoor op de geheugenpolikliniek, afzonderlijk van elkaar, geïnterviewd aan de hand van semi-gestructureerde vragenlijsten. Een vergelijking in tijd (2 versus 12 weken na diagnosegesprek) laat zien dat na het bespreken van de diagnose een geleidelijk proces op gang komt van het zich realiseren wat de betekenis is van de diagnose, resulterend in subtiele veranderingen in de persoonlijke relaties (aanpassingen in rolverdeling) en het nadenken en uitwerken van zorg in de toekomst. Derksen concludeert verder op basis van de interviewgegevens dat artsen vooraf kennis moeten nemen van de verwachtingen van patiënten en naasten over een mogelijke diagnose dementie en daarbij het besef van de patiënt van zijn cognitieve problemen en de gevolgen daarvan niet moeten verwarren met (het gebrek aan) ziekte-inzicht. In het uitslaggesprek kan de arts terugkomen op de eerder besproken verwachtingen. Tijdens en na het uitslaggesprek is het vervolgens zinvol dat de arts (en andere hulpverleners) meer aandacht besteden aan wat nog wel goed gaat en dit positief bekrachtigen.

Een analyse van de gegevens uit de DESCRIPA-studie (een studie naar de diagnostische criteria van de ziekte van Alzheimer in een vroeg stadium) laat zien dat het voor artsen niet gemakkelijk is om bij een diagnose MCI een heldere boodschap te geven aan de patiënt. In veel gevallen wordt de mogelijkheid van progressie tot de ziekte van Alzheimer besproken, hoewel de kans op progressie in diezelfde DESCRIPA-studie 'maar' 30% blijkt. Derksen adviseert om zeer voorzichtig te zijn met het geven van een prognose, maar juist in te gaan op de individuele cognitieve problemen van de patiënt op dat moment en hier specifieke adviezen aan te verbinden.

Derksen en collega's hebben een communicatiemodel ontwikkeld gebaseerd op de onderzoeksgegevens, bestaand uit het uitslaggesprek door de medisch specialist en een nazorggesprek door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Het uitslaggesprek kan worden gezien als een slechtnieuwsgesprek

en een zorgvuldige voorbereiding is derhalve van groot belang. De arts dient op de hoogte te zijn van de verwachtingen van de patiënt, maar ook van diens wens om de diagnose wel of niet te weten. Het nazorggesprek met de sociaal psychiatrisch verpleegkundige heeft onder meer als doel om dementie een gespreksonderwerp te laten zijn tussen patiënt en diens naaste en kan het beste 2-4 weken na het uitslaggesprek plaatsvinden. Aansluiten bij de actuele problemen, met oog voor de belasting van de mantelzorger, is het meest effectief. Als centrale persoon in de eerste lijn, adviseert Derksen, neemt de huisarts vervolgens (geïnformeerd door arts en verpleegkundige) de begeleiding van patiënt en diens naaste over, te beginnen met een gesprek over de diagnose en de gevolgen daarvan.

In een *pre-test-post-test controlgroup design* is het communicatiemodel geëvalueerd. Er worden geen nadelige consequenties ondervonden van het vernemen van de diagnose dementie (noch in de controlegroep, noch in de interventiegroep). De belasting en het gevoel van zorgcompetentie bij de naaste blijkt significant lager in de interventiegroep. Het laatste is volgens Derksen verrassend en kan betekenen dat naasten zich nog niet herkennen in de rol van mantelzorger, hoe-

wel zij al veel taken overnemen. Daarnaast worden naasten zich door het bespreken van de zorgbehoeften wellicht meer bewust van de zorgen en verantwoordelijkheden die hen te wachten staan. Een op maat gesneden zorgadvies dat ook gecommuniceerd wordt naar de huisarts is dan van belang.

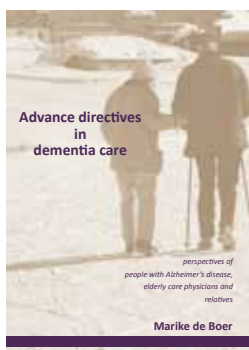
Het onderzoek van Els Derksen komt op een juist moment: ontwikkelingen op het gebied van biomarkers en beeldvorming maken het mogelijk om de diagnose Alzheimer steeds eerder te stellen, zelfs voordat er sprake is van dementie. Het is belangrijk om deze technologische ontwikkeling gepaard te laten gaan met een goede begeleiding van mensen die met afwijkende uitslagen worden geconfronteerd. Zoals Derksen mooi formuleert moet 'het bespreken van de diagnose dan ook niet gezien worden als een afsluiting van de diagnostiek, maar als het begin van een begeleidingsproces.' Ik kan me hier alleen maar bij aansluiten en feliciteer Els Derksen van harte met haar promotie!

Correspondentieadres
lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

Advance Directives in Dementia Care

Proefschrift Marike de Boer

Jacobien Erbrink



Het proefschrift van Marike de Boer met als titel *Advance Directives in Dementia Care. Perspectives of people with Alzheimer's disease, elderly care physicians and relatives* is een buitengewoon interessant proefschrift over een zeer actueel onderwerp. En een waardevol nationaal product, want waar anders past onderzoek naar wilsverklaringen (die vaak over euthanasie gaan) en hun betekenis in de verpleeghuisgeneeskundige wereld beter dan in Nederland? Het proefschrift bevat heel veel informatie voor collega's die zich interesseren voor (euthanasie en) dementie. Bij deze bespreking komt maar een deel daarvan voor het voetlicht,

daarom raad ik geïnteresseerden op voorhand aan om dit proefschrift vooral zelf te lezen.

Marike de Boer maakt in haar dissertatie gebruik van een tweedeling: in het eerste gedeelte besteedt ze aandacht aan het patiëntenperspectief bij dementie, en met name aan de opvattingen over lijden, die immers de basis zouden kunnen vormen voor het opstellen en uitvoeren van wilsverklaringen. In het tweede gedeelte komt de ethische discussie over wilsverklaringen aan bod, en daarna de betekenis van deze verklaringen in de praktijk.

Het overzichtsartikel over onderzoek naar patiëntenperspectief laat (natuurlijk) zien dat dementie een grote impact heeft op het leven van patiënten en hun naasten, en dat een dementieproces verschillende coping-strategieën kan uitlokken. Wat echter ook naar voren komt, is dat leven met dementie niet alleen louter negatieve ervaringen oplevert, en niet noodzakelijkerwijs leidt tot een slechte kwaliteit van leven. De meerderheid van de mensen met dementie ervaart een goede tot zeer goede kwaliteit van leven, waarbij vooral goede relaties en contact met anderen en het gevoel van be-

tekenis hebben of nuttig zijn, belangrijke voorwaarden zijn. De disability-paradox (de ervaren kwaliteit van leven neemt niet af bij toenemende beperkingen) lijkt kennelijk ook voor dementie op te gaan. Voor de opvatting dat dementie louter lijden is bestaat in de literatuur geen stevige onderbouwing.

Ook bij het exploratieve onderzoek van De Boer zelf (zij interviewde 24 personen met beginnende dementie) komt naar voren dat dementie wel vaak negatieve emoties en zorgen met zich meebrengt, maar niet dat men het leven als geheel daarvoor als lijden ervaart. De wil of het initiatief om zelf over de toekomst na te denken ontbreekt bij de meeste geïnterviewden. De dementie brengt een weliswaar trage maar voortdurende verandering met zich mee die patiënten dwingt tot aanpassing. Dat is hard werken, de meeste zeggen daarom bij de dag te leven, in plaats van zich zorgen te maken over de toekomst.

In het tweede deel van haar proefschrift focust De Boer meer op de wilsverklaringen. Ze opent met een korte weergave van de belangrijkste ethische overwegingen in het debat over wilsverklaringen en euthanasie bij dementie. Twee extremen in dit debat vormen de theorie van Parfit en die van Dworkin. Parfit betoogt dat een persoon met dementie zo verandert door de ziekte dat hij niet meer dezelfde persoon mag worden genoemd (verlies van identiteit) en dat daarmee een wilsverklaring geen zin heeft, want die ging over iemand anders. Dworkin stelt dat een wilsverklaring een weergave van de (levensloop bestendige) kritische belangen van een persoon is, en dat deze altijd moeten prevaleren boven de (momentane) ervaringsgerichte belangen. Dworkin pleit daarmee voor 'precedent autonomy', voorafgaande autonomie. Tussen deze twee extreme standpunten in staan de meer genuanceerde en pragmatische standpunten van onder andere Dresser en Jaworska. Zij pleiten voor het betrekken van de situatie van het moment (ervaren kwaliteit van leven en vermogen om aan de eigen situatie een waarde toe te kennen) bij de toepassing van een wilsverklaring.

Hoe interessant het ethische debat ook is, nog interessanter is het om te zien wat er nu daadwerkelijk in de praktijk gebeurt met die wilsverklaringen. Ondanks de wettelijke geldigheid van euthanasieverklaringen leiden deze verklaringen namelijk nooit, of hoogst zelden, tot euthanasie. Uit het onderzoek van De Boer onder specialisten ouderengeneeskunde blijken het inschatten van de ondraaglijkheid van lijden en het bepalen van het moment voor een euthanasie daarbij als voornaamste problemen te worden opgegeven. Ook familieleden (er zijn er enkele door De Boer geïnterviewd) vinden het moeilijk om te pleiten voor euthanasie op grond van een wilsverklaring. Wilsverklaringen kunnen wel een ondersteuning bieden bij het in gang zetten van een (terughoudend) beleid bij dementie. Maar aan de andere kant blijkt uit onderzoek naar de bepalende factoren bij het nemen van medische beslissingen ook weer dat het patiëntenperspectief daarbij juist geen enkele rol speelt: medische beslissingen komen tot stand op basis van het medisch oordeel van de arts en de mening van naasten.

Ondanks de methodologische voetangels en klemmen van de verschillende onderzoeken (die Marike de Boer zelf uitgebreid benoemt) lijkt ook in het geval van dementie het adagium te gelden 'De mens lijdt nog het meest door het Lijden dat hij vreest'. Of dat een troost is voor de mensen die bang zijn voor dementie, zoals zij veronderstelt, vraag ik me toch wel af (dat op zich is alweer een onderzoek waard natuurlijk) want het blijft een nare ziekte met gegarandeerd veel moeite en zorgen – hetgeen eveneens uit haar dissertatie blijkt.

Ik lees in de resultaten die dit proefschrift weergeeft opnieuw het bewijs voor het ongelooflijke talent tot aanpassen dat wij als mensen hebben meegekregen. Dat geldt voor situaties waarin dementie aan de orde is kennelijk net zo goed als voor situaties met andere ziektes of omstandigheden. De kwaliteit van leven (en daarmee het ervaren lijden) is blijkbaar niet louter afhankelijk van de beperkingen die gezondheidsproblemen met zich meebrengen. Ziektes en beperkingen induceren als het ware 'voortschrijdend inzicht' inzake de waardering van het eigen leven. Een euthanasie op grond van een wilsverklaring die gaat over 'Lijden dat men vreest' is dan ook terecht gevaarlijk terrein. De Wet Toetsing Levensbeëindiging is ook hierin van belang: toetsing van 'wensen uit het verleden' aan 'de situatie van het heden' is altijd nodig.

Uit het proefschrift blijkt in ieder geval dat het hoog tijd is voor adequaat verwachtingsmanagement voor het opstellen van wilsverklaringen bij dementie. Dat wisten we eigenlijk al, maar is hiermee ook echt bevestigd. Wie meent zijn euthanasie te kunnen regelen voor als hij het zelf niet meer kan aangeven, komt bedrogen uit. Hoe paradoxaal dat ook is. Wilsverklaringen kunnen wel aanleiding zijn voor het blijven communiceren met patiënten met dementie en hun naasten. Maar ook zonder wilsverklaring zouden we dat moeten doen, omdat dat aantoonbaar bijdraagt aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Dat die communicatie dan ook over 'advance care planning' gaat is, zo blijkt uit het onderzoek van De Boer, niet altijd wenselijk. Hoe zinvol wij dat als specialisten ouderengeneeskunde ook vinden bij een ziektebeeld als dementie, het past niet altijd bij wat de patiënt behoeft of aankan. Goed om rekening mee te houden.

Een knagend dilemma waar ik mee blijf zitten is of het principe van de disability paradox en het aanpassingsvermogen ook gelden voor latere stadia van dementie. Stadia waarin de communicatie daarover niet meer goed mogelijk is, stadia die buiten het bestek van de hier beschreven onderzoeken vallen. Als het voor het begin van dementie geldt, waarom dan niet ook voor het vervolg? Dat zou ik nou zelf een troostende gedachte vinden.

Correspondentieadres
j.erbrink@vanneynsel.nl

Kennistoets: polyfarmacie

In het voorjaar van 2012 is de multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen tot stand gekomen. Diverse beroepsorganisaties waaronder die van de huisartsen, klinische geriateren en ook Verenso hebben daaraan hun bijdrage geleverd. Er is sprake van polyfarmacie wanneer een patiënt chronisch vijf of meer geneesmiddelen uit verschillende therapeutische groepen of subgroepen gebruikt. In de zorg voor ouderen met complexe problematiek is er behoefte aan samenhang en afstemming en samenwerking tussen alle bij de farmacotherapie betrokkenen als de patiënt (en/of mantelzorger), arts, apotheker, verpleegkundigen en verzorgenden. De richtlijn kan daarbij ondersteuning bieden.

U kunt uw kennis toetsen aan de hand van de volgende vragen. De antwoorden staan vermeld op pagina 207 van dit nummer.

VRAGEN

1. Ouderen vanaf 65 jaar met polyfarmacie en daarmee samenhangende multimorbiditeit, en met één of meer risicofactoren lopen groot risico op schade door gebruik van voor hen mogelijk minder geschikte geneesmiddelen.
- Om welke risicofactoren gaat het?
2. Uit welke vijf stappen bestaat de medicatiebeoordeling?
3. Uit welke onderdelen bestaat een farmacotherapeutische analyse?
4. Welk percentage van de ouderen gebruikt regelmatig geneesmiddelen die voor hen volgens de stopcriteria potentieel ongeschikt zijn?
5. Een waarschuwingssysteem heeft de voorkeur boven het hanteren van verbodlijsten voor geneesmiddelengebruik bij ouderen vanaf 65 jaar.
- Juist of onjuist?



Placebo, reflecties over een vreemde eend in de geneeskunde

Jos Konings



Theo Wobbes
en Susanne de Kort (red.)
Uitgever: Valkhof Pers
Aantal pagina's: 149
ISBN: 978 90 5625 374 5
Prijs: € 13,50
Aantal sterren: 4

Tien auteurs (artsen, filosofen en psychologen) hebben hun bijdrage geleverd aan deze uitgave van het Thijmgenootschap over het spraakmakende onderwerp placebo in de geneeskunde en het van uiteenlopende kanten belicht. Zowel placebo in de onderzoekspraktijk als in de alledaagse klinische praktijk komen ruim aan bod. In beide praktijken, zo stellen Wobbes en De Kort in hun inleiding, bestaan heel verschillende associaties met placebo. Bij onderzoek staat placebo in verband met ware kennis en in de klinische praktijk met bedrog en kwakzalverij. Deze dubbele status van het placebo roept vragen op: Hoe werken geneesmiddelen? Hoe werken placebo's? Wat is placebo-effect? Kun je de evidence van placebo meten?

Susanne de Kort bespreekt aan de hand van een patiënten-casus haar worsteling met placebo-effect in de dagelijkse praktijk. Zij stelt dat zonder een echt placebo voor te schrijven, zij zich zeer bewust is van de placebowerking van haar handelen. Het kleurt haar wijze van informatie verschaffen (en weglaten), haar wijze van communiceren en vertrouwen geven. Het bewust inzetten van placebowerking, zo stelt zij ten slotte, is misschien meer verder te ontwikkelen geneeskunst dan geneeskunde.

Jozien Bensing en William Verheul stellen dat in de klinische praktijk artsen proberen het placebo-effect te maximaliseren, terwijl dezelfde artsen paradoxaal genoeg proberen

dat effect in medisch onderzoek te minimaliseren. Zij gaan in dit kader uitvoerig in op de rol van arts-patiëntcommunicatie. Wim Dekkers sluit hierop aan met zijn exposé over de dokter als geneesmiddel en placebo.

Bert Keizer maakt een onderscheid tussen sterk en zwak placebo, waarbij sterk placebo anatomische veranderingen teweeg zou moeten kunnen brengen. Dat bestaat volgens hem niet. En daarmee zitten we nog steeds met het onopgeloste geest-lichaamprobleem.

Hugo Verbrugh gaat ook in op het onderscheid lichaamsgeest en besteedt uitvoerig aandacht aan de bespreking dat vanuit het antroposofisch mensbeeld placebowerking beter begrepen kan worden. En daarbij is volgens hem specifiek relevant de empathie: het vermogen om rechtstreeks gewaar te worden wat er in een ander omgaat.

Theo Wobbes houdt een verhandeling over de ontoelaatbaarheid van placebochirurgie. Dick Willems bespreekt de placebowerking van het etiket 'wetenschappelijk bewezen'. Hij stelt bovendien dat het placebo-gecontroleerde experiment zijn langste tijd heeft gehad: de belangrijkste gezondheidsproblemen (preventie, chroniciteit en multimorbiditeit) lenen er zich namelijk slecht voor.

Met deze negen verhandelingen is allesbehalve het laatste woord gezegd over placebo en placebowerking. Er ligt nog een enorm terrein van onderzoek braak. Dit boek kan ter lezing aanbevolen worden aan elke arts, zowel de praktiserende arts als de onderzoeker. Ter aanscherping van het bewustzijn over de waarde en de beperkingen van de huidige beschikbare evidence-based kennis en de inzet van communicatieve vaardigheden in de meest ruime zin van het woord.

Correspondentieadres
jkonings@zuweezorg.nl

Verhoogde waakzaamheid

Voor het niet-responsief waaksyndroom

Dr. Jan C.M. Lavrijsen, specialist ouderengeneeskunde, senior onderzoeker en programmaleider Complexe en Palliatieve Zorg, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Ouderengeneeskunde en Public Health, UMC St Radboud, Nijmegen

Een van de meest indrukwekkende situaties waar specialisten ouderengeneeskunde mee geconfronteerd kunnen worden, is die waar patiënten na ernstig hersenletsel niet of nauwelijks meer bij bewustzijn komen. Of die waar wel bewustzijn is, maar waar nauwelijks motoriek is om te communiceren. Bij deze vaak jonge doelgroepen is wereldwijd nog weinig bekend over de langetermijnproblematiek in verpleeghuizen, terwijl juist daar de dilemma's in behandeling en zorg het meest prangend zijn.

Een nieuwe onderzoeksgroep gaat vanuit het specialisme ouderengeneeskunde licht werpen op die *black box*. De donkere en vaak vergeten kant van het succes van de moderne geneeskunde. In deze bijdrage wordt na een beschrijving van de historische context opgeroepen tot verhoogde waakzaamheid om een kwetsbare doelgroep niet tussen wal en schip te laten vallen.

HISTORISCHE CONTEXT

In de tijd dat comateuze patiënten in de acute fase niet behandeld konden worden vanwege het ontbreken van medisch-technische mogelijkheden, bestond deze problematiek eigenlijk niet; de patiënten gingen dood. De laatste decennia hebben de medisch-technische mogelijkheden echter een enorme vlucht genomen, vooral in rijke landen. Traumahelicopters halen slachtoffers van de straat en brengen hen snel naar gespecialiseerde teams op een geavanceerde Intensive Care. Het gevolg is dat een grotere groep patiënten de acute fase van hersenletsel overleeft met blijvende, ernstige gevolgen van het hersenletsel.

De meest ernstige situatie die met het leven verenigbaar is, ontstaat als na een comateuze fase met gesloten ogen van maximaal enkele weken, de ogen zich openen, een slaap-waakritme waarneembaar is, maar geen tekenen van terugkeer van het bewustzijn. Deze patiënten zijn *'awake but not aware'* en vanaf 1972 werd hun toestand *'persistent vegetative state'* genoemd.¹ Later werd dit zonder de toevoegingen van prognostische termen aangeduid als *'vegetative state'*, in Nederland vertaald met *'vegetatieve toestand'* (VT).^{2,3} Vanaf 2010 heeft de *European Task Force on Disorders of Consciousness* voorgesteld de naam te wijzigen in *unresponsive wakefulness syndrome (UWS)*, in het Nederlands vertaald met niet-responsief waaksyndroom (NWS).^{4,5} Daar lag niet alleen de behoefte aan ten grondslag om de negatieve ondertoon

van de term *'vegetatief'*, vaak gerelateerd aan plantkunde, te veranderen. Ook werd een minder fatalistische houding beoogd ten aanzien van het woord *'toestand'*, die in praktijk vaak als blijvend of chronisch werd beschouwd. Verderop in dit artikel wordt ingegaan op het antwoord op de vraag waarom een actieve houding juist nu ook van belang is in de langetermijnzorg.

De vraag of voor deze patiënten alles moet wat kan, was in ons land jarenlang onderwerp van een brede maatschappelijke discussie, mede naar aanleiding van de publiciteit over het lot van Ineke Stinissen. Zij lag van 1974 tot 1990, na een anesthesiefout, in deze toestand en na een jarenlange juridische strijd werd de behandeling, inclusief de kunstmatige toediening van voeding en vocht (KVV) in het verpleeghuis, gestaakt.^{6,7} Daarna zijn in de jaren 90 in ons land de professionele kaders geschapen voor artsen om KVV als zinloos medisch handelen te staken als het perspectief op herstel van bewustzijn ontbreekt.^{2,3} Daarmee werd het oordeel over de zin van de behandeling en de beslissing daarover tot de verantwoordelijkheid van de behandelend arts gemaakt, in de langetermijnzorg veelal de specialist ouderengeneeskunde. In vergelijkbare casuïstiek uit het buitenland, zoals die van Terri Schiavo in Amerika (2000-2005) en Eluana Englaro in Italië (1992-2009), leken echter vooral rechters en politici te gaan over de besluitvorming, zelfs tot aan het sterfbed. De casus in de media leidden ook tot de vraag over de omvang van de problematiek, in veel landen een groot vraagteken.

Een grotere groep patiënten overleeft de acute fase met blijvende gevolgen

Vanuit onderzoek uit 2003 in Nederlandse verpleeghuizen weten we dat zich op dat moment 32 patiënten langer dan een maand in een dergelijke toestand bevonden.⁸ We weten ook dat van de 43 overleden patiënten in de drie jaar daarvoor de meesten waren overleden aan complicaties - meestal na een niet-behandelbesluit - en dat in die periode 9 patiënten overleden waren na het staken van KVV. Casusbeschrijvingen gaven een inzicht in de complexe en intensieve multidisciplinaire langetermijnzorg, met daarin veel medische en zorgproblemen.⁹ Enkele daarvan, zoals Keratitis Filamentosa en recidiverende botbreuken, waren nog

niet eerder beschreven.^{10, 11} Uit elke beschrijving bleek de grote impact op het multidisciplinaire team, ook in de langdurige relatie met de familie. Een beschrijving van de besluitvormingsprocessen tussen arts en familie, met toepassing van leerpunten in elke volgende casus, liet zien dat de houding van artsen veranderde van reactief naar proactief. Dat laatste inclusief een vroegtijdige communicatie met familie over de visie op de behandeling van deze doelgroep, gerelateerd aan verwachtingen en scenario's in het beloop. Vanuit die proactieve werkwijze, inmiddels kenmerkend voor het specialisme ouderengeneeskunde, en met kennis van die scenario's, kon al in het ziekenhuis de regie over de totale behandeling overgenomen worden van diverse medisch specialisten.¹² De unieke Nederlandse situatie van transferafdelingen in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van specialisten ouderengeneeskunde, gaf daarvoor een goede mogelijkheid.

Een proactieve werkwijze, kenmerkend voor ons specialisme

Gelijktijdig met de ontwikkeling van het specialisme ouderengeneeskunde is sinds de jaren 90 van de vorige eeuw bijzondere kennis en expertise ontwikkeld ten aanzien van de langetermijnproblematiek bij deze doelgroep. In een land dat alle medisch-ethische kaders biedt om goede beslissingen te kunnen nemen, is het zwaartepunt van die beslissing komen te liggen bij het stellen van een goede diagnose en prognose bij de juiste patiënten.¹³ Daarbij is op basis van nieuwe ontwikkelingen sinds het vorige onderzoek voor specialisten ouderengeneeskunde een verhoogde waakzaamheid van belang.

VERHOOGDE WAAKZAAMHEID

Een zorgvuldige klinische observatie van de patiënt blijft nog steeds een belangrijke basis voor het stellen van de diagnose, maar dan wel op systematische wijze, door de juiste personen, op de juiste momenten en met gebruikmaking van alle evidence die daarvoor beschikbaar is.¹³ In het verpleeghuis betreft dat de input van het multidisciplinaire team vanuit een continue en langdurige observatie, informatie van de naasten, en altijd het eigen periodieke assessment van de patiënt met interpretatie van alle gegevens. Er zijn inmiddels echter voldoende redenen om niet alleen op die basis te varen.

Op de eerste plaats kunnen hulpverleners door de lage prevalentie van VT/NWS in Nederland nauwelijks expertise ontwikkelen in de praktijk. Dat is de reden dat in toeneemende mate onderwijsprogramma's over deze problematiek worden aangeboden aan specialisten ouderengeneeskunde, aios ouderengeneeskunde en medisch studenten. Daarbij staat vooral de diagnostiek, prognostiek, het beloop, de zorg en de besluitvorming op de langetermijn centraal, geïllustreerd met beeldmateriaal.

Op de tweede plaats is in de literatuur – inclusief de criteria – pas sinds 2002 het concept van patiënten in een laagbewuste/minimaal bewuste toestand (*Minimally Conscious State, MCS*) goed doorgedrongen.¹⁴ Dit betreft patiënten met een slaap-waakritme die minimale kenmerken vertonen van bewustzijn, zij het inconsistent, maar reproduceerbaar of aanhoudend genoeg om van reflexmatige respons te onderscheiden. Van deze doelgroep is de omvang nog onbekend, evenals de prognose. Wel weten we dat er een verschillend beloop is in vergelijking met NWS, waarbij ook na een jaar nog verbetering van de toestand kan optreden. Een recente casusbeschrijving in een Nederlands verpleeghuis is daar een voorbeeld van.¹⁵ Ook goed gedocumenteerde voorbeelden elders laten zien dat na vele jaren nog functionele verbetering mogelijk is in geval van MCS. Hier ligt vooral een uitdaging op het gebied van gespecialiseerde revalidatie, in Nederland nog steeds een knelpunt voor patiënten boven de 25 jaar. Voor specialisten ouderengeneeskunde betekent dit een extra waakzaamheid voor het onderscheid tussen NWS en MCS, met name als de diagnose vóór 2002 is gesteld. Die alertheid is zeker ook nodig bij patiënten boven de 25 jaar die niet tijdens een gespecialiseerd revalidatieprogramma minutieus zijn gemonitord in de postacute fase. Dezelfde alertheid betreft uiteraard ook het interpreteren van de literatuur vóór die datum, mede gezien het voormalig gebruik van verschillende terminologie en de onduidelijkheid over diagnostische criteria.

Extra waakzaamheid voor het onderscheid tussen NWS en MCS is geboden

De internationaal algemeen aanvaarde review van de *Multi Society Task Force on PVS* over onder andere criteria, diagnose en prognose, dateert immers alweer van 1994 en dus voor de introductie van het concept van MCS.^{16,17} Uit die reviews komen ook de cijfers over de termijnen waarna eigenlijk geen herstel van bewustzijn meer verwacht kan worden, zijnde een jaar na traumatische en drie maanden na niet-traumatische oorzaken. Voor de laatste situatie hield de Gezondheidsraad in 1994 een termijn van zes maanden aan.² Een recent praktijkvoorbeeld van herstel van bewustzijn na 13 maanden posttraumatisch NWS in een Nederlands verpleeghuis, is een illustratie dat die data wellicht ook aan revisie toe zijn. De beleving van de patiënt werd tijdens het symposium 'Niemand tussen Wal en Schip' op 28 juni 2012 vertoond.

Er is ook verhoogde waakzaamheid op zijn plaats voor patiënten die nog niet systematisch zijn onderzocht met een valide assessmentinstrument. Anno 2012 is daarvoor een internationaal aanvaarde en gevalideerde observatieschaal beschikbaar: de *Coma Recovery Scale-revised* (CRS-r).^{18,19} Deze schaal is inmiddels ook in het Vlaams/Nederlands vertaald en te downloaden van de website van de Coma Science Group in Luik: www.comascience.org. Daarmee kunnen op systemati-

sche wijze reacties van de patiënt op diverse zintuiglijke prikkels in kaart worden gebracht en is een beter onderscheid mogelijk tussen patiënten in NWS en MCS. Zo wordt het volgen en fixeren met de ogen tot de kenmerken van MCS gerekend en functionele, wederzijdse communicatie en het functioneel hanteren van voorwerpen tot bewustzijn. Het belang van het gebruik van de schaal werd recent nog aangetoond, waarbij vergelijking van de consensusmethode met de CRS-r een misdiagnose van 41% liet zien, ook gerelateerd aan bovengenoemd onderscheid met MCS.²⁰ Nog dit jaar zullen data vanuit Nederlands onderzoek naar de prevalentie van NWS duidelijk worden, met gebruikmaking van de CRS-r bij alle geïnstitutionaliseerde patiënten. Daarbij waren behandelend artsen, na informed consent van de familie, in de gelegenheid gesteld het onderzoek bij te wonen.

Ook de recente, snelle ontwikkelingen op het gebied van moderne neuroimagingtechnieken bevestigen de waakzaamheid voor de juiste diagnose en het onderscheid tussen NWS, MCS en het locked-in-syndroom.²¹ Dit geldt met name voor een PET-scan (*positron emission tomography*), functionele MRI, *Event Related Potentials* en *High-density EEG*. Zij kunnen bij de verschillende doelgroepen onder andere verschillen aantonen in reductie van het glucosemetabolisme, in verbindingen tussen primaire en hogere associatieve cortex, in terugwaartse verbindingen en top-down processen van frontale naar temporale cortex, in slaappatronen, en in een enkel geval zelfs in het doelgericht moduleren van hersenactiviteit via fMRI bij patiënten die daarvoor klinisch geen teken van bewustzijn vertoonden.²²⁻²⁵ Hoewel er nog geen gouden standaard is om de mate van bewustzijn te kwantificeren, maken de nieuwste inzichten duidelijk dat de afwezigheid van bewijs van bewustzijn, nog geen bewijs betekent van de afwezigheid ervan.²¹ Dit past in de missie om de zoektocht naar bewustzijn niet op te geven en daar centraal expertise over te ontwikkelen in samenwerking met diverse centra. Deze nieuwe mogelijkheden in wetenschappelijke expertisecentra, zoals toegepast bij de Coma Science Group in Luik, gaan dus verder dan klinisch onderzoek alleen en geven wellicht nieuwe sleutels voor de toegang tot bewustzijn bij patiënten die daar motorisch geen teken van kunnen laten zien in het gedrag. De uitdaging ligt daarbij in het combineren van de klinische gegevens uit de (langetermijn)praktijk met deze innoverende expertise. De eerste ervaringen zijn daar recent mee opgedaan en zullen de komende jaren vervolgd worden, zodat alle evidence benut kan worden die er is.

Maximale aandacht voor minimaal herstel

Met een verhoogde waakzaamheid voor de juiste diagnose kunnen hopelijk meer patiënten met tekenen van bewustzijn worden opgespoord in de hele zorgketen. Maar wie A zegt moet ook B zeggen. Alleen het opsporen van (mini-

maal) bewustzijn zonder de patiënt en naasten een adequate behandeling en begeleiding te bieden, laat mensen alsnog in de kou staan. Anno 2012 is het nog steeds nauwelijks mogelijk om patiënten met minimaal bewustzijn een passende setting aan te bieden waarin alle mogelijkheden, hoe minimaal ook, maximaal benut kunnen worden om functioneel herstel te optimaliseren. Vroeg Intensieve Neurorevalidatie in het gespecialiseerde revalidatiecentrum Het Leijpark te Tilburg wordt tot op heden immers alleen vergoed voor patiënten in NWS en MCS onder de 25 jaar, gebaseerd op een wetenschappelijk eindrapport over die behandeling.²⁶ Boven de 25 jaar wordt slechts door enkele gespecialiseerde verpleeghuizen een stimuleringsprogramma aangeboden, met veel toewijding maar met achterblijvende financiering. Dit is moeilijk uit te leggen aan familieleden van hersenletselpatiënten boven de 25 jaar. Een oplossing zou gelegen zijn in het aanbieden van een gespecialiseerd behandelprogramma in enkele expertisecentra voor iedereen met kansen op herstel, hoe minimaal ook. Het doelgericht kunnen bewegen met een vinger of met oogbewegingen kan immers een wereld van verschil maken tussen wel en niet kunnen communiceren. Juist de complexe groep patiënten in de laagste vormen van MCS dreigen nu buiten de boot te vallen en verdienen maximale aandacht voor minimaal herstel. Uiteraard zal een dergelijk programma in samenwerking met andere centra gekoppeld moeten worden aan wetenschappelijk onderzoek, ook voor volwassenen. Want zonder behandeling kan er geen evidence onderzocht worden. Daarbij kan de beperkte omvang van de doelgroep geen financiële belemmering zijn, zeker niet als patiënten op dure ziekenhuisbedden wachten op doorplaatsing. En niemand weet waar naartoe.

Wij beginnen waar anderen stoppen

NIEUW LICHT

Vanuit het specialisme ouderengeneeskunde van het UMC St Radboud wordt nieuw licht geworpen op de donkere kant van de langetermijnproblematiek. Er zijn recente onderzoeksprojecten gestart voor diverse vormen van ernstig hersenletsel, zoals NWS (inclusief ethische dilemma's), MCS, locked-in-syndroom en ernstige restgevolgen van hersenletsel bij hersteld bewustzijn (voor de namen van onderzoekers, zie de rubriek 5 *vragen aan* in dit tijdschrift). In alle studies wordt de omvang met kenmerken bepaald van de doelgroepen en worden mensen langdurig gevolgd in een cohortstudie in verpleeghuizen. Omdat alle doelgroepen door onderzoek bediend worden, hoeft niemand meer buiten de boot te vallen. Daarbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij onopgeloste vragen die er in de praktijk leven bij hulpverleners, familie en (ex-)patiënten. De kwaliteit van leven en sterven, met alle dilemma's die daarbij horen in relatie tot beslissingen, zal in elk onderzoek als kern van ons vak meegenomen worden. Ook gaan alle onderzoekers op zoek naar lichtpunten en betekenisvolle boodschappen binnen de context waar onmacht nu een grote rol speelt.



Die gedeelde missie wordt gesymboliseerd door het logo van een oplichtend hart tegen de achtergrond van de *black box*. Tijdens het jubileumcongres van Verenso dit jaar zal een sessie aan dit onderwerp besteed worden, met daarbij ook de missie (op muziek) en de eerste resultaten. Daar zal duidelijk zijn dat wij juist daar beginnen waar anderen stoppen. En dat ook die zorg *intensive care* is, al is dat voor de buitenwereld minder spectaculair.

LITERATUUR

- Jennett B, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name. *Lancet* 1972;1(7753):734-7.
- Gezondheidsraad: commissie vegetatieve toestand. Patiënten in een vegetatieve toestand. Den Haag: Gezondheidsraad; 1994. Report No.: 1994/12.
- KNMG: Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen. Medisch handelen rond het levenseinde bij wils- onbekwame patiënten Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum 1997.
- Laureys S, Celesia GG, Cohadon F, Lavrijsen J, Leon-Carrion J, Sannita WG, et al. Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome. *BMC Med* 2010 Nov 1;8(1):68.
- Lavrijsen J, Laureys S. Niemand leeft als een plant. *Medisch Contact*. 2010 16 november; Online only.
- Bie P de, Witteman P. De zaak Stinissen: hoe lang mag sterven duren? *Weesp: de Haan* 1978.
- Leenen H. Coma patients in the Netherlands. *BMJ (Clinical research ed)* 1990 Jan 13;300(6717):69.
- Lavrijsen JC, Bosch JS van den, Koopmans RT, Weel C van. Prevalence and characteristics of patients in a vegetative state in Dutch nursing homes. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 2005;76(10):1420-4.
- Lavrijsen J, Bosch H van den, Koopmans R, Weel C van, Froeling P. Events and decision-making in the long-term care of Dutch nursing home patients in a vegetative state. *Brain injury: [BI]*. 2005;19(1):67-75.
- Lavrijsen J, Rens G van, Bosch H van den. Filamentary keratopathy as a chronic problem in the long-term care of patients in a vegetative state. *Cornea*. 2005 July 2005;24:620-2.
- Lavrijsen J, Bosch H van den, Vegter J. Bone fractures in the long-term care of a patient in a vegetative state: a risk to conflicts. *Brain injury: [BI]*. 2007 Aug;21(9):993-6.
- Lavrijsen J, Bosch JSG van den, Olthof H, Lenssen P. Het laten sterven van een patient in een vegetatieve toestand in het ziekenhuis met de verpleeghuisarts als hoofdbehandelaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:947-50.
- Lavrijsen JCM, Bosch JSG van den, Costongs LGP, Eilander HJ, Hoenderdaal PL, Minderhoud JM. Diagnostiek van vegetatieve toestand als basis voor medisch handelen op de grens van leven en dood. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003 1 februari 2003;147(5):195-8.
- Giacino JT, Ashwal S, Childs NL, Cranford R, Jennett B, Katz DI, et al. The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria. *Neurology* 2002;58:349-53.
- Overbeek BUH, Lavrijsen JCM, Eilander HJ. Vegetatief of laagbewust? Het moeilijke onderscheid tussen niets weten en een beetje. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010 2-11-2010;154(A1890):1-5.
- The Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state (1). *N Engl J Med* 1994;330:1499-508.
- The Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state (2). *N Engl J Med* 1994;330:1572-9.
- Giacino JT, Kalmar K, Whyte J. The JFK Coma Recovery Scale-Revised: measurement characteristics and diagnostic utility. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2004 Dec;85(12):2020-9.
- Seel RT, Sherer M, Whyte J, Katz DI, Giacino JT, Rosenbaum AM, et al. Assessment scales for disorders of consciousness: evidence-based recommendations for clinical practice and research. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2010 Dec;91(12):1795-813.
- Schnakers C, Vanhauzenhuysse A, Giacino J, Ventura M, Boly M, Majerus S, et al. Diagnostic accuracy of the vegetative and minimally conscious state: clinical consensus versus standardized neurobehavioral assessment. *BMC neurology* 2009;9:35.
- Monti MM, Laureys S, Owen AM. The vegetative state. *BMJ* 2010;341:c3765.
- Boly M, Faymonville M-E, Peigneux P, et al. Auditory processing in severely brain injured patients. *Arch Neurol* 2004;61:233-8.
- Monti MM, Vanhauzenhuysse A, Coleman MR, Boly M, Pickard JD, Tshibanda L, et al. Willful modulation of brain activity in disorders of consciousness. *N Engl J Med* 2010 Feb 18;362(7):579-89.
- Boly M, Garrido MI, Gosseries O, Bruno MA, Boveroux P, Schnakers C, et al. Preserved feedforward but impaired top-down processes in the vegetative state. *Science* May 13;332(6031):858-62.
- Landsness E, Bruno MA, Noirhomme Q, Riedner B, Gosseries O, Schnakers C, et al. Electrophysiological correlates of behavioural changes in vigilance in vegetative state and minimally conscious state. *Brain* 2011 Aug;134(Pt 8):2222-32.
- Eilander H. Wetenschappelijk eindrapport Vroege Intensieve Neurorevalidatie (VIN) van kinderen en jongeren in een vegetatieve of laagbewuste toestand na ernstig hersenletsel. 2005 December 1-13.

Correspondentieadres
j.lavrijsen@elg.umcn.nl

Ingezonden brief

Geachte collega Bronner en redactie van het tijdschrift,

Met belangstelling heb ik als collega specialist ouderengeneeskunde de casuïstiek (TvO-2 2012) gelezen over de Alzheimer patiënt die door een rat gebeten is. Interessant, maar ook merkwaardig dat dit in Nederland mogelijk is.

Waar ik echter over viel was de passage “...een van de weinige voordelen van de ziekte van Alzheimer.” Ik neem meteen aan dat dit niet als stuitend bedoeld is maar zo komt het wel op mij over, ook na meerdere keren herlezen. Vreemd dat deze tekst opgesteld is door een specialist ouderengeneeskunde en dat de redactie van het officiële blad van de beroepsvereniging deze passage zo publiceert.

Ik vind deze tekst niet passen bij de attitude die je mag verwachten van een specialist ouderengeneeskunde. De tekst

impliceert dat er nog meer voordelen van de ziekte van Alzheimer zouden zijn. Een specialist ouderengeneeskunde heeft een voorbeeldfunctie, het blad wordt ook door vele aios gelezen. Voorts is gezien het unieke karakter van het letsel de identiteit van de patiënt gemakkelijk herleidbaar dunkt me. Zulke boute uitspraken zullen de familieleden dan alleen maar onnodig pijn doen.

Kortom, deze borrelpraat hoort thuis in de kroeg en zeker niet in het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. Een rectificatie zal niet misplaatst zijn.

Met vriendelijke groet,
Frank W. Gorter van Wagtendonk
gortervanwagtendonk@yahoo.com

Reactie auteur

Geachte collega Gorter van Wagtendonk,

Bij deze dank ik u voor uw kritische kennisneming van het artikel van collega Ligtvoet en ondergetekende.

Wat uw eerste opmerking betreft, het is inderdaad onwenselijk dat in een verpleeghuis een rat aanwezig kan zijn, maar verklaarbaar door de tijdens een warme najaarsdag openstaande deuren, waardoor het ongedierte in de waterrijke omgeving van Aalsmeer van buitenaf binnen kon komen. Tegen deze mogelijkheid zijn na dit voorval, zoals in

het artikel vermeld, wel degelijk maatregelen genomen. Wat uw tweede opmerking betreft, het is geenszins onze bedoeling geweest, om de ernst en de daarmee gepaard gaande tragedie van de ziekte van Alzheimer badinerend te beschrijven. Wanneer dit toch zo op de lezer over zou kunnen komen, dan betreuren wij dat.

Met vriendelijke groet, mede namens collega Ligtvoet,
Tom Bronner, specialist ouderengeneeskunde
tbronner@amstelring.nl

Reactie redactie tijdschrift

Geachte collega Gorter van Wagtendonk,

Allereerst dank voor uw reactie. Wij zijn er evenals u, niet van uitgegaan dat de door collega Bronner beschreven passage ‘een van de weinige voordelen van de ziekte van Alzheimer’ stuitend bedoeld zou zijn. De redactie heeft zich collectief niet, in tegenstelling tot u, aan deze passage gestoord. Het is geen punt van discussie geweest en wij hebben deze passage dus zonder meer geaccepteerd.

Hoe ongewenst en schokkend de mededeling van de diagnose ziekte van Alzheimer voor zowel de patiënt zelf als de directe omgeving kan zijn, als redactie zijn wij niet van mening dat al hetgeen daaruit als symptomatologie en gevolgen voor de omgeving voortvloeit te allen tijde een en al kommer en kwel betekent. Vooral het ten gevolge van geheugenstoornissen verloren gegaan zijn van negatieve ervaringen uit een meer re-

cent of langer verleden, die vóór het ontstaan van de dementie dagelijks veel onrust veroorzaakten, kan door mantelzorgers en verzorgende omgeving als een weldaad ervaren worden. Met onder andere dit voorbeeld als bijkomend ‘voordeel’ van de ziekte van Alzheimer, is naar het oordeel van de redactie dus helemaal niets mis. Daarnaast beschouwen wij het ook als onze missie om jonge instromende collega’s deze kant van ons vak te laten zien.

Concluderend moeten wij dan ook stellen dat wij ons niet herkennen in uw oordeel over deze passage in het betreffende artikel. Ten slotte: de naaste familie heeft na uitvoerig en volledig geïnformeerd te zijn toegestemd in deze publicatie.

Namens de redactie,
Jos Konings, hoofdredacteur
redactie@verenso.nl

Triage-instrument revalidatiezorg

Dr. Maria G.T. Dolders, beleidsmedewerker Verenso

ACHTERGROND

Door de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet vervalt de indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg.

Doordat er geen centrale indicatiestelling meer plaatsvindt, is het noodzakelijk op een andere wijze patiënten te selecteren en te indiceren. De specialist ouderengeneeskunde krijgt in de indicatiestelling een centrale rol. Daarom heeft de minister aan de specialisten ouderengeneeskunde gevraagd een triage-instrument te ontwikkelen in samenwerking met andere beroepsgroepen die betrokken zijn bij de indicatie van revalidatie- en herstelzorg.

DOEL

Het doel van revalidatietriage wordt omschreven als: ervoor zorgen dat de desbetreffende persoon (de patiënt) de juiste zorg en juiste behandeling krijgt op de juiste plaats en op de juiste tijd. Door de ontwikkeling van het triage-instrument revalidatiezorg wordt revalidatietriage bevorderd en de handelwijze van de zorgverleners die betrokken zijn bij revalidatietriage zoveel mogelijk gestandaardiseerd, zodat revalidatietriage consequent en structureel kan worden uitgevoerd.

DOELGROEP

De patiënten waarop het triage-instrument revalidatiezorg betrekking heeft, zijn in te delen in vijf diagnosegroepen. Deze zijn: CVA, electieve orthopedie, trauma (voor de helft betreft dit heupfracturen), amputaties en 'overige aandoeningen'. De 'overige aandoeningen' worden als volgt gespecificeerd: neurodegeneratieve aandoeningen zoals MS, Parkinson en andere progressieve neurologische aandoeningen, oncologische aandoeningen die voor revalidatie in aanmerking komen, COPD, hartfalen, intern systeemfalen en multisysteemfalen.

TRIAGE-INSTRUMENT

Het triage-instrument voor de revalidatiezorg bestaat uit vier stappen. Alvorens de stappen van het triage-instrument revalidatiezorg toe te kunnen passen, is het de taak van de medisch specialist om ervoor te zorgen dat er in een zo vroeg mogelijk stadium aan gedacht wordt dat een patiënt voor revalidatiezorg in aanmerking kan komen.

Stap 1 is de screening. Om in aanmerking te komen voor revalidatiezorg dienen de twee vragen, die in deze stap door een zorgverlener met minimaal niveau 4 gesteld worden, positief beantwoord te worden. Deze twee vragen worden gesteld binnen 24 uur na opname en in geval van elec-

tieve orthopediepatiënten bij polikliniekbezoek. De twee screeningsvragen zijn:

- Zijn er één of meer aandoeningen die (na ziekenhuisopname) (blijvende) beperkingen opleveren?
- Heeft de patiënt voor het opheffen/verminderen van de beperkingen meer hulp nodig dan basis monodisciplinaire behandeling en/of basis verpleegkundige zorg?

Bij twijfel over de uitkomst van de screening wordt een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde in consult geroepen. Revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde maken hierover onderling afspraken.

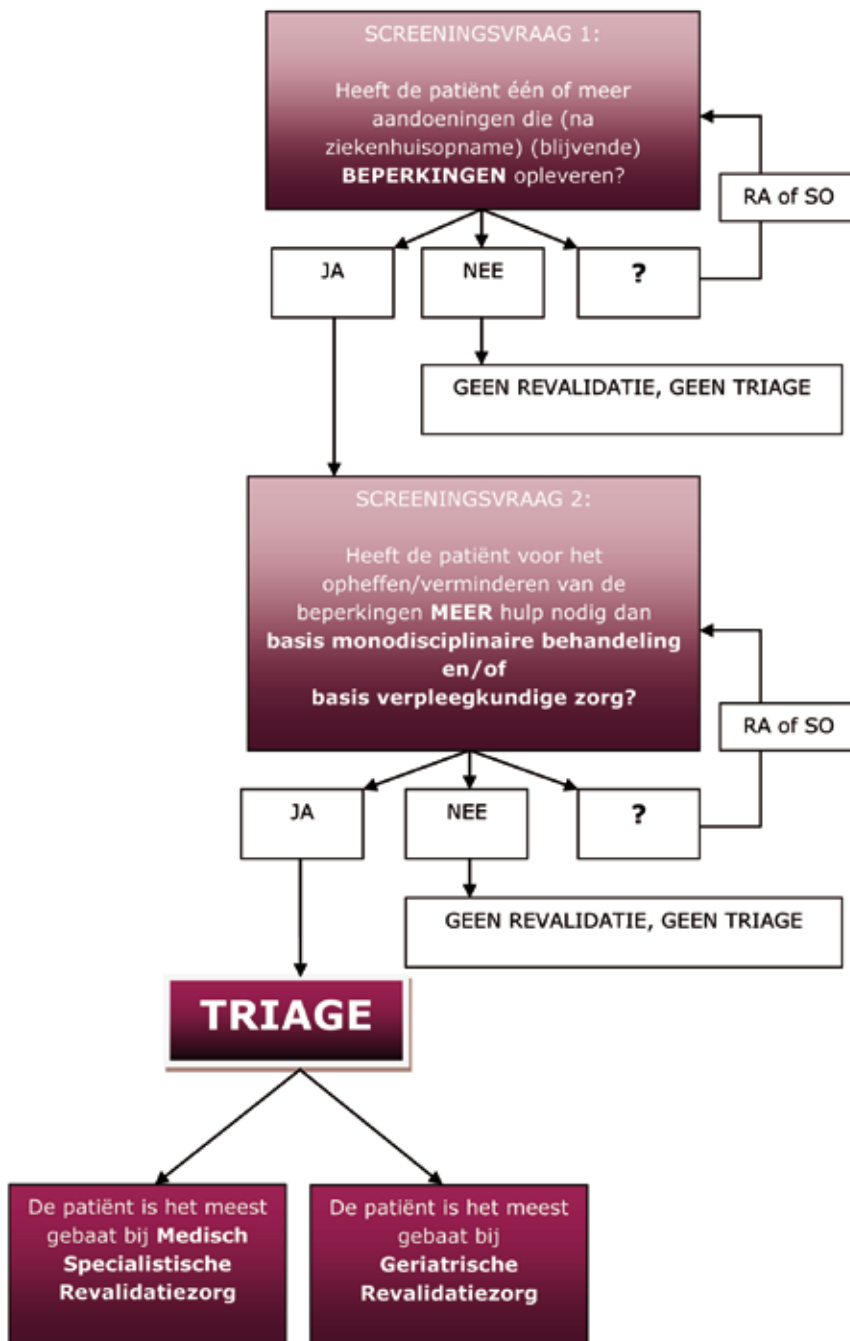
Wordt er op een of beide vragen nee geantwoord dan betekent dit dat de patiënt niet in aanmerking komt voor revalidatiezorg. De patiënt komt dan (mogelijk) wel in aanmerking voor herstelzorg, bestaande uit monodisciplinaire behandeling en basis verpleegkundige zorg.

In stap 2 wordt de patiënt in kaart gebracht volgens de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) resulterend in een patiëntprofiel. De belangrijkste kenmerken van het patiëntprofiel zijn: de diagnose en nevendiaagnosen, het premorbide functioneren van de patiënt en het actueel functioneren van de patiënt (ook wel de functionele status genoemd).

Het in kaart brengen van de patiëntkenmerken gebeurt door verschillende disciplines die op een bepaald gebied expertise en deskundigheid hebben en hiervoor ook verantwoordelijk zijn. Zij brengen de revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde op de hoogte van hun bevindingen. Vervolgens wordt de functionele prognose vastgesteld. Het vaststellen van de functionele prognose op basis van de voornoemde bevindingen gebeurt door samenwerking tussen een revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde met kennis van de evidence uit de wetenschappelijke literatuur.

Stap 3 beschrijft onderscheidende factoren. De functionele prognose van de patiënt, passend bij de diagnose en de nevendiaagnosen (multimorbiditeit), bepaalt naast de belastbaarheid en de leer- en trainbaarheid van de patiënt de benodigde intensiteit van de behandelstrategie. Daarnaast bepaalt de functionele prognose de benodigde specialisatie van de behandelstrategie.

Onderscheidende factoren die de keus tussen de medisch specialistische revalidatiezorg en de geriatrische revalidatiezorg sturen, zijn: medische stabiliteit, benodigde intensiteit van de behandelstrategie, motivatie van de patiënt en de benodigde specialisatie van de therapie, waarbij de medische stabiliteit als eerste dient te worden beoordeeld en als



Figuur 1. Procesbeschrijving Triage (beslisboom)

RA = revalidatiearts

SO = specialist ouderengeneeskunde

zwaarste in de besluitvorming meeweegt. In stap 3 wordt het type revalidatiezorg vastgesteld door revalidatiearts en/of specialist ouderengeneeskunde uitmondend in een indicatiebesluit waarvoor ze gezamenlijk eindverantwoordelijk zijn.

Stap 4 is de uitvoeringsfase van het indicatiebesluit waarbij de plaatsing van de patiënt wordt geregeld door een transferbureau of transferverpleegkundige. Deze adviseert en plaatst de patiënt naar de vervolginstelling. Hierbij wordt

naast het advies van de specialist ouderengeneeskunde of revalidatiearts ook de keuze van de patiënt betrokken.

PROCES VAN TRIAGE

Het proces van triage wordt aan de hand van de beslisboom (figuur 1) verduidelijkt.

Correspondentieadres
mdolders@verenso.nl

Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

In deze rubriek treft u nieuws en wetenswaardigheden uit de wereld van gadgets, internet, apps en sociale media aan. Tips voor deze rubriek? Mail of tweet!

GADGET SPECIAL: EREADERS



Voor en na een vakantieperiode staan *ereaders* en digitale boeken vaak volop in de belangstelling. Waarom sjouwen met zwaargewicht boeken in je koffer als je er ook voor kunt kiezen om met het grootste gemak je hele bibliotheek mee op vakantie te nemen? De verkoop van *ereaders* heeft de laatste jaren een enorme toevlucht genomen. Kocht ik in 2009 mijn eerste *ereader* (de *Cybook Gen3*) nog voor het aanzienlijke bedrag van 300 euro, inmiddels ligt de gemiddelde prijs van een *ereader* rond de 100 euro. Terwijl de prijs is gedaald, blijft de techniek steeds verder evolueren. De nieuwe Pearl E-ink schermen maken het digitale lezen tot een waar genot, ook buiten in de felle zon (probeer dat maar eens na te doen met een iPad), en de betere processors zorgen ervoor dat bladeren en navigeren soepeler verloopt. *Ereader*-fabrikanten proberen zich verder te onderscheiden door het aanbieden van extra features, zoals een touchscreen, synchronisatie met andere apparatuur en koppeling met sociale netwerken. Zo ben ik inmiddels erg gecharmeerd van mijn nieuwe aanwinst, de *Kobo Touch*, die precies bijhoudt hoeveel pagina's en uren ik al heb gelezen en mij ook nog eens stimuleert door het uitreiken van prijzen voor behaalde mijlpalen: 'Clearly you couldn't put that book down. You've just read 2 hours straight!' Als statistiekenliefhebber gaat er een waar walhalla aan getallen voor mij open!

Ik hoor vaak aarzelingen als het gaat om de overstap naar digitaal lezen. Men is huiverig om het papieren boek vaarwel te zeggen, waarbij vaak sentimenten als 'het papier ruikt zo lekker', 'ik vind een boekenkast met boeken zo mooi' en 'ik wil graag een echt boek vasthouden' een rol spelen. Daar staat tegenover dat degenen die wel overstappen, vaak zo enthousiast zijn dat ze niet meer terug willen.

Om de overstap naar digitaal lezen ook voor geïnteresseerde specialisten ouderengeneeskunde te vergemakkelijken volgt hier een vijftal tips.

TIP 1: de aanschaf van een e-reader

Het belangrijkste advies dat ik hierbij kan geven is: kijk goed rond en laat je informeren. Veel boekhandels hebben tegenwoordig ook *ereaders* op de planken liggen en zijn maar al te graag bereid het gebruik te demonstreren. Er zijn enkele budget *ereaders* verkrijgbaar, maar deze functioneren vaak ondermaats en dus geldt hierbij dat goedkoop uiteindelijk duurkoop is. De beste spelers op de Nederlandse markt op dit moment zijn Sony en Kobo.

Sony staat al langere tijd aan de top met de *Sony Wifi* (PRS-T1, 129 euro). Dit jaar nog komt Sony met een opvolger van de PRS-T1, de PRS-T2. Kobo is van oorsprong een Canadese boekhandelketen, die een succesvolle eigen *ereader*lijn heeft opgezet. De *Kobo Touch* (99 euro) is in Nederland op de markt gebracht in samenwerking met de boekhandelketens van Libris & Blz. Zowel de *Sony Wifi* als *Kobo Touch* zijn gekozen als beste keus door de Consumentenbond en krijgen veel positieve reviews van gebruikers. Andere bekende *ereaders* zijn *Bebook* en *Kindle*. De *Bebook* *ereaders* zijn de afgelopen tijd veel verkocht, maar helaas is de fabrikant begin dit jaar failliet gegaan, dus het vervolg van deze serie is erg onzeker. De *Kindle*, van de bekende Amerikaanse en Engelse winkelketen Amazon, is wereldwijd de meest geprezen *ereader*, maar op dit moment niet in Nederland verkrijgbaar. Amazon heeft aangekondigd waarschijnlijk dit najaar een Nederlandse webshop te openen (amazon.nl). Of hiermee ook de *Kindle* naar Nederland komt, is nog onbekend.

TIP 2: de aanschaf van digitale boeken

Digitale boeken koop je online bij de bekende grotere en minder grotere winkelketens, zoals bol.com, eci.nl, ako.nl en bruna.nl. Een aantal *ereaders* heeft een samenwerking met een specifieke webshop. Sony is hiervan een voorbeeld: zij zijn verbonden met bol.com. Kobo werkt samen met Libris & Blz en heeft ook een eigen webshop (kobobooks.nl), waar je behalve Nederlandstalig ook het complete internationale assortiment van Kobo kunt verkrijgen. Lees je veel Engelstalig, dan is dit dus een goede keus. Betalen gaat bij de meeste



webshops via creditcard of iDeal. Overigens ben je bij de meeste ereaders niet verplicht om gebruik te maken van de verbonden webshop. Vraag dit wel altijd even na bij aanschaf van je ereader, zodat je niet voor verrassingen komt te staan.

Digitale boeken zijn vaak beveiligd met DRM (*digital rights management*) om illegale verspreiding tegen te gaan. De meest gebruikte DRM is die van Adobe. Voordat je een boek kunt lezen op je apparaat, moet je het boek (en je apparaat) eerst verifiëren via specifieke software (vaak *Adobe Digital Editions*). Er is een maximum aan het apparaten dat je tegelijk kunt verifiëren per boek. Er is veel te doen over het logge DRM-systeem, dat veel beperkingen oplegt aan gebruikers, tot frustratie van velen. Er zijn gelukkig ook heel veel DRM-vrije eboeken te downloaden, zowel gratis (www.gutenberg.org) als betaald (www.smashwords.com). *Gutenberg* biedt een heel grote verzameling boeken van auteurs wiens auteursrecht is verlopen (denk bijvoorbeeld *Sherlock Holmes* van Conan Arthur Doyle). *Smashwords* biedt auteurs mogelijkheden om hun boek zonder tussenkomst van een uitgever zelf uit te geven als ebook (Indie publishing). Het is soms even zoeken om het kaf van het koren te scheiden, maar er zitten geweldig mooie juweeltjes bij, vaak nog goedkoop ook! Bovendien kun je het eerste hoofdstuk of soms zelfs het eerste boek uit een serie vaak gratis downloaden om te kijken of het iets is.

TIP 3: de ereader als naslagwerk

Een ereader is erg handig op vakantie en thuis, maar kan ook op de werkvloer een uitkomst bieden. Als vervanger van de klapper met protocollen bijvoorbeeld of als mobiele bibliotheek gevuld met bekende handboeken en naslagwerken. De bekende uitgever *Bohn Stafleu van Loghum* (bsl.nl) heeft inmiddels 67 geneeskundige handboeken gedigitaliseerd. Hoewel veelal gericht op de praktijk van de huisarts, is een aantal boeken ook geschikt voor de specialist ouderengeneeskunde (zie kader voor een selectie). Veel van deze boeken zijn ook beschikbaar via de bekende winkelketens.

TIP 4: ereading apps

Digitaal lezen gaat verder dan alleen het lezen via een ereader. Er zijn talloze apps beschikbaar voor iOS en Android waarmee je digitale boeken op je tablet of smartphone kunt lezen. Mijn persoonlijke top 3:

1. **Aldiko:** in mijn ogen de beste ereader app, geheel aan te passen naar je eigen voorkeuren, met prachtige bibliotheek layout en ook geschikt voor tablets.

Selectie digitale geneeskundige handboeken:

1. **SAN Memoboek**, voor diagnostiek in de eerste lijn, J. Souverijn.
2. **Interne Geneeskunde**, J. van der Meer.
3. **Titels uit de bekende Formularium Reeks:** onder andere *het Neurologisch Formularium* en *het Cardiovasculair Formularium*
4. **Diagnose en Therapie 2011**, J.J.E. van Everdingen
5. **Geneeskundig Jaarboek 2011**, Geneesmiddelenengids, Ad Sitsen, Erwin Vasbinder

2. **Kobo:** de Kobo app synchroniseert met je Kobo ereader en biedt nog allerlei andere extras, zoals *Kobo Reading Life* (statistieken en awards) en *Kobo Pulse* (koppeling met Facebook), waardoor lezen van een solitaire een sociale bezigheid wordt.
3. **Moon+Reader:** net als Aldiko een app die prettig leest en heel veel mogelijkheden heeft om instellingen zoals lettertype, bediening en layout geheel naar eigen voorkeur te wijzigen.



TIP 5: beheren van je digitale bibliotheek

De beste (desktop) software om je digitale boeken mee te beheren is ongetwijfeld **Calibre** (www.calibre-ebook.com). Calibre biedt de mogelijkheid om (mits toegestaan door de DRM) de meta-data van boeken te wijzigen (titel, auteur, uitgever, publicatiedatum, coverfoto, kernwoorden, samenvatting, serie-informatie), bestandsformaten te converteren (bijvoorbeeld van PDF naar epub) en je boeken op een snelle manier over te zetten naar je apparaat. Er zijn tevens talloze plug-ins beschikbaar voor aanvullende functionaliteit.

Correspondentieadres

lonneke.schuurmans@zorgboog.nl
 Twitter: @ouderengnk
 Facebook: ouderengeneeskunde

Tot de dood ons scheidt

Jacobien Erbrink

De telefoon ging.

'Met Prins.'

Het was Maria, de verpleegkundig specialist van de revalidatie. Bij mevrouw Aerdenhout had zij een knobbel in de borst gevonden. Of hij even langs kon komen.

Onderweg naar de afdeling overdacht hij de situatie. Mevrouw Aerdenhout, bouwjaar 1927, op de revalidatie wegens status na heupfractuur, verder COPD en atriumfibrilleren. Dat zij haar heup had gebroken was al een tegenvaller, had zij hem gisteren meegedeeld, maar dat zij nu ook nog moest revalideren kwam haar echt bijzonder slecht uit, want zij moest voor haar man zorgen. Die zat nu met parkinson en dementie alleen in het verzorgingshuis, waar de vijf dochters om toerbeurt bij hem sliepen. Haar verlangen naar haar man had het gesprek volledig gedomineerd. Ze wilde beslist gereanimeerd worden om voor hem te kunnen blijven zorgen, ze wilde meteen minimaal driemaal daags therapie hebben, ze kon al prima zelf douchen en haar eigen medicatie innemen en ze wilde geen pijnstillers want dat zou haar revalidatie alleen maar vertragen. Hij had dat allemaal een beetje overdreven gevonden, maar hij had ook wel bewondering gehad voor haar vastberadenheid, een vrouw met een missie.

Nu trof hij haar op haar kamer, met Maria tegenover haar. De sfeer leek hem nogal gespannen. *'Ze gelooft mij niet,'* gaf Maria de stand van zaken bondig weer.

'Er is niks aan de hand met mijn borst,' snoof mevrouw Aerdenhout op haar beurt. Peter gaf haar een hand. *'Mag ik even kijken?'*

Ze herhaalde haar woorden, als een mantra. *'Met mij is niks aan de hand.'*

Peter liet haar op de rand van het bed zitten voor het onderzoek. *'Het zou in ieder geval bijzonder slecht uitkomen als er iets aan de hand was,'* erkende hij. Ze bleef stellig. *'Er is niets.'*

Peter voelde zwijgend, het kluitje rechts was onmiskenbaar. Hij zuchtte. Maria wierp hem een triomfantelijke blik toe. Op de één of andere manier vond hij dat ongepast. Hij had liever dat ze wegging. *'Laat ons even alleen, wil je?'*

Hij pakte de hand van mevrouw Aerdenhout en legde hem op haar rechterborst. *'Hier zit 'ie.'* Ze trok haar hand weg en kleedde zich met rukkerige bewegingen aan. Hij ging naast haar zitten en wachtte tot ze klaar was.

'Hoe lang bent u al bij elkaar?' vroeg hij daarna.

Ze keek hem vurig aan. *'62 jaar.'*

Hij hield haar blik vast. *'En nu hebt u een knobbeltje in uw borst.'*

Ze perste haar lippen op elkaar.

'U bent bang dat u daardoor niet snel naar huis kan,' concludeerde hij.



Ze bleef zwijgen.

'Maar dat hebt u mis.'

Nu ging ze rechterop zitten. *'Oh ja?'*

'Ja.'

Ze zuchtte. Haar vingers plukten een stofje van haar vest. Daarna keek ze hem weer aan. *'Ik moet gezond blijven voor mijn man. Ik moet voor hem zorgen, dat heb ik beloofd.'*

Peter knikte. *'Maar gezondheid hebt u niet helemaal in de hand, zoals u merkt.'*

Ze sloeg met haar vuist op het kussen. *'Ik kan het niet uitstaan,'* knarste ze.

Peter begreep het precies, dacht hij. Zelf had hij ook altijd graag de zaak onder controle.

Hoofdschuddend ging ze verder. *'Ik kan niet ziek zijn. Dat kan echt niet. Dan moet hij in een verpleeghuis. Dat kan echt niet.'*

Even flitste er irritatie door hem heen, wéér iemand die zit af te geven op het verpleeghuis, dacht hij. Maar meteen bezwoer hij zichzelf dat het daar nu niet om ging. *'U wilt op de been blijven voor hem.'* Hij probeerde haar te laten merken dat hij met haar mee dacht. *'En daar wil ik u bij helpen.'*

Het leek of ze hem niet hoorde. *'Wij moeten bij elkaar blijven,'* bezwoer ze, *'wij kunnen niet zonder elkaar.'*

Peter leunde achterover in zijn stoel. Verder praten leek hem vruchteloos, want wat hij ook zei, ze hoorde het niet. Haar missie blokkeerde elke communicatie, of moest hij het haar obsessie gaan noemen? Hij zou het laten rusten voor vandaag. *'Morgen kom ik bij u terug,'* beloofde hij.

Later die dag zag hij haar zitten in het Grand Café met haar man. De stoelen dicht bij elkaar, haar hand in de zijne, haar mond dicht bij zijn oor. Hij lachte om wat ze zei en had alleen maar oog voor haar. Een eiland van innigheid midden in het rumoerige café.

Onwillekeurig dacht hij aan Peterien, zou hij haar hand later ook zo vasthouden? Hij probeerde zich voor de geest te halen wanneer hij voor het laatst zo intiem met haar had gezeten. Het was te lang geleden. Een gevoel van grote leegte overviel hem terwijl hij naar die twee oude mensen keek. Hij draaide het café de rug toe, hij kon het niet meer aanzien.

Correspondentieadres
j.erbrink@vanneynsel.nl

Vijf jaar urineweginfecties in het verpleeghuis

Verandering in resistentiepatroon van gekweekte verwekkers

Drs. Henk-Jan Hasper, specialist ouderengeneeskunde AriënsZorgpalet, Enschede

Prof. dr. Job van der Palen, epidemioloog, Medical School Twente, Medisch Spectrum Twente, Enschede en afdeling Onderzoeksmethodologie, Meetmethoden en Data-analyse, Universiteit Twente, Enschede

Dr. Ron M.G.R. Hendrix, arts-microbioloog, Laboratorium Microbiologie Twente Achterhoek, Enschede

INLEIDING

Urineweginfecties behoren tot de meest voorkomende bacteriële infecties in verpleeghuizen, met een incidentie van ongeveer 0,5 per patiëntjaar. De diagnostiek is niet eenvoudig door de bekende symptoomarmoede en atypische presentatie bij verpleeghuisbewoners en het veelvuldig voorkomen van asymptomatische bacteriurie (50%). Frequent worden antibiotica voorgeschreven voor een urineweginfectie wat aanleiding kan zijn tot resistentievorming. Eén van de conclusies van de NVVA-Verenso-richtlijn urineweginfecties is dat het verrichten van urinekweken in het verpleeghuis van belang is voor de identificatie van de residente flora met daarbij de aanbeveling aan de hand hiervan keuzes te maken voor antibiotische behandeling van urineweginfecties.¹

DOEL

Inzicht krijgen in het resistentiepatroon van verwekkers van urineweginfecties in de Enschedese verpleeghuizen. Onderzoeken of in de Enschedese verpleeghuizen in opeenvolgende jaren verschillen optreden in het resistentiepatroon van verwekkers van urineweginfecties, waarbij de meest voorkomende verwekker, *E. coli*, ook separaat wordt beoordeeld. Tevens wordt gekeken of er een verschil is in resistentiepatronen tussen de drie verschillende verpleeghuizen in Enschede en of er een mogelijk verband bestaat met de voorgeschreven antibiotica.

METHODE

Alle positieve urinekweken uit de Enschedese verpleeghuizen in de periode 2004 tot 2009 werden beoordeeld wat betreft het resistentiepatroon van de gekweekte verwekker. Er werd gekeken naar alle kweken als geheel en separaat naar de gekweekte *E. coli*'s. Het betreft kweken uit drie verschillende organisaties, AriënsZorgpalet (AZP), Bruggerbosch (BB) en Livio, met in de bestudeerde periode alle rond de 200 patiënten. Alle kweken en resistentiebepalingen werden verricht in het Laboratorium Microbiologie Twente Achterhoek. Van ieder antibioticum werd beoordeeld hoe groot de kans op succesvolle behandeling was als het an-

tibioticum als empirische therapie werd ingezet. Dit werd bekeken over alle kweken als geheel en vervolgens ook per jaar en per organisatie om te bestuderen of er in de tijd en tussen de organisaties verschillen bestaan in het resistentiepatroon van de verwekkers van urineweginfecties.

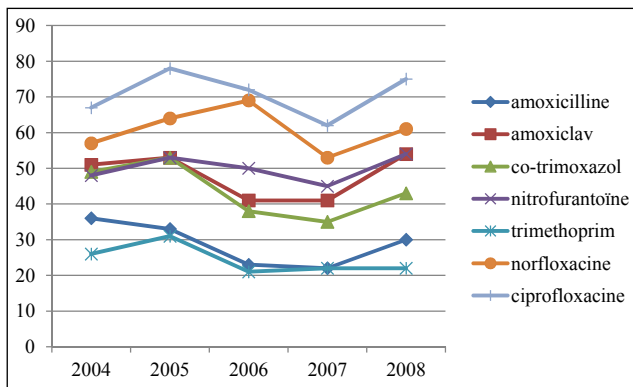
Over de periode 2004 tot 2009 werd aan de hand van gegevens van de apotheek van het Medisch Spectrum Twente, de apotheek van de drie organisaties, inzicht verkregen over de hoeveelheid voorgeschreven antibiotische kuren. Hier toe werd de totale afgeleverde hoeveelheid antibiotica gedeeld door de *Daily Defined Dose* en door zeven aangezien in de onderzochte periode veelal zevendaagse kuren werden voorgeschreven.

Statistische analyse werd verricht met de chikwadraattoets om significante verschillen tussen verschillende waarden aan te tonen en met de chikwadraattoets voor trend om significantie van een trend aan te tonen.

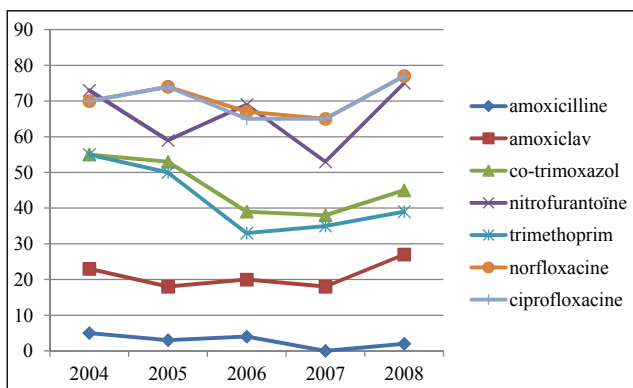
RESULTATEN

In vijf jaar werden 506 verwekkers van urineweginfecties geïsoleerd (85 tot 121 per jaar, gemiddeld 101). Het aantal positieve kweken per organisatie was niet significant verschillend. In totaal werd 213 keer een *E. coli* gekweekt (42%). Het percentage *E. coli* varieerde per jaar tussen 36 en 46% waarbij er geen significante verschillen tussen de jaren en tussen de organisaties bestonden. De gevoeligheid voor de verschillende antibiotica van alle gekweekte verwekkers, onderverdeeld per jaar, is weergegeven in figuur 1.

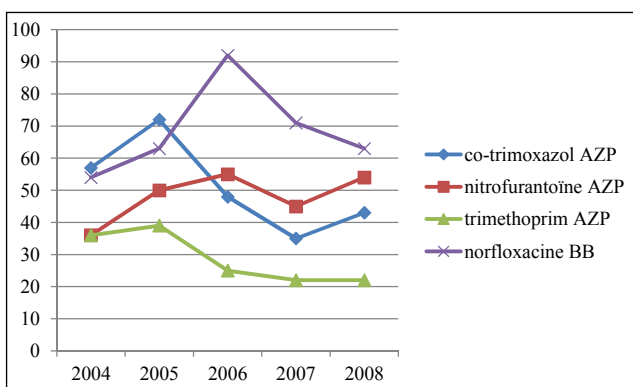
In de verschillende jaren is er per antibioticum wel sprake van verschillende effectiviteit, maar er is geen sprake van significante verschillen tussen de verschillende jaren en er blijkt ook geen significante trend over de jaren te bestaan. Opvallend is de beperkte kans op succesvolle antibiotische therapie kijkend naar deze getallen. Gemiddeld over de jaren genomen is de gevoeligheid voor amoxicilline 29%, Augmentin (amoxicilline-clavulaanzuur) 48%, trimethoprim 25%, Bactrimel (co-trimoxazol) 45%, Furadantine (nitrofurantoïne) 50%, norfloxacin 61% en Ciproxin (ciprofloxacin) 71%.



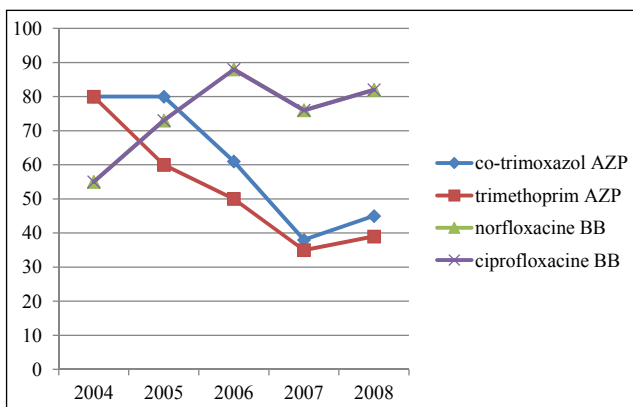
Figuur 1. Gevoeligheid van alle verwekkers weergegeven in percentage van totaal in de verschillende jaren.



Figuur 2. Gevoeligheid van E. coli weergegeven in percentage van totaal in de verschillende jaren.



Figuur 3. Gevoeligheid van alle verwekkers weergegeven in percentage van totaal per organisatie in de verschillende jaren.



Figuur 4. Gevoeligheid van E. coli weergegeven in percentage van totaal per organisatie in de verschillende jaren.

De gevoeligheid voor de verschillende antibiotica van alle gekweekte E. coli, onderverdeeld per jaar, is weergegeven in figuur 2. Ook voor de E. coli is er in de jaren sprake van een verschillende effectiviteit van de verschillende antibiotica. Statistische analyse laat geen significante verschillen zien tussen effectiviteit in de verschillende jaren. Wel is er een bijna significante dalende trend van de gevoeligheid voor trimethoprim in de jaren ($p = 0,056$). E. coli is over de jaren gemiddeld nog goed gevoelig voor nitrofurantoïne (66%) en de chinolonen (70%). Kijkend naar alle verwekkers over de jaren en hun gevoeligheid per organisatie, dan zijn er een aantal trends waar te nemen waarvan één duidelijk significant (figuur 3).

De trend voor een afnemende gevoeligheid van verwekkers voor co-trimoxazol binnen AZP is significant ($p = 0,012$), de trend voor toenemende gevoeligheid voor nitrofurantoïne binnen AZP is bijna significant ($p = 0,063$), evenals de trend voor afnemende gevoeligheid voor trimethoprim binnen AZP ($p = 0,056$). De gevoeligheid voor norfloxacine binnen BB is tussen de jaren significant verschillend ($p = 0,007$) en de trend naar toenemende gevoeligheid is bijna significant ($p = 0,086$). Kijkend naar E. coli over de jaren en de gevoeligheid per organisatie, dan zijn er een aantal trends waar te nemen (figuur 4).

Er is een significant afnemende gevoeligheid voor trimethoprim ($p = 0,012$) en voor co-trimoxazol ($p = 0,030$) binnen AZP. Ook is er een identiek verlopende bijna significante toenemende gevoeligheid voor norfloxacine en ciprofloxacine ($p = 0,072$) binnen BB. Als we kijken naar verschil in gevoeligheid van verwekkers tussen de verschillende huizen, dan zijn er ook duidelijke verschillen zoals weergegeven in tabel 1.

Er is binnen BB significant grotere kans op effectiviteit bij inzetten van ciprofloxacine en een bijna significant grotere kans bij inzetten van norfloxacine dan binnen AZP of Livio. Bij beoordeling van de gevoeligheid van de E. coli blijkt deze binnen BB bijna significant minder gevoelig te zijn voor amoxicilline-clavulaanzuur dan binnen AZP en Livio. Verder blijkt de E. coli binnen AZP significant beter gevoelig te zijn voor trimethoprim en co-trimoxazol dan binnen BB of Livio (tabel 2).

Gegevens over in de Enschedese regio in de onderzochte periode voor urineweginfecties meest voorgeschreven antibiotica worden weergegeven in de figuren 5, 6 en 7 voor respectievelijk nitrofurantoïne, co-trimoxazol en ciprofloxacine.

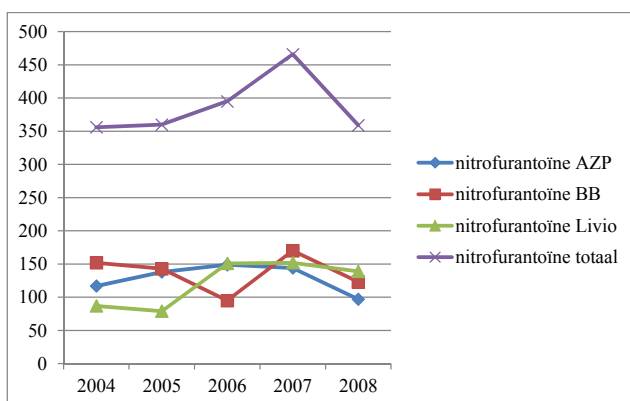
Het is niet mogelijk om met de beschikbare gegevens te beoordelen of er significante verschillen zijn in hoeveelheid voorgeschreven antibiotica per organisatie. Wel valt op dat voor alle jaren co-trimoxazol het minst wordt voorgeschreven in AZP en ciprofloxacine het minst in BB.

	Gevoeligheid alle verwekkers 2004 – 2009 in procent			
	AZP	BB	Livio	p
Norfloxacin	56,7	67,9	58,2	0,081
Ciprofloxacine	67,3	77,8	67,0	0,050

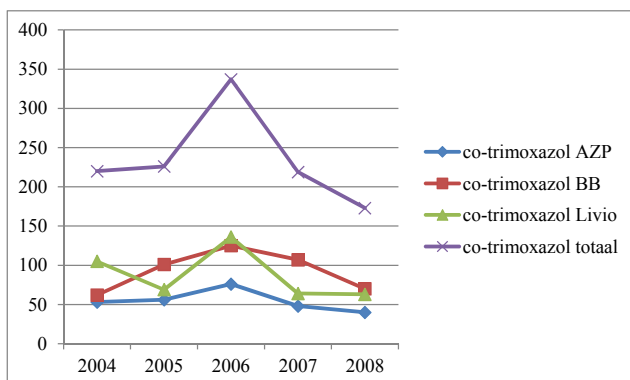
Tabel 1. Gevoeligheid van alle verwekkers in de verschillende organisaties per antibioticum.

	Gevoeligheid E. coli 2004 – 2009 in procent			
	AZP	BB	Livio	p
Amoxiclav	24,6	12,0	27,3	0,051
Co-trimoxazol	65,6	40,0	35,1	0,001
Trimethoprim	55,7	38,7	33,8	0,027

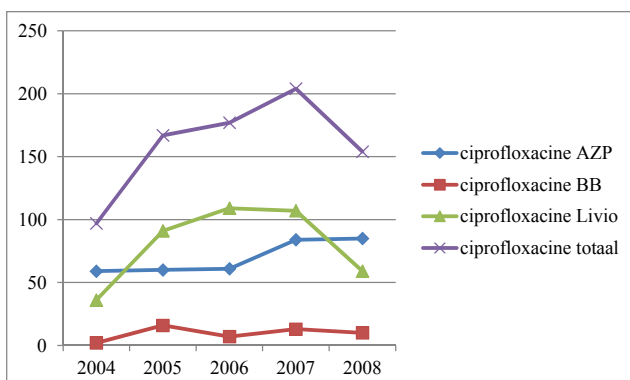
Tabel 2. Gevoeligheid E. coli in de verschillende organisaties per antibioticum.



Figuur 5. Aantal kuren nitrofurantoïne per jaar, per organisatie en totaal.



Figuur 6. Aantal kuren co-trimoxazol per jaar, per organisatie en totaal.



Figuur 7. Aantal kuren ciprofloxacine per jaar, per organisatie en totaal.

Dit verklaart mogelijk de significant grotere gevoeligheid van E.coli binnen AZP voor co-trimoxazol en de significant grotere gevoeligheid van alle verwekkers binnen BB voor ciprofloxacine. De afnemende gevoeligheid voor co-trimoxazol van E.coli binnen AZP is hier echter niet mee verklaard.

DISCUSSIE

Opvallend is de lage effectiviteit die voor de verschillende antibiotica wordt gevonden (van 25% tot maximaal 71%), zeker ook als dit wordt vergeleken met de data van Vromen et al. (van 41% tot maximaal 91%)² en Kieftenburg et al. (van 44% tot maximaal 80%).³ De verklaring hiervoor is zeer waarschijnlijk er in gelegen dat in tegenstelling tot de genoemde onderzoeken, waarbij voorafgaande aan eerste antibiotische therapie werd gekweekt, in de onderzochte periode in de Enschedese verpleeghuizen kweken meestal pas werden verricht nadat eerste empirische antibiotische therapie geen effect had of er kort na een behandelde urineweginfectie wederom klachten van een urineweginfectie optraden.

Verder treden er significante verschillen op in antibiotische gevoeligheid van verwekkers van urineweginfecties waarbij er verschillen zijn binnen organisaties en tussen organisaties. Op zich zijn deze verschillen verrassend binnen een kleine regio waarbinnen in principe binnen de onderzochte organisaties volgens hetzelfde formularium antibiotica worden voorgeschreven.

In de praktijk lijkt dit echter anders te liggen gezien de gevonden verschillen in de aantal voorgeschreven antibiotica kuren voor urineweginfecties. Binnen AZP wordt minder gebruik gemaakt van co-trimoxazol en binnen BB minder van ciprofloxacine. Mogelijk verklaart dit de verhoogde gevoeligheid voor alle verwekkers voor chinolonen binnen BB en de verhoogde gevoeligheid van E. coli voor co-trimoxazol binnen AZP.

De trends voor toenemende gevoeligheid voor chinolonen binnen BB en afnemende gevoeligheid voor trimethoprim-sulfamethoxazol binnen AZP zijn hiermee echter niet te verklaren. Wel valt op dat de in Enschede meest voor urineweginfecties gebruikte antibiotica, nitrofurantoïne, co-trimoxazol en de chinolonen (norfloxacin en ciprofloxacin) zowel voor alle verwekkers als voor E.coli de meest effectieve antibiotica zijn.

Het is verstandig per organisatie resistentie van verwekkers te monitoren

CONCLUSIE

Er treden over de onderzochte jaren verschillen op in de resistentie van de verwekkers van urineweginfecties in verpleeghuizen. Deze verschillen treden op per jaar, in de loop van de jaren en tussen de verschillende onderzochte verpleeghuizen. Er lijkt een verband te bestaan tussen veranderingen in resistentie en de hoeveelheid voorgeschreven antibiotica.

De meest voor urineweginfecties voorgeschreven antibiotica in de Enschedese verpleeghuizen zijn de antibiotica waarvoor de verwekkers van urineweginfecties het meest gevoelig zijn.

Gezien de geconstateerde veranderingen in resistentie is het verstandig om per organisatie resistentie van verwekkers van urineweginfecties te monitoren en zo nodig het antibioticabeleid aan te passen, daar de hoeveelheid voorgeschreven antibiotica invloed lijkt te hebben op het geconstateerde resistentiepatroon. Dit is een ondersteuning van het in de NVVA-Verenso-richtlijn urineweginfecties gegeven advies.

LITERATUUR

1. Went PBM, Achterberg WP, Bruggink RI, Ellen-van Veenen MJ, Pelzer DHF, Rondas AALM, Schep-de Ruiter EPR, Richtlijn Urineweginfecties NVVA '06.
2. Vromen M, Ven AJAM van der, Knols A, Stobberingh EE. Antimicrobialresistancepatterns in urinaryisolates in nursing home residents. *J Antimicrob Chemother* 1999 Jul;44(1):113-6.
3. Kieftenburg CJA, Bor HHJ, Dijk PTM van. Antibiotica en urineweginfecties in een verpleeghuis. *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde* 2008;33(1):24-8.

Correspondentieadres

h.hasper@arienzorgpalet.nl

ANTWOORDEN KENNISTOETS

1. Het gaat om de volgende risicofactoren:
 - Verminderde nierfunctie
 - Verminderde cognitie
 - Verhoogd valrisico
 - Signalen van verminderde therapietrouw
 - Niet zelfstandig wonend
 - Niet geplande ziekenhuisopname
2. De medicatiebeoordeling bestaat uit de volgende vijf stappen:
 - a. Farmacotherapeutische anamnese (aan de hand van een gestructureerde vragenlijst)
 - b. Farmacotherapeutische analyse
 - c. Overleg tussen apotheker en arts, die samen een farmacotherapeutisch behandelplan opstellen
 - d. Terugkoppeling naar de patiënt (en/of mantelzorger) en andere behandelaars
 - e. Follow-up (evaluatie en monitoring)
3. Een farmacotherapeutische analyse bestaat uit de volgende onderdelen. Is er sprake van:
 - onderbehandeling
 - niet effectieve farmacotherapie
 - overbehandeling
 - (potentiële) bijwerkingen
 - klinische relevante contra-indicatie en interactie
 - onjuiste dosering
 - problemen bij gebruik
4. Dat percentage varieert van ruim 10% bij zelfstandig wonende ouderen tot 40% bij bewoners van verpleeghuizen.
5. Juist.

Op grond van specifieke patiëntkenmerken kunnen er argumenten zijn om toch voor een risicogeneesmiddel te kiezen.

LITERATUUR

Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, 2012. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht.

Samenwerking in academische netwerken

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

EVALUATIE VAN HET ZORGPROGRAMMA 'DOEN BIJ DEPRESSIE'

Onderzoek en patiëntenzorg binnen het UKON

Dit project is in 2007 begonnen met een consensustraject over meetschalen voor 'stemming'. Samen met de psychologen van de UKON-huizen werd overeenstemming bereikt over het gebruik van meet instrumenten en is een eerste aanzet gemaakt voor een zorgprogramma. Er werd een ZonMw-subsidie aangevraagd door Debby Gerritsen, psycholoog en senioronderzoeker bij het UKON, en begin 2009 startte psycholoog Roeslan Leontjevas met zijn onderzoek.

Het zorgprogramma beoogt de opsporing en behandeling van depressie bij mensen in een verpleeghuis te verbeteren. Het *Addendum Ouderen* (Kok, 2008) bij de multidisciplinaire richtlijn voor depressie (CBO, 2005) bood hiervoor aanknopingspunten, maar een richtlijn voor ouderen is niet zomaar geschikt voor mensen in een verpleeghuis en is bovendien geen concreet en direct implementeerbaar werkplan. Het UKON heeft daarom het multidisciplinaire zorgprogramma 'Doen bij Depressie' ontwikkeld met een evidence based uniformering van de herkenning, screening, diagnostiek en behandeling van een depressie. De implementatie van het zorgprogramma omvat onder meer een scholing voor verzorgenden en een training voor psychologen in 'Life Review' therapie (Dierbare herinneringen). Verder is uitgewerkt hoe de samenwerking tussen de disciplines moet verlopen en hoe deze nieuwe werkwijze geïntegreerd kan worden in het zorgproces. Door deze geprotocolleerde manier van werken werd een effect verwacht op de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de cliënt.

Evaluatiestudie

Om de effectiviteit te onderzoeken werd een gecontroleerde studie uitgevoerd bij cliënten op 33 verpleeghuisafdelingen (psychogeriatric en somatiek). Alle afdelingen startten als controleafdeling en op enig moment, door het toeval bepaald, werd het zorgprogramma geïmplementeerd. In dit *stepped-wedge design* stapte iedere afdeling dus over van de controle- naar de interventiegroep en aan het einde van de studie is op elke afdeling het zorgprogramma geïmplementeerd.

De gegevensverzameling van het onderzoek duurde twintig maanden. Elke vier maanden werd op alle afdelingen een meting uitgevoerd. Naast het vaststellen van het aantal cliënten met depressieve symptomen of depressie zijn ook andere variabelen gemeten, waaronder kwaliteit van leven van cliënten. *Voorlopige resultaten* laten zien dat bewoners van afdelingen die het zorgprogramma 'Doen bij Depressie' hebben ingevoerd, een toename in de kwaliteit van leven ervaren. Ook worden er minder depressieve klachten gemeld en daalt het percentage depressieve cliënten. Op de afdelingen waar het zorgprogramma weinig of niet is uitgevoerd is dit niet te zien. De procesevaluatie geeft aanknopingspunten voor verbetering van de implementatie.

Promotie

Vijf artikelen zijn inmiddels gepubliceerd en op 24 september 2012 zal Roeslan Leontjevas zijn proefschrift met de titel 'Act in case of Depression! Validation and effectiveness of a multidisciplinary depression care program in nursing homes' verdedigen. (Co)promotoren zijn: prof. R. Koopmans, prof. M. Vernooij-Dassen, dr. D. Gerritsen en dr. M. Smalbrugge).

Hoe nu verder?

Momenteel wordt er gewerkt aan een compacte versie van het zorgprogramma, een e-learning module voor verzorgenden en een implementatieprogramma, zodat het zorgprogramma beter gebruikt wordt en we daadwerkelijk gaan **Doen bij Depressie**.

Literatuur

1. UKON (voorheen UVNN). *Meetschalen stemming in het verpleeghuis: verslag van consensustraject stemming*. UVNN-rapport, 2007.
2. Kok R. *Multidisciplinaire richtlijn depressie, Addendum ouderen*. 2008, CBO/ Trimbosinstituut.
3. CBO (2005) *Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie*.
4. Leontjevas R, et al. *Process Evaluation to Explore Internal and External Validity of the "Act in Case of Depression" Care Program in Nursing Homes*. *J Am Med Dir Assoc* 2012 Apr 19.

INTERVIEW

Een specialist ouderengeneeskunde aan het woord

Sinds de oprichting van het Universitair Verpleeghuis Netwerk Zuid-Holland (UVN-ZH) in 2005, is Marente lid van het netwerk en staat participatie in wetenschappelijk onderzoek binnen de organisatie op de agenda.

Maartje Klapwijk, specialist ouderengeneeskunde binnen Marente, werkt al zo'n tien jaar op een psychogeriatrische afdeling van verpleeghuis Van Wijckerslooth, in Oegstgeest, waar zij ook haar opleiding heeft gedaan.

Eén van de belangrijke drijfveren voor Maartje Klapwijk is het verbeteren van de zorg aan ouderen met dementie, waaraan zij door participatie in wetenschappelijk onderzoek haar bijdrage wil leveren. Ze heeft onder andere meegedaan aan een studie naar de kwaliteit van levens-eindezorg bij dementie. Regelmatig geeft zij ook lezingen over dit thema aan collega's in het land.

Toen zij hoorde dat 'kwaliteit van leven bij dementie' één van de thema's van het UVN-ZH is, heeft zij contact opgenomen met Prof. dr. Wilco Achterberg, voorzitter van het UVN-ZH en zijn zij in gesprek geraakt om te kijken hoe ze meer betrokken kan worden bij de wetenschappelijke onderbouwing van de verbetering van de kwaliteit van leven van demente ouderen. Ook Marente geeft haar de ruimte haar doel te bereiken en dit heeft er in geresulteerd dat zij per 1 september 2012 kan starten met een promotietraject. Maartje wil vooral wetenschappelijke evidence en de praktijk bij elkaar brengen en persoonlijk bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van leven van demente ouderen.

Maartje is enthousiast over de projectgroep 'kwaliteit van leven' bij dementie van het UVN-ZH. Vooral de multidisciplinaire samenwerking in deze projectgroep geeft een extra impuls aan het thema en is een goede inspiratiebron om het thema verder te ontwikkelen.

In de komende jaren zullen we zeker nog van haar gaan horen.

PRAKTIJKVOORBEELDEN: NIET EVIDENCE BASED, WEL HANDIG!

Patiëntenzorg binnen het UNO-VUmc

Dit zijn onderwerpen die niet direct vragen om een wetenschappelijke onderbouwing, maar waarin het wel handig is als mensen elkaar weten te vinden.

Het UNO-VUmc is opgericht om wetenschap en praktijk met elkaar te verbinden. Maar in een netwerk is ook veel kennis aanwezig die niet evidence based is maar die wel degelijk kan leiden tot betere zorg.



Om deze kennis beschikbaar te maken voor andere UNO-deelnemers is de website van het UNO vorig jaar uitgebreid met de database *Praktijkvoorbeelden*.

Hierin staan voorbeelden van projecten in UNO-instellingen waar anderen iets aan kunnen hebben. Het kan gaan om een kant-en-klaar protocol, maar ook om een werkwijze die goed werkt maar misschien nog niet op papier staat.

Van elk praktijkvoorbeeld staat beschreven wat het onderwerp is, wat er beschikbaar is (bijvoorbeeld een protocol), of de effectiviteit is onderzocht en wie contactpersoon is voor informatie.

Behandelaars en verzorgenden kunnen zelf praktijkvoorbeelden toevoegen uit hun eigen instelling. Deelnemers aan ons netwerk kunnen een kijkje nemen in het aanbod. Zo hoeft niet iedereen zelf het wiel uit te vinden en vinden goede ideeën hun weg naar andere organisaties!



KWALITEIT VAN LEVEN BIJ DEMENTIE

Onderzoek binnen het UVN-ZH

Eén van de thema's waar het UVN-ZH zich op richt is 'kwaliteit van leven bij cognitief beperkte ouderen'. Een thema dat binnen de stuurgroep en de participerende organisaties binnen het netwerk breed gedragen wordt.

Er is behoefte aan verbetering van kwaliteit van leven bij mensen met dementie, maar het is niet duidelijk hoe je de kwaliteit van leven kunt verbeteren en welke methode je daarvoor kunt gebruiken, bijvoorbeeld bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen met dementie. Vanuit de professionals (specialisten ouderengeneeskunde, verzorgenden, fysiotherapeuten, et cetera) is er wel grote behoefte aan meer kennis en handvatten en ook de familie van bewoners wil hieraan bijdragen.

Maar hoe kan zo'n breed thema vorm gegeven worden en leiden tot meer kennis over de factoren die de kwaliteit van leven beïnvloeden? Om deze vraag te beantwoorden is

in september 2011 binnen het UVN-ZH een projectgroep 'kwaliteit van leven bij dementie' opgericht. Aan deze multidisciplinaire projectgroep nemen vertegenwoordigers uit alle deelnemende organisaties uit het UVN-ZH deel. Gezamenlijk werken zij aan een onderzoeksplan om de kwaliteit van leven van mensen met dementie in kaart te brengen en het beschrijven van de interventies die deze kwaliteit van leven kunnen bevorderen.

In fase 1 van het onderzoek wordt de huidige kwaliteit van leven van PG-bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen beschreven. In de tweede fase wordt onderzocht op welke domeinen interventies mogelijk zijn om kwaliteit van leven te bevorderen en welke interventies hiervoor het meest geschikt zijn.

Het is een ambitieus project, dat binnen drie werkgroepen: 'visie op kwaliteit van leven', 'literatuuronderzoek en methodologie' en 'training en implementatie', verder wordt uitgewerkt, en dat als kapstok zal gelden voor ons wetenschappelijk onderzoek in de komende jaren.



Verenso jubileum

40 jaar zelfstandig en zelfbewust

Mieke Draijer, voorzitter Verenso



De afgelopen 40 jaar is er veel veranderd, veel ontwikkeld en veel verbeterd. Wij kunnen er trots op zijn dat een groot aantal verpleeghuisartsen en nu ook specialisten ouderengeneeskunde aan de wieg hebben gestaan van nieuwe ontwikkelingen. Dat ze dingen in gang hebben gezet en zich hebben ingezet voor een betere zorg voor kwetsbare ouderen en chronische patiënten. Voor de één betekende dit onderwijs en onderzoek, de ander richtte zich meer op de patiëntenzorg. Juist die gezamenlijke aanpak van wetenschap en praktijk heeft zijn vruchten opgebracht voor ons vakgebied.

Verenso is 40 jaar en viert dat op 29 én 30 november!

Verenso bestaat dit jaar 40 jaar. Daarom krijgt ons jaarcongres een extra feestelijk karakter. We kunnen er ook wat langer van genieten, want we beginnen al op donderdagmiddag 29 november en gaan door tot vrijdagmiddag 30 november. Een bijzonder programma op een bijzondere locatie: we gaan aan boord van het SS Rotterdam!

We beginnen op donderdagmiddag eerst met de algemene ledenvergadering. Voor vier leden hopen we aan deze dag een extra tintje te geven door hen tijdens de vergadering te benoemen als erelid. Het gaat om vier specialisten ouderengeneeskunde die bijzondere daden hebben verricht voor de beroepsgroep en voor de vereniging. Kom dus allemaal naar de vergadering om deze leden te feliciteren alvorens u zich vakinhoudelijk laat bijpraten tijdens het symposium 'Een hartig woordje' en we daarna met elkaar al swingend verder praten op het jubileumfeest.

Op vrijdag 30 november is het jaarcongres 'Kleine aandachtsgebieden? Grote aandacht!'. Ons jubileumcongres krijgt al meteen kleur met een optreden van ondermeer de (demissionaire) staatssecretaris van VWS en daarna met een uniek debat waarbij onze hoogleraren hun gedachten laten gaan over de komende 40 jaar zorg voor kwetsbare ouderen. Zij

krijgen daarbij weerwerk van jongere en oudere opponenten. Die zullen ons beroep en onze doelgroep vanuit zeer diverse invalshoeken benaderen.

De specialist ouderengeneeskunde heeft een uniek vak en dat blijkt ook weer tijdens dit congres. Tijdens de uitoefening van het vak komen we vele rariteiten en minder bekende ziektebeelden tegen. Ook daar moeten we ons als dokter mee weten te redden en vaak lukt dat ook wel met meer of minder succes. Het leek de congrescommissie goed dit jaar die kleine aandachtsgebieden op de kaart te zetten. De onderwerpen waarover bij het reguliere scholingsaanbod weinig te vinden is, omdat het gewoon te weinig voorkomt of omdat er maar weinig dokters zijn die zich hiermee bezighouden. Maar ons vak zit vol van unieke problemen en ziektebeelden en hun unieke behandelingen.

De parallelsessies leveren u een luxeprobleem op. Met meer krenten dan pap in het programma, wordt het kiezen welke sessies u gaat bijwonen een 'uitdaging'. Gaat u meedenken over de ethische dilemma's rond het zelfgekozen levens-einde of bent u meer geïnteresseerd in de ontwikkelingen rond Huntington? Of wilt u geïnspireerd worden tot ondernemerschap, al dan niet als dienstverbander? Kiest u voor coma, alcohol- en medicijnverslaving of toch voor samenwerking met huisartsen? Wilt u bijspijkeren op het gebied van Parkinson, het taboe van lust en liefde bij kwetsbare ouderen slechten of horen over de samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts? Ik voorzie onrustige momenten voor mezelf en alle collega's als het moment van kiezen is aangebroken.

Maar stel niet te lang uit. De inschrijving start een dezer dagen. Houd daarom zowel uw brievenbus als uw mailbox goed in de gaten en schrijf u in voor deze twee onvergetelijke dagen op het SS Rotterdam!

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

Leergang Ouderengeneeskunde

6 september	Arts en Recht (Boerhaave Nascholing)
20 september	Vorderingen specialisme ouderengeneeskunde (Boerhaave Nascholing)
20 september, 18 oktober, 15 november, 13 december en 17 januari 2013	Aan de slag: specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen sterk voor kwetsbare ouderen thuis (Gerion)
27 september	Cicero symposium: Zorg om vrijheid (Gerion)
26 oktober	Bewegen, beleven rond het sterven (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Een masterclass voor artsen en verpleegkundigen en andere disciplines, op weg van kennis en kunde naar kunst. Dit is een boeiend proces waarin bewustzijn en bewust zijn een grote rol spelen. Door een interactieve aanpak wordt bewuste kwaliteit en onbewuste kracht gestimuleerd. De dag gaat over eenzaam zijn en voelen, verplaatsen en verbinden. Over bewegen richting patiënt en naar jezelf. Over situaties die empathie vereisen en een beroep doen op eigen kwetsbaarheid en benaderbaarheid. Een dag om te groeien in vakmanschap.</i>
1 november	KNO en Oogheelkunde (Boerhaave Nascholing)
19 - 23 november	Basiscursus Palliatieve Zorg specialisten ouderengeneeskunde (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	Het vervolg, deel 3: nascholing voor kaderartsen (Gerion)
29 en 30 november	Lijden en dood in de filosofie (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>De cursus gaat ook over u en zal, zoals het lijden en de dood, confronterend zijn en u dus niet onbewogen laten. Maar u zult tegelijk na afloop verrijkt en wijzer geworden weer naar huis vertrekken. De volgende filosofen worden tijdens deze cursus besproken:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Levinas over de mens als kwetsbaarheid • Schopenhauer en de nutteloosheid van het lijden • Nietzsche en het nut van het lijden • Levinas over het nutteloze en "nuttige" lijden • Heidegger en Levinas over authenticiteit in verband met de dood
14 december 2012	'We kunnen nog zeker iets voor u doen!' Mogelijkheden in de palliatieve zorg bij de oudere patiënt met kanker (PAO Heyendael) <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>
14 maart 2013	Farmacotherapie in het verpleeghuis* (PAO Heyendael) <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, geriateren en apothekers.</i>

*De titel van deze cursus is nog onder voorbehoud.



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 dr. Jos W.P.M. Konings
jkonings@zuweezorg.nl