

38e jaargang no. 6 | december 2013



Wel of niet opereren bij heupfracturen

Goede dossiervoering, een noodzaak

Chronisch blaas- en katheterspoelen

Memantine voor agitatie bij Alzheimer?

verenSo
specialisten in
ouderengeneeskunde

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

De mensen zijn hier wakker geworden



276

Goede dossiervoering, een noodzaak



279

EUGMS congres 2013



292

In dit nummer

Wetenschap en praktijk

- 264 Anemie in Nederlandse woonzorgcentra
- 269 Wel of niet opereren bij heupfracturen
- 279 Goede dossiervoering, een noodzaak
- 288 Wanneer kan de patiënt naar huis?
- 293 Chronisch blaas- en katheterspoelen
- 296 De ziekte van Huntington

Verslag

- 274 Geriatrische revalidatie
- 276 'De mensen zijn hier wakker geworden'

Boekbespreking

- 275 Diabeteszorg aan het eind van het leven
- 283 Insulinetherapie in de eerste lijn
- 300 Effectief zoeken en beoordelen van medische literatuur

Critical Appraised Topic (CAT)

- 281 Memantine voor agitatie bij Alzheimer?

Beschouwing

- 284 Medische zorg voor ouderen

Actueel

- 287 Geriatrische revalidatie zichtbaar!

Vaste rubrieken

Redactioneel

- 263 Redactioneel

Amuse

- 273 Tijd om te gaan

Digitaal

- 291 Ouderengeneeskunde 2.0

Bureau Verenso

- 292 EUGMS congres 2013
- 301 Woord voorzitter

Leergang Ouderengeneeskunde

- 302 Leergang Ouderengeneeskunde

Colofon

Hoofredacteur

Drs. Martin W.F. van Leen

Redactie

Drs. Annelore H. van Dalen-Kok
Drs. Jacobien F. Erbrink
Drs. Aafke J. de Groot
Dr. Jos W.P.M. Konings
Dr. Susanne J. de Kort
Dr. Dika H.J. Luijendijk
Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

Eindredactie

Drs. Marjolijn Bontje, dchg medische communicatie
Drs. Lauri P.M. Faas, Verenso
Judith Heidstra, Verenso

Redactieadres en inleveren kopij

Bureau Verenso, Judith Heidstra
Postbus 20069, 3502 LB UTRECHT
redactie@verenso.nl

Abonnementen

Abonnement Nederland € 72,50 per kalenderjaar
Abonnement buitenland € 150,00 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

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

Copyright© 2013

Redactioneel

Martin van Leen, hoofdredacteur

Dit is alweer het laatste nummer van ons tijdschrift van dit jaar. 2013 was een bewogen jaar voor de ouderenzorg in Nederland. Binnen Verenso vindt per januari 2014 de wisseling van voorzitter plaats, Mieke Draijer wordt opgevolgd door Nienke Nieuwenhuizen. Namens de redactie wil ik Mieke danken voor haar grote inzet, de plezierige manier waarop zij haar werk heeft gedaan en voor de vele goede resultaten die ze in de laatste jaren heeft behaald. Wij vertrouwen erop dat Nienke het stokje op een gelijke wijze, uiteraard met haar eigen tinten, overneemt en wij wensen haar daarbij veel succes.

Door noodzakelijke bezuinigingen van de regering gaat er in 2014 al veel, en in 2015 mogelijk nog meer, veranderen. Deze veranderingen geven organisaties enorm veel extra werk en door het risico op verlies van werkgelegenheid geven ze onrust bij medewerkers. Het zou bij specialisten ouderengeneeskunde een grote verschuiving in de werkzaamheden met zich mee kunnen brengen. Toch biedt dit kansen voor ons! Binnen de groep huisartsen en bij zorgverzekeraars groeit het besef dat er een duidelijke ondersteunende rol van specialisten ouderengeneeskunde is bij de zorg van kwetsbare ouderen. Huisartsen vragen steeds meer de zorgmodule kwetsbare ouderen bij de zorgverzekeraars aan. De adviseerende rol van specialisten ouderengeneeskunde is een onderdeel van dit contract. Ik ben van mening dat deze ontwikkeling een boost kan zijn voor onze professie en die moeten we niet laten liggen. Middels een bijdrage van Henri Plagge wordt extra aandacht in dit nummer gegeven aan de positionering van de specialist ouderengeneeskunde.

Essentieel voor ons vak is een goede dossiervoering. Verenso geeft hierbij ondersteuning. Zij doet dit onder meer door een goede definiëring te maken van het eisenpakket. Een gecertificeerd dossier is een must voor het intramuraal werken en hopelijk realiseren de softwareleveranciers snel een pakket dat een koppeling met de huisartsendossiers biedt.

In dit nummer vindt u ondersteuning bij uw besluitvorming tot al dan niet intramuraal behandelen van heupfracturen en anemie. In een eerder dit jaar verschenen themanummer is al aandacht besteed aan de ziekte van Huntington. In dit nummer een verdieping van dit onderwerp.

Verenso ondersteunt specialisten ouderengeneeskunde met handreikingen en richtlijnen, zo ook met een richtlijn rond katheterproblematiek. Loes van Roekel geeft een analyse over de feitelijke toepassing van katheterbeleid in een intramurale keten van verpleeg- en verzorgingshuizen. Naast een aantal informatieve artikelen is er in dit nummer ook aandacht voor ontslag uit revalidatiezorg. De DBC-structuur wordt steeds duidelijker. Er komen uit den lande geluiden dat zorgkantoren kortere perioden per revalidatiediagnose gaan offeren. Hierdoor komt druk op ontslag ook meer in beeld.

Rest mij u namens de redactie een gezond en innovatief 2014 toe te wensen. Als redactie zullen we trachten u ook komend jaar een groot aantal leerzame artikelen vanuit wetenschap en management aan te bieden.

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

- Terug naar inhoudsopgave -

Anemie in Nederlandse woonzorgcentra

Prevalentie en huidig medisch diagnostisch handelen

Maaïke N. Scheffers-Barnhoorn, MSc, aios ouderengeneeskunde, Marente Sassenheim

Dr. Martin Smalbrugge, specialist ouderengeneeskunde, GERION/afdeling huisartsengeneeskunde en ouderengeneeskunde, VUmc Amsterdam

Nienke Snitjer, specialist ouderengeneeskunde GERION/afdeling huisartsengeneeskunde en ouderengeneeskunde, VUmc en Amstelring Amsterdam

INLEIDING

Uit internationale literatuur blijkt dat anemie een hoge prevalentie heeft onder de geriatrische populatie (> 65 jaar), met name onder verpleeghuisbewoners (48-63%).¹⁻⁶

Gegevens over de prevalentie van anemie onder Nederlandse geïnstitutionaliseerde ouderen (verpleeg- en verzorgingshuispatiënten) ontbreken. In de algemene geriatrische populatie heeft de Leidense 85+ studie een prevalentie van 26,7% gevonden.⁷ De anemie in de geriatrische populatie lijkt overwegend mild te zijn: onder niet geïnstitutionaliseerde ouderen heeft slechts < 1% een Hb onder de 10 g/dL (6,2 mmol/L),² voor geïnstitutionaliseerde ouderen is dit 11,4-19%.^{4,8}

Anemie is bij ouderen geassocieerd met een verminderde kwaliteit van leven (onafhankelijk van comorbiditeit), afhankelijkheid in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), vermoeidheid, depressieve symptomen, vallen en ziekenhuisopnames.^{3,7,9,10} Tevens bestaat er een verhoogd risico op mortaliteit, onafhankelijk van de bestaande co-

morbiditeit.^{7,10} Het verhoogde risico op mortaliteit geldt niet alleen voor matig-ernstige anemie, maar ook bij milde anemie, en lijkt in het bijzonder te gelden voor de anemie door chronische inflammatie.¹⁰

Deze met anemie samenhangende negatieve (gezondheid) risico's roepen de vraag op of diagnostiek en therapie wenselijk en noodzakelijk zijn. Analyse van de etiologie van de anemie is echter niet eenvoudig vanwege de diversiteit aan oorzaken van anemie. Een landelijke richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van anemie voor de geriatrische doelgroep ontbreekt. Wel heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de standaard Anemie, maar deze is voor een bredere doelgroep dan ouderen.¹¹ Tevens is er een handreiking Anemie voor diagnostiek en behandeling van anemie bij kwetsbare ouderen.¹² Of de standaard en de handreiking bruikbaar zijn en gebruikt worden bij diagnostiek en behandeling van anemie bij kwetsbare geïnstitutionaliseerde ouderen is niet bekend. Het doel van dit onderzoek is om een beeld te vormen van de omvang van

ACHTERGROND Anemie heeft in de geriatrische populatie een hoge prevalentie en lijkt tevens geassocieerd te zijn met negatieve gezondheidsuitkomsten.

DOEL Een beeld te vormen van de omvang van anemie onder bewoners van Nederlandse verpleeg- en verzorgingshuizen en van het medisch diagnostisch handelen bij anemie.

METHODE Middels retrospectief cohortonderzoek (dossieronderzoek) is de prevalentie van anemie bepaald. Om het medisch diagnostisch handelen van anemie in kaart te brengen is bij een geselecteerde groep anemische patiënten aanvullend dossieronderzoek verricht evenals semigestructureerde interviews met de behandelende artsen.

RESULTATEN De prevalentie van anemie was 45,5% (gehele onderzoekspopulatie; n=277), 49,1% (verzorgingshuis), 47,0% (verpleeghuis chronische somatiek) en 33,3% (verpleeghuis psychogeriatric). De anemie was overwegend mild (87,7%) en normocytair van aard (84,4%). Anemische patiënten hadden significant vaker nierfunctiestoornissen (prevalentie 50,0%). Medische (algemene en anemiegerelateerde) overwegingen en de wens van de patiënt zijn van invloed op de keuze om al dan niet diagnostiek in te zetten naar de etiologie van anemie. Het algoritme van de NHG-standaard Anemie wordt gebruikt als leidraad voor diagnostiek bij anemie.

DISCUSSIE Milde, normocytair anemie komt veel voor bij verzorgingshuis- en verpleeghuisbewoners en is frequent geassocieerd met nierfunctiestoornissen. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of behandeling van de verschillende oorzaken van anemie, waaronder nierfunctiestoornissen, bijdraagt aan verbetering van kwaliteit van leven, afname van negatieve gezondheidsuitkomsten zoals functionele afhankelijkheid en aan verlaging van mortaliteit.

anemie onder geïnstitutionaliseerde ouderen in Nederland. Daarnaast is onderzocht hoe het medisch diagnostisch handelen bij anemie in deze kwetsbare populatie plaatsvindt en of daarbij de NHG-standaard en de handreiking Anemie voor diagnostiek en behandeling van anemie bij kwetsbare ouderen gebruikt worden.

METHODE - PREVALENTIEONDERZOEK

Onderzoeksopzet en -populatie

De geïncludeerde patiëntpopulatie bestond uit verzorgingshuisbewoners en bewoners van psychogeriatrische en chronisch somatische verpleeghuisafdelingen van twee woonzorgcentra in Amsterdam, die daar in december 2011 verbleven. Kortdurend verblijvende patiënten (revalidatie, hospice of ziekenhuisverplaatste zorg) werden geëxcludeerd. Voor het prevalentieonderzoek zijn laboratoriumgegevens uit het medisch patiëntendossier gebruikt uit de periode december 2010-december 2011.

Anemie

De laagst gemeten hemoglobinewaarde (Hb) in de 12-maandsperiode werd gebruikt voor het prevalentieonderzoek. Anemie werd conform de World Health Organization (WHO)-criteria gedefinieerd als een Hb < 130 g/L (= Hb < 8,1 mmol/L) voor mannen en Hb < 120 g/L (= Hb < 7,4 mmol/L) voor vrouwen.¹³ Milde anemie werd gedefinieerd als Hb 6,5-8,0 mmol/L (mannen) en Hb 6,0-7,3 (vrouwen), matig ernstige anemie als Hb 5,0-6,4 (mannen) en Hb 5,0-5,9 (vrouwen) en ernstige anemie als Hb < 5,0 voor beide geslachten. Anemie werd tevens getypeerd volgens het mean corpuscular volume (MCV) en ingedeeld als microcytaire anemie (MCV < 80 fl), normocytaire anemie (MCV 80-100) en macrocytaire anemie (MCV > 100).

Patiëntkenmerken

Leeftijd, geslacht en opnameduur werden uit het dossier verkregen. Afspraken rond het medisch beleid werden gecategoriseerd als:

1. *Actief curatief beleid*: gericht op curatie, indien nodig wordt er verwezen naar het ziekenhuis voor diagnostiek en behandeling.
2. *Actief curatief beleid binnen de mogelijkheden van de instelling*: gericht op curatie maar nadere diagnostiek en behandeling van aandoeningen zijn beperkt tot de instelling/het woonzorgcentrum.
3. *Palliatief/symptomatisch beleid*: medische behandeling is gericht op symptoomverlichting en niet op curatie.

Als maat voor de *nierfunctie* is de 'estimated glomerular filtration rate' (eGFR) (in ml/min/1,73 m²) gebruikt. Een klinisch relevante nierfunctiestoornis werd gedefinieerd als een eGFR < 60 ml/min/1,73 m²; vanaf deze waarde zijn mogelijk aanpassingen van de medicatiedosering nodig en worden klachten beschreven van moeheid, beperkt uithoudingsvermogen en een verminderd algemeen welbevinden.¹⁴

Data-analyse

Om te beoordelen of de groep patiënten bekend met een Hb-waarde een representatieve weergave vormde van de gehele onderzoekspopulatie, zijn de patiëntkenmerken vergeleken tussen de groep met en zonder informatie over Hb-waarde. De prevalentie van anemie werd berekend als het aantal patiënten dat voldeed aan de WHO-criteria gedeeld door het aantal patiënten waarvan een Hb-waarde bekend was. Dit werd gedaan voor de gehele onderzoekspopulatie en de drie patiëntcategorieën afzonderlijk.

Vervolgens werden verschillen in patiëntkenmerken tussen anemische patiënten en niet-anemische patiënten onderzocht. Verschillen werden getoetst met de ongepaarde t-toets bij continue variabelen en met de chikwadraattoets bij categoriale en dichotome variabelen. Voor statistische significante verschillen werd een p-waarde < 0,05 gehanteerd.

METHODE - KWALITATIEF ONDERZOEK

Het medisch diagnostisch handelen

Bij een sample van 31 patiënten met anemie – selectief samengesteld op basis van verblijfsstatus (verzorgingshuis, verpleeghuis psychogeriatric/chronische somatiek), algemeen medisch beleid en behandelend arts – werd door middel van dossieronderzoek en semigestructureerde interviews met de behandelend arts, het medisch diagnostisch handelen bij anemie onderzocht, inclusief gebruik van NHG-standaard/handreiking Anemie voor diagnostiek en behandeling van anemie bij kwetsbare ouderen. De bevindingen van het kwalitatief onderzoek worden beschreven aan de hand van de thema's uit het semigestructureerde interview: verslaglegging, factoren van invloed op de keuze om al dan niet diagnostiek in te zetten en wijze van (laboratorium) inzetten diagnostiek.

RESULTATEN - PREVALENTIEONDERZOEK

521 patiënten in de twee deelnemende woonzorgcentra voldeden aan de inclusiecriteria, bij 277 patiënten was een Hb-waarde bekend. (*Verzorgingshuis*: 173; *psychogeriatric*: 57; *chronische somatiek*: 47). Bij patiënten van de verpleeghuisafdelingen chronische somatiek was vaker een Hb bekend (77%) dan bij patiënten in het verzorgingshuis (50,1%) en van de verpleeghuisafdelingen psychogeriatric (49,6%). Verzorgingshuispatiënten waarvan een Hb-waarde bekend was, waren significant ouder dan patiënten waarvan een Hb-waarde ontbrak (p=0,049; gemiddelde leeftijd 83,66 jaar (+/- 8,9 SD) respectievelijk 81,4 jr (+/- 11,7)). Andere patiëntkenmerken verschilden niet significant voor patiënten met en zonder Hb-waarde.

Prevalentie en kenmerken van de anemie

De prevalentie van anemie voor de gehele onderzoekspopulatie was 45,5%. De prevalentie was 49,1% voor verzorgingshuispatiënten, 47,0% en 33,3% voor patiënten van verpleeghuisafdelingen chronische somatiek en psychogeriatric. Bij 85,7% van de patiënten betrof het een milde anemie en bij 84,4% een normocytaire anemie (MCV bekend

Tabel 1. Indeling naar type en ernst van de anemie.

Kenmerk	Aantal (n)	Aantal (n)	Aantal (n)	Aantal (n)
	Verzorgingshuis	Psychogeriatric	Chronische somatiek	Gehele onderzoekspopulatie
	173	57	47	277
Ernst van de anemie				
Milde anemie	74	16	18	108
Matig-ernstige anemie	9	1	2	12
Ernstige anemie	2	2	2	6
Totaal	85	19	22	126
Aantal patiënten met MCV bekend*	57	11	22	90
Type anemie				
Microcytaire anemie	0	1	1	2
Normocytaire anemie	50	8	18	76
Macrocytaire anemie	7	2	3	12

* Bij 90 van de 126 patiënten met anemie was een mean corpuscular volume (MCV) bekend.

bij 90 van de 126 patiënten). Ernst en type van de anemie voor de afzonderlijke patiëntcategorieën zijn weergegeven in tabel 1 en verschillen niet significant tussen de drie patiëntenpopulaties.

Nierfunctie, leeftijd en geslacht

Van de patiënten met een Hb-waarde en eGFR bekend (n=272), had 37% een nierfunctiestoornis. Anemische patiënten hadden vaker nierfunctiestoornissen (prevalentie 50%) dan de niet-anemische patiënten (26,4%) ($p < 0,001$). Dit verband was significant voor verzorgingshuispatiënten ($p=0,002$) en patiënten van verpleeghuisafdelingen chroni-

sche somatiek ($p=0,011$), zie hiervoor tabel 2. De nierfunctiestoornissen waren overwegend mild van aard, slechts zes patiënten hadden een eGFR < 30 ml/min/1,73 m² (vijf verzorgingshuispatiënten waarvan vier met anemie; een patiënt van de chronische somatiek met anemie).

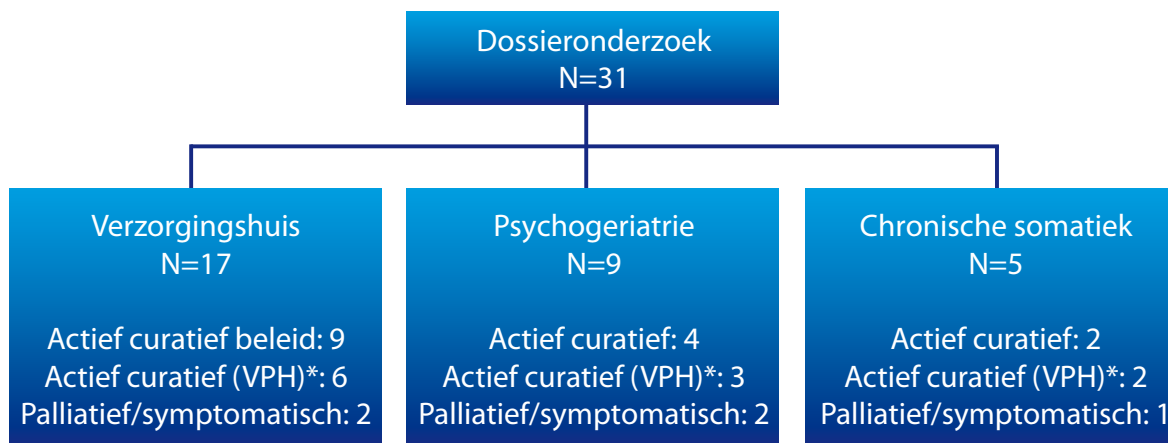
Verzorgingshuispatiënten met anemie waren met een gemiddelde leeftijd van 85,35 jaar (+/- 7,9 SD) ouder dan niet-anemische verzorgingshuispatiënten (82,03 jaar +/- 9,5 SD) ($p=0,014$). Anemische patiënten van de verpleeghuisafdelingen psychogeriatric waren vaker man ($p < 0,001$).

Tabel 2. Nierfunctie bij anemische en niet anemische patiënten.

Patiëntcategorie	Aantal (n)	Aantal (n)	Aantal (n)	Aantal (n)	p-waarde*
	Hb bekend	eGFR bekend	eGFR > 60	eGFR < 60	
Verzorgingshuis	173				0,002
Geen anemie	88	87	59	28	
Anemie	85	83	37	46	
Psychogeriatric	57				0,449
Geen anemie	38	36	28	8	
Anemie	19	19	13	6	
Chronische somatiek	47				0,011
Geen anemie	25	25	22	3	
Anemie	22	22	12	10	
Totale onderzoekspopulatie	277				< 0,001
Geen anemie	151	148	109	39	
Anemie	126	124	62	62	

Nierfunctie uitgedrukt als eGFR (estimated glomerular filtration rate) in ml/min/1,73m²

*p-waarde: per patiëntcategorie is getoetst of er een significant verschil is in nierfunctie tussen anemische en niet-anemische patiënten.



Figuur 1. Onderzoekspopulatie kwalitatief onderzoek.

*VPH: actief curatief beleid binnen eigen instelling/ woonzorgcentrum/ verpleeghuis

RESULTATEN - KWALITATIEF ONDERZOEK

Het medisch diagnostisch handelen

Het dossieronderzoek

Bij een geselecteerde groep van 31 anemische patiënten (zie figuur 1) is dossieronderzoek verricht. 22 patiënten hadden een vorm van diagnostiek naar de etiologie van anemie ondergaan waarvan zeventien patiënten laboratoriumdiagnostiek binnen de instelling. Toelichting op het medisch diagnostisch handelen bij anemie was in beperkte mate aanwezig. Wanneer er een vorm van diagnostiek werd ingezet werd de keuze hiervoor bij 7/22 patiënten toegelicht in het medisch dossier. Wanneer geen enkele vorm van diagnostiek naar etiologie van anemie werd ingezet, ontbrak frequent de melding van het bestaan van de anemie (7/9 patiënten) en ontbrak in alle gevallen verantwoording waarom werd afgezien van diagnostiek.

Bij de diagnostische evaluatie van de anemie werd foliumzuur en vitamine B12 frequent aangevraagd (14/17), de ijzerstatus in mindere mate (10/17) en deze was slechts in de helft van de gevallen compleet aangevraagd. De nierfunctie was bij alle patiënten bekend. Het bloedbeeld was vaak bekend (10/17 compleet met trombocyten en leukocyten), reticulocyten bij een klein deel van de patiënten (6/17).

Semigestructureerde interviews

Tien behandeld artsen zijn geïnterviewd voor dit onderzoek. Bij het besluitvormingsproces om al dan niet diagnostiek in te zetten benoemden de artsen rekening te houden met de algehele conditie van de patiënt (9/10 artsen), de laboratoriumwaarden (waarde en verloop van het Hb, waarde van het MCV) (9/10), het al dan niet bestaan van klachten in het kader van de anemie (8/10), de comorbiditeit (8/10) en de wens van de patiënt (7/10). Bij verzorgingshuispatiënten is vooral een goede klinische conditie een reden om intensievere diagnostiek, inclusief verwijzing naar de tweede lijn, in te zetten. Een milde anemie zonder symptomen wordt genoemd als reden om af te zien van (verdere) diagnostiek, evenals aanwezigheid van een palliatief/symptomatisch medisch beleid bij psychogeriatric patiënten.

De meerderheid van de artsen (7/10) was niet inhoudelijk bekend met handreiking Anemie voor diagnostiek en behandeling van anemie bij kwetsbare ouderen. Voor acht van de tien artsen is het diagnostisch algoritme van de NHG-standaard een leidraad voor de diagnostiek voor anemie. Wel geven de artsen aan dat serumdiagnostiek frequent minder gefaseerd plaatsvindt dan in het algoritme wordt aangegeven. Artsen benoemen de volgende redenen hiervoor: er wordt differentiaal diagnostisch rekening gehouden met het frequent voorkomen van de drie (voeding)deficiënties in deze populatie, waardoor deze drie bepalingen tegelijkertijd en onafhankelijk van de MCV-waarde worden bepaald. Ook wordt benoemd dat door het beperken van het aantal momenten van serumdiagnostiek, de belasting van (invasieve) diagnostiek voor patiënten en de kosten van meerdere momenten van serumdiagnostiek wordt beperkt.

BESCHOUWING

De in dit onderzoek gevonden prevalentie van anemie bij geïnstitutionaliseerde kwetsbare ouderen (45%), voornamelijk mild van aard, is in lijn met gegevens vanuit de internationale literatuur.^{1,2,4,5,8} Hetzelfde geldt voor de bevinding dat er tevens frequent nierfunctiestoornissen zijn (50%).^{3,5,6}

Uit het kwalitatieve deel van dit onderzoek naar het medisch diagnostisch handelen bij anemie bij deze kwetsbare ouderen blijkt dat artsen dit medisch diagnostisch handelen afstemmen op de patiënt. De keuze om al dan niet diagnostiek in te zetten blijkt een dynamisch proces te zijn, waarbij de algehele conditie van de patiënt/medische factoren en de wens van de patiënt zoals vastgelegd in de afspraken rond het medisch beleid in belangrijke mate de intensiteit van de diagnostiek sturen. Schriftelijke verantwoording van het medisch diagnostisch handelen bij anemie in het medisch dossier vindt niet uitputtend plaats en biedt ruimte voor verbetering.

De hoge prevalentie van nierfunctiestoornissen in deze populatie, hoewel overwegend mild van aard (eGFR 30-60), zal mogelijk bijdragen aan de hoge prevalentie van anemie.

Er bestaat echter geen consensus over de waarde van de eGFR waarbij de nierfunctiestoornis bij ouderen een hoofdrol gaat spelen bij de etiologie van anemie: onderzoek meldt waarden van de GFR tussen de 30-60 ml/min/1,73m².² De richtlijn chronische nierschade (bestemd voor de gehele populatie) geeft aan dat een anemie met name te verwachten is bij een eGFR < 30 ml/min/1,73m².¹⁴ Het is daarmee onduidelijk bij welke eGFR-waarde en bij welke Hb-waarde met erythropoëtine gestart zou kunnen en moeten worden bij deze kwetsbare doelgroep. Onzeker is ook of behandeling van de anemie met erythropoëtine daadwerkelijk de kwaliteit van leven verbetert en de met anemie geassocieerde morbiditeit en mortaliteit vermindert. Onderzoek hiernaar kan meer inzicht verschaffen in de behandelmogelijkheden voor deze specifieke anemische patiëntcategorie. Voor de besluitvorming over diagnostiek bij anemie bij deze patiëntpopulatie zou dat van grote waarde zijn.

Uit recent Nederlands onderzoek onder ouderen in de algemene populatie is gebleken dat het risico op mortaliteit bij anemie alleen verhoogd is wanneer de anemie een aanwijsbare oorzaak kent (deficiënties, nierinsufficiëntie en aanwijzingen voor het myelodysplastisch syndroom).¹⁵ Het is echter onbekend of (medicamenteuze) behandeling van de anemie naast een eventueel herstel van het Hb ook leidt tot een vermindering van het risico op mortaliteit geassocieerd met anemie, maar dit lijkt wel aannemelijk voor een aantal oorzaken. Onderzoek naar met name deficiënties is ook buiten het ziekenhuis goed mogelijk en biedt goede mogelijkheden tot therapeutisch handelen.

CONCLUSIE

Milde normocytair anemie komt frequent voor bij verpleeg- en verzorgingshuisbewoners. Nierfunctiestoornissen komen bij ongeveer de helft van de bewoners met anemie voor.

Het diagnostisch handelen wordt gestuurd door de algemeen lichamelijke en medische toestand van de patiënten en diens wensen omtrent intensiteit van medisch handelen. Omdat het onduidelijk is of behandeling van (de diverse oorzaken van) anemie tot verbetering leidt van de kwaliteit van leven en van de met anemie geassocieerde morbiditeit en mortaliteit, is nader onderzoek van belang om de diagnostiek en behandeling van anemie onder geïnstitutionaliseerde ouderen in Nederlandse woonzorgcentra te kunnen optimaliseren. Voor de praktijk is betere schriftelijke documentatie van het medisch handelen bij anemie aan te bevelen.

LITERATUUR

1. Gaskell H, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Prevalence of anaemia in older persons: systematic review. *BMC Geriatrics*. 2008;8:1.
2. Patel KV. Epidemiology of anemia in older adults. *Semin Hematol*. 2008;45:210-7.

3. Pandya N, Bookhart B, Mody SH, Funk Orsini PA, Reardon G. Study of anemia in long-term care (SALT): prevalence of anemia and its relationship with the risk of falls in nursing home residents. *Curr Med Res Opin*. 2008;24:2139-49.
4. Artz AS, Fergusson D, Drinka PJ, Gerald M, Gravestain S, Lechich A. Prevalence of anemia in skilled-nursing home residents. *Arch Gerontol Geriatr*. 2004;39:201-6.
5. Robinson B, Artz AS, Culleton B, Critchlow C, Sciarra A, Audhya P. Prevalence of anemia in the nursing home: contribution of chronic kidney disease. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:1566-70.
6. Mc Clellan WM, Resnick B, Lei L, Bradbury BD, Sciarra A, Kewalramani R, et al. Prevalence and Severity of Chronic Kidney Disease and Anemia in the Nursing Home Population. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11:33-41.
7. Elzen WPJ, Den, Willems JM, Westendorp RGJ, Craen AJM, Assendelft WJJ, Gussekloo J. Effect of anemia and comorbidity on functional status and mortality in old age: results from the Leiden 85-plus Study. *CMAJ*. 2009;181:151-7.
8. Artz AS, Fergusson D, Drinka PJ, Gerald M, Bidenbender R, Lechich A, et al. Mechanisms of unexplained anemia in the nursing home. *J Am Geriatr*. 2004;52:423-7.
9. Thein M, Ershler WB, Artz AS, Tecson J, Robinson BE, Rothstein G, et al. Diminished Quality of Life and Physical Function in Community-Dwelling Elderly with Anemia. *Medicine (Baltimore)*. 2009;88:107-14.
10. Riva E, Tettamanti M, Mosconi P, Apolone G, Gandini F, Nobili A, et al. Association of mild anemia with hospitalization and mortality in the elderly: the Health and Anemia population-based study. *Haematologica*. 2009;94:22-8.
11. Nederlands Huisartsen Genootschap: NHG richtlijn 'Anemie' M76 nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M76_std.htm
12. Handreiking 'Anemie' (GeriMedica) handreiking.ysis.nl/index.php?option=com_flexicontent&view=items&cid=8&id=38&Itemid=62
13. World Health Organization. Nutritional Anemias: Report of a WHO Scientific Group. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1968;405:5-37.
14. Richtlijn voor de behandeling van patiënten met chronische nierschade, 2009. <http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/NIV/Betrokkenbij/Chronische-nierschade-2009.pdf>
15. Willems JM, den Elzen WPJ, Vlasveld T, Westendorp RGJ, Gussekloo J, de Craen AJM et al. No increased mortality risk in older persons with unexplained anaemia. *Age Ageing*. 2012;41:501-506.

Correspondentieadres
maaikebarnhoorn@hotmail.com

Wel of niet opereren bij heupfracturen op de psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis

Janine van Kooten, *aios ouderengeneeskunde, Gerion, Amsterdam*
Dr. Ellen M. Vreeburg, *specialist ouderengeneeskunde, Gerion, Amsterdam*

INLEIDING

Casus 1: een 82-jarige vrouw met dementie breekt haar heup. Omdat mevrouw reeds bij opname nauwelijks mobiel was, wordt er in goed overleg met haar wettelijk vertegenwoordigers besloten om haar niet in te sturen naar het ziekenhuis voor chirurgische behandeling. Wij bespreken dat ze onder adequate pijnstilling waarschijnlijk snel komt te overlijden. Twee jaar later woont zij echter nog steeds op de afdeling en is zij een 'stoel-bed' patiënt.

Casus 2: een 84-jarige man met dementie, die nog kwiek over de afdeling wandelt, breekt zijn heup. Hij wordt ingestuurd naar het ziekenhuis voor chirurgische behandeling met als doel behoud van mobiliteit. Hij keert delirant terug uit het ziekenhuis en het lukt niet om het delier voldoende te behandelen. Na zes beroerde postoperatieve weken overlijdt hij alsnog.

Deze twee voorbeelden uit de dagelijkse praktijk roepen de volgende vragen op:

- Welke bewoner op de psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis met een heupfractuur heeft baat bij chirurgische behandeling en bij welke bewoner is het beter te kiezen voor een conservatieve behandeling?
- Zijn er voorspellende factoren te identificeren die deze behandelkeuze kunnen ondersteunen?

Heupfracturen, oftewel proximale femurfracturen, bij ouderen zijn een omvangrijk probleem en worden geassocieerd met een hoge mortaliteit en morbiditeit.¹ Van de oude-

ren (65 jaar of ouder) die een heup breken, overlijdt bijna 25% binnen een jaar na het oplopen van de heupfractuur en nog eens 25% blijft permanent invalide.² In 2004 zijn er in Nederland 17.500 proximale femurfracturen klinisch behandeld, en de verwachting is dat dit aantal toeneemt met 5% per jaar. Het betreft in meer dan 88% van de gevallen ouderen (>65 jaar), met een verdelingspatroon man:vrouw van een op drie.³ Deze verdeling is gedeeltelijk te verklaren door de hogere levensverwachting van vrouwen, maar ook deels door een gemiddelde lagere botdichtheid bij vrouwen.⁴ Daarnaast zijn er bij mannen in de leeftijdsgroep 75 tot 80 jaar ongeveer evenveel heupfracturen als bij vrouwen in de leeftijdsgroep 70 tot 75 jaar en lijkt het aantal heupfracturen bij mannen ongeveer vijf leeftijdsjaren achter te lopen bij het aantal heupfracturen bij vrouwen.²

Mensen met (Alzheimer) dementie hebben een hoger risico op het krijgen van een heupfractuur in vergelijking met de algemene populatie.⁵ Andere belangrijke risicofactoren zijn een laag lichaamsgewicht, ADL-afhankelijkheid, valfrequentie, geïnstitutionaliseerd wonen en comorbiditeit, zoals osteoporose.^{2,6}

De psychogeriatrische patiënt die verblijft in het verpleeghuis heeft een groot risico op een heupfractuur en een extra risico op overlijden (tot bijna 50% binnen 12 maanden na een heupfractuur) en morbiditeit na een heupfractuur.⁷ In het verpleeghuis wordt regelmatig bediscussieerd of een bewoner met een vermoedelijke heupfractuur ingestuurd zou moeten worden naar het ziekenhuis voor diagnostiek en chirurgische behandeling of dat er een palliatief beleid ge-

DOEL Het onderzoeken van de mortaliteit en morbiditeit na een heupfractuur bij patiënten op de psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis.

OPZET Retrospectief dossieronderzoek.

METHODE Van de patiënten met een heupfractuur ontstaan in de onderzoeksperiode zijn gegevens verzameld over morbiditeit en mortaliteit na een jaar en het premorbide functioneren, zoals incontinentie, comorbiditeit, mobiliteit, lichaamsgewicht en vallen. Verder zijn er gegevens verzameld over de behandeling, wachttijd tot behandeling en complicaties.

RESULTATEN Er zijn zeven heupfracturen ontstaan in de onderzoeksperiode. Vijf patiënten zijn ingestuurd naar het ziekenhuis voor operatieve behandeling en bij twee patiënten is er een conservatieve behandeling ingesteld. Na twaalf maanden zijn er in de groep die conservatief behandeld is twee patiënten overleden. In de groep die ingestuurd is voor operatieve behandeling zijn drie patiënten overleden. Een laag gewicht voorafgaand aan de val, het optreden van complicaties en het niet-operatief behandelen lijken van invloed te zijn op de mortaliteit.

start zou moeten worden. In de literatuur is over de conservatieve behandeling van een heupfractuur weinig bekend. Het meest recente artikel binnen PubMed dateert uit 1986 en betreft een ingezonden reactie van Winter waarin hij enkele casus beschrijft waar er gekozen is voor een conservatief beleid.⁸ In de 'Richtlijn behandeling van de proximale femurfractuur bij de oudere mens' staat hierover vermeld dat er gekeken moet worden naar het patiëntprofiel (onder andere algemene conditie en het dagelijks functioneren voorafgaand aan de fractuur) en dat aan de hand daarvan besloten moet worden óf en zo ja, middels welke operatietechniek er operatief ingegrepen moet worden.³

Voor de specialist ouderengeneeskunde ligt er de lastige, en wellicht onmogelijke, taak om op de psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis de inschatting te maken of een patiënt met dementie met een heupfractuur zou moeten worden ingestuurd naar het ziekenhuis of niet. De twee casusbeschrijvingen geven aan hoe lastig dit dilemma is. Zij hebben geleid tot de volgende onderzoeksvragen:

- Wat zijn de mortaliteit en morbiditeit na een heupfractuur bij patiënten op de psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis?
- Welke risicofactoren op een verhoogde mortaliteit en morbiditeit zijn er te identificeren voorafgaand en na een heupfractuur bij patiënten op de psychogeriatrische afdeling van het verpleeghuis?

METHODEN

Er is een retrospectief dossieronderzoek gedaan in een open populatie op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis. Een open populatieonderzoek houdt in dat alle patiënten die op enig moment in de onderzoeksperiode als bewoner aanwezig zijn op de psychogeriatrische afdeling in het onderzoek zijn geïnccludeerd. Er zijn geen exclusiecriteria opgesteld. Het onderzoek heeft plaatsgevonden over de periode van 1 januari 2010 tot 1 januari 2011 op de psychogeriatrische afdeling van verpleeghuis Het Flevohuis, te Amsterdam. Het onderzoek was niet WMO-plichtig en de eerste auteur was in de onderzoeksperiode als arts verbonden aan verpleeghuis het Flevohuis.

In alle papieren patiëntendossiers is gekeken of er een heupfractuur is ontstaan gedurende de onderzoeksperiode. De dossiers van de patiënten die een heupfractuur hadden opgelopen in de onderzoeksperiode, zijn nader onderzocht op oorzaak van de fractuur, gegevens over het functioneren vóór de fractuur, de ingestelde behandeling en het beloop tot een jaar na het ontstaan van de fractuur. Van de patiënten die op het moment van de dataverzameling niet meer als bewoners aanwezig waren op de psychogeriatrische afdeling werd het patiëntendossier opgevraagd en werd het medisch dossier bestudeerd op bovengenoemde wijze.

Heupfractuur was gedefinieerd als een fractuur van het proximale femur, vastgesteld middels röntgendiagnostiek

Tabel 1. Karakteristieken.

	n=125	
	n	%
M	39	31,2
V	86	68,8
Gemiddelde leeftijd (jaar)	86	
M	82	
V	88	
Ontslag	5	4
Overleden	41	32,8
Heupfracturen	7	
gemiddelde leeftijd (jaar)	84	
M	80	
V	85	

(mediale collumfractuur of pertrochantere femurfractuur) óf die fracturen die door de behandelend arts op klinische gronden zijn geclassificeerd als een heupfractuur (bij lichamelijk onderzoek een verkort been in exorotatie en het niet belastbaar zijn van het been).

De primaire uitkomstmaten waren mortaliteit en morbiditeit een jaar na de heupfractuur. Morbiditeit was gedefinieerd als toegenomen beperkingen in het dagelijks leven ten gevolge van de heupfractuur. Secundaire uitkomstmaten waren de in de literatuur beschreven risicofactoren voor een verhoogde morbiditeit en mortaliteit na een heupfractuur in een populatie van ouderen. Dit waren: ADL-afhankelijkheid, aanwezigheid van comorbiditeit, verminderde mobiliteit voorafgaand aan de heupfractuur, een laag BMI (<19) en vallen voorafgaand aan de heupfractuur.^{9,10} Daarnaast is er gekeken naar welke behandeling werd ingezet, eventuele wachttijd tot behandeling, mobiliteit en complicaties na het instellen van de gekozen behandeling.¹²

RESULTATEN

In de onderzoeksperiode hebben er 125 personen gewoond op de psychogeriatrische afdeling met een opnamecapaciteit van 88 bedden. Er zijn 41 personen overleden en 5 personen zijn met ontslag gegaan naar een andere woonvoorziening. De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie (zie tabel 1) was 86 jaar (65-101 jaar). In de onderzoeksperiode zijn er 7 heupfracturen ontstaan en de (periode-)prevalentie van heupfracturen op de psychogeriatrische afdeling is daarmee 8%. Bij 2 patiënten is er een conservatieve behandeling ingesteld en 5 patiënten zijn ingestuurd naar het ziekenhuis voor operatieve behandeling. In het ziekenhuis zijn 4 patiënten geopereerd en 1 patiënt is in afwachting van chirurgische behandeling overleden aan de gevolgen van een *cardiac arrest*.

Tabel 3. Resultaten.

n=6	Geslacht	Leeftijd van val	Tijd tussen opname en val	Premor-bide mobiliteit	Gebruik loophulp-middel	Inconti-nentie	Comorbiditeit	>3 p/jaar vallen	Fractuurtype	Laatste gewicht voor val	Operatie	Tijd tot OK	Osteo-synthese materiaal	Complicaties	Overlijden
1	v	83	2 jaar	loopt	geen	beide	TIA	ja	mediale collum-fractuur met dislocatie	59	ja	1 dag	KHP	nee	nee
2	v	80	7,5 maand	loopt	geen	ja	slechtziend	ja	mediale collum-fractuur links	65	ja	>1 dag	gamma-nail	decubitus hiel	nee
3	m	79	1 dag	loopt	geen	beide	TIA	ja	petrochantere femurfractuur rechts	onbekend	ja	>1 dag	gamma-nail	delier, anemie wv transfusie, UWI	<3 mnd
4	v	94	1 jaar	loopt	rollator	nee	DM2, macula degeneratie	nee	collumfractuur links	58	ja	>1 dag	DHS	decubitus stuit, verminderde intake	<3 mnd
5	v	92	7 jaar	loopt	aan de arm	nee		ja	mediale collum-fractuur rechts met dislocatie	43	nee	nvt	nvt	decubitus voet en verminderde intake	<6 mnd
6	v	80	6 jaar	loopt	geen	beide		ja	mediale collum-fractuur links	39	nee	nvt	nvt	decubitus stuit, verminderde intake	<3 mnd
7	m	82	3,5 maand	loopt	rollator	urine	onrust, anti-psychoica	nee	collumfractuur links	72	nee	1 dag	nvt	cardiac arrest op dag van OK	<3 mnd

Tabel 2. Mortaliteit uitgezet tegen behandeling.

		In leven na 12 maanden	
		Ja	Nee
Operatie	Ja	2	2
	Nee	0	3

Na 12 maanden zijn er in de groep waar gekozen is voor een conservatieve behandeling 2 patiënten overleden en in de groep ingestuurd voor operatieve behandeling zijn 3 patiënten overleden (zie tabel 2).

De twee patiënten die nog in leven waren, hadden allebei na een jaar nog een verminderde mobiliteit. De risicofactoren op een verhoogde mortaliteit, die voorafgaand aan de heupfractuur aanwezig waren, zijn terug te vinden in tabel 3. De meest voorkomende complicaties waren decubitus (n=4) en verminderde intake/algehele achteruitgang (n=3). Daarnaast werden ook een urineweginfectie, delier en anemie vermeld (zie tabel 3).

DISCUSSIE

In dit kleine beschrijvende onderzoek is retrospectief gekeken naar morbiditeit en mortaliteit als uitkomstmaat na het wel of niet opereren van patiënten met een heupfractuur op de psychogeriatrische afdeling van één verpleeghuis gedurende een jaar. Een nadeel van retrospectief onderzoek is dat de onderzoeker afhankelijk is van de bestaande gegevens en geen invloed heeft op hoe de gegevens zijn verzameld. Selectiebias, informatiebias en confounding kunnen op deze manier niet makkelijk worden uitgesloten. Daarnaast was de studipopulatie te klein om in percentages te spreken en zijn de resultaten niet te extrapoleren naar alle patiënten die op een psychogeriatrische afdeling wonen. Toch menen wij dat de resultaten zinvol zijn om de discussie over dit belangrijke dilemma te voorzien van onderzoeksgegevens.

De zeven patiënten die in dit onderzoek zijn overgebleven voor analyse waren voorafgaand aan de val allen nog mobiel en zouden op basis daarvan in aanmerking zijn gekomen voor operatief ingrijpen. Twee patiënten zijn echter niet geopereerd. Zij hadden allebei een lager lichaamsgewicht in vergelijking met de patiënten die wel zijn geopereerd. Helaas zijn er geen gegevens over lichaamslengte beschikbaar, waardoor de BMI niet berekend kan worden. Op basis van het aantal kilogrammen kan verwacht worden dat er zeer waarschijnlijk sprake was van ondergewicht bij deze twee patiënten. De complicaties na het instellen van een behandeling zijn gelijk verdeeld over de patiënten die operatief zijn behandeld en de patiënten die conservatief zijn behandeld. In beide patiëntgroepen lijkt er een direct verband te bestaan tussen de ernst van de complicaties en het overlijden. In de groep die conservatief is behandeld is iedereen overleden. Van de vier patiënten die zijn geopereerd, zijn er twee overleden. In de studie van Beaupre et al. is de 1-jaarsmortaliteit bij mensen met dementie na chirurgische behandeling van een heupfractuur bijna 50%.⁷

In ons onderzoek lijken een laag gewicht voorafgaand aan de val en complicaties na instellen van de behandeling factoren te zijn van invloed op de mortaliteit. In de literatuur worden een laag gewicht en postoperatieve complicaties genoemd als risicofactor voor overlijden, maar ook een hoge leeftijd (> 80 jaar), de diagnose dementie, ADL-afhankelijkheid en het langdurig verblijven in een verpleeghuis. Deze aanvullende risicofactoren zijn voor alle patiënten in ons onderzoek van toepassing.¹² Wij hebben pijn en verpleegbaarheid niet meegenomen in dit onderzoek als uitkomst van morbiditeit, omdat er retrospectief geen goede gegevens over te vinden waren. Dit kunnen echter wel factoren zijn die van invloed zijn op de morbiditeit en mogelijk verbeterd kunnen worden door operatief ingrijpen. In ons onderzoek komt een laag gewicht als mogelijke factor naar voren die van invloed is op de keuze van de behandeling. Het is ook goed mogelijk dat dit een teken is van frailty en dat de mate van frailty is meegewogen in de beslissing om niet te opereren. Retrospectief zijn hier geen betrouwbare data over te vinden in het medisch dossier, maar navraag bij de behandelde artsen bevestigd de hypothese dat de mate van frailty meeweegt in de keuze van behandeling.

Nader longitudinaal onderzoek naar de overwegingen ten aanzien van de behandelbeslissing en de uitkomsten van de genomen behandelbeslissing bij deze specifieke groep is aan te bevelen met als uiteindelijk doel het ontwerpen van een algoritme dat kan helpen bij het omgaan met het hiervoor beschreven dilemma. Dit is in de huidige tijd, waar de zorgkosten en kwaliteit van leven op oudere leeftijd in de schijnwerpers staan, van essentieel belang. De uitkomsten van dit kleinschalige onderzoek laten zien dat de mortaliteit na een heupfractuur bij een patiënt op de psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis ongeacht de behandelbeslissing hoog is en dat de mate van frailty mogelijk van invloed is op welke behandeling er wordt ingezet. In afwachting op aanvullend onderzoek naar deze overwegingen willen wij specialisten ouderengeneeskunde adviseren de mate van frailty te expliciteren en mee te laten wegen bij de beslissing.

LITERATUUR

1. Keene GS, Parker MJ, Pryor GA: Mortality and morbidity after hip fractures. *BMJ* 1993;307:1248-1250.
2. Lanting LC (VeiligheidNL), Stam C (VeiligheidNL), Hertog PC den (VeiligheidNL), Brugmans MJP (VeiligheidNL). Hoe vaak komen heupfracturen voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Bewegingsstelsel en bindweefsel\Heupfractuur, 17 mei 2010.
3. Richtlijn behandeling van de proximale femurfractuur bij de oudere mens, ontwikkeld door NVvH en NVO, 2008.
4. Laet CEDH de, Hout BA van, Burger H, Hofman A, Pols HAP. Bone density and risk of hip fracture in men and women: cross sectional analysis. *BMJ* 1997;315:221-225.
5. Yan Zhao, Liang Shen, Hong-Fang Ji. Alzheimer's disease and risk of hip fracture; A meta-Analysis Study. *Scientific World Journal* 2012; 2012:872173. Published online 2012 May 2.
6. Fangke HU, et al. Preoperative predictors for mortality following hip fracture surgery: A systematic review and meta-analysis. *Injury* (2011), doi:10.1016/j.injury.2011.05.017.
7. Beaupre LA, Jones CA, Johnston DW, Wilson DM, Majumdar SR. Recovery of function following a hip fracture in geriatric ambulatory persons living in nursing homes: prospective cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012;60(7):1268-73.
8. Winter WG. Nonoperative treatment of proximal femoral fractures in the demented nonambulatory patient. *Clinical Orthopaedics and related research* 1987;218:97-103.
9. Tosteson ANA, Gottlieb DJ, Radley D, Fisher ES, Melton III LJ. Excess Mortality Following Hip Fracture: The role of Underlying Health Status. *Osteoporosis International* 2007;18(11):1463-72.
10. Fangke HU, et al. Preoperative predictors for mortality following hip fracture surgery: A systematic review and meta-analysis. *Injury* (2011), doi:10.1016/j.injury.2011.05.017.
11. Berry SD, Samelson EJ, Bordes M, et al. Survival of aged nursing home residents with hip fracture. *Journal of Gerontology serie A: Biological Science and Medical Science* 2009;64A:771-77.
12. Hannan E, et al. Mortality and locomotion 6 months after hospitalization for hip fracture risk factors and risk-adjusted hospital outcomes. *JAMA*, 2001;285:2736-2742.

Correspondentieadres
janinevankooten@gmail.com

Tijd om te gaan

Jacobien Erbrink



De duisternis was een lust voor zijn ogen na de uitbundige verlichting in het Grand Café. Hij leunde achterover en ademde zachtjes in en uit, zijn handen werkeloos op zijn knieën. Naast hem klonk gestommel, een klaterend geluid, en daarna het geraas van de spoelbak. Een deur ging open en dicht en iemand liep fluitend weg. Hij besepte dat hij zijn adem had ingehouden, alsof hij bang was ontdekt te worden. Een idiote gedachte, vermaande hij zichzelf, maar voor de zekerheid voelde hij toch even aan de deur. Op slot. Niks aan de hand, niemand wist dat hij hier zat. Langzaam ontspande hij zich. De beslotenheid van het onverlichte toilet gaf hem een prettig gevoel van afstand, alsof hij ergens in het luchtledige zweefde, al weg van de menigte op zijn afscheidsborrel en nog niet toe aan de collega's met wie hij ging eten. Zolang hij hier op dit toilet zat had hij alleen met zichzelf te maken en hoefde hij niets anders te doen dan zitten en ademen. Als een bal die boven in de lucht mag blijven hangen op dat ene magnifieke punt waarin hij helemaal stil valt, vlak voor hij weer naar beneden komt. Starend in de duisternis drong het tot hem door dat zijn hele situatie als het ware met deze zin samengevat kon worden. Hij bevond zich op een keerpunt, dat moment tussen twee werelden in waarna een cruciale koersverandering zou volgen. Pensioen. Hij proefde het woord terwijl hij het zachtjes uitsprak. Pen-sioen. In de holle ruimte van het toilet kaatste het geluid onverbiddelijk naar hem terug. Pen-sjoen.

Hij wipte even op, omdat zijn benen langzaam doof begonnen te worden, dat was het grote nadeel van nadenken op het toilet. Ineens dacht hij aan Peterien en haar jarenlange kruistocht tegen staand plassen. Het leek hem beter dat zij onkundig bleef van het feit dat hij tegenwoordig vaak zittend plaste. Ze zou het zeker als een overwinning zien, iets wat hij tot elke prijs wilde voorkomen. Op deze manier kon hij het heft in eigen hand houden, haar een gunst verlenen als hij daar zelf zin in had, zonder dat als een plicht te ervaren. Misschien moest hij eigenlijk ook maar opstaan en weer naar de borrel terug gaan, hoewel hij vermoedde, nee, zeker wist, dat iedereen zich ook prima vermaakte zonder zijn aanwezigheid. Het was een soort reünie. Sabina Groenling en haar alarmerend rode mutsje. Vreeland van Zutphen, met zijn nieuwe vriendin, de weduwe Berkelmans. Mark junior, de zoon van zijn overleden collega, met een handgeschreven brief van hemzelf. 'Wij gaan corresponderen' had Mark aangekondigd, 'want je hebt nu tijd zat.'

Alle dames van woning 8, met de bladhark van een, inmiddels overleden Bart, als de staf van Sinterklaas tussen hen in. En aan de bladhark tien kleurige bedankkaartjes geprikt in de vorm van een herfstblaadje, van elke dame eentje. Ze kenden niemand anders die het belang van handmatig blad harken zo onderschreef als hij, had zuster Diana hem grijnzend verzekerd, waarna ze hem de hark in kwestie terug had gegeven. Die erkenning had hem zo ontroerd, dat hij haar niet had durven vertellen dat hij inmiddels al een nieuwe had gekocht.

Iedereen scheen te verwachten dat hij per morgen in een gat zou vallen. Zijn collega's hadden daarom Knausgard voor hem aangeschaft. Vreeland had hem zelfs een adviesfunctie aangeboden bij zijn particuliere zorgvoorziening. Het was hem uiteindelijk te veel geworden, al die pogingen om zijn bestaan van zin te voorzien, en daarom zat hij nu op het toilet. Om zich te concentreren op wat ook alweer de bedoeling was van zijn leven na vandaag. Hij had ooit geweten wat de bedoeling was, hij moest het alleen weer even onder al die goed bedoelde ballast vandaan halen. Langzaam ademde hij in. En uit.

De leegte. Daar ging het om, besepte hij ineens. Dat gevoel wat hij ook op zondag vroeg in de ochtend kon hebben als de dag zich nog eindeloos voor hem uitstreckte. Geen zwart gat, geen zuigende zinloosheid, maar een uitnodigende beloftevolle leegte, wachtend op de kansen die hij zou grijpen om haar te vullen. Of niet natuurlijk. Dat was het mooie ervan.

Plotseling hoorde hij iemand de toiletruimte binnenkomen. De stem van Gert. 'Prins, heb je jezelf doorgespoeld? Schiet op man, we gaan eten!' Hij glimlachte onwillekeurig om zijn illusie van privacy. Langzaam stond hij op en opende de deur. Tijd om te gaan.

Correspondentieadres
j.erbrink@vanneynsel.nl

Geriatrische revalidatie

'Van oude mensen, de dingen die vooruit gaan...'

Sa'eeda Versluis, specialist ouderengeneeskunde, BAVO Europaort te Rotterdam

De plaats was mooi gekozen, De Bieslandhof in Delft was immers één van de eerste verpleeghuizen waar aan revalidatie werd gedaan. De hoogtijdagen van professor Cools. Het jaarlijkse regiosymposium van 14 oktober 2013 in Zuid-Holland, waar ook Verenso met een stand stond, was goed bezocht: er kwamen meer mensen dan de verwachte 120. De zaal was ruim, er was plaats genoeg. Een podium met een indrukwekkend licht- en geluidssysteem getuigde van vervlogen tijden van spetterend theater en personeelsfeesten. Het was echter niet meer in gebruik, al lang niet meer. We moesten het doen met een kathedraal met ingebouwde speaker.

De titel was mooi passend in het Louis Couperus-jaar: 'Van oude mensen, de dingen die vooruit gaan'. Voor de pauze waren er maar liefst vier voordrachten. Een lange zit, maar de sprekers wisten ons tot het laatst te boeien. De eerste duo-presentatie ging over triage. Van klinisch geriatrater Arend Arends leerden we dat het belangrijk is dat de klinisch geriatrater in het ziekenhuis medebehandelaar bij kwetsbare ouderen is. Als verwijzer bij bijvoorbeeld een heupfractuur is het niet overdreven naast de chirurg ook de klinisch geriatrater in te lichten. Collega Romke van Balen liet ons zien dat bij triage, geriatrische revalidatie in principe geen duidelijke ondergrens heeft. Die zwakke oudere met enige trainbaarheid is wel degelijk onze doelgroep. De relatief zelfstandige ouderen in zorghotels met ziekenhuisverplaatste zorg in hotelvorm echter niet. Schoenmaker blijf bij je leest. Het is belangrijk dat wij prestatie-indicatoren ontwikkelen om te meten wat we doen.

Collega Leonoor van Dam-van Isselt presenteerde de uitkomsten van een gehouden project in het PW Jansen verpleeghuis te Deventer; revalidatie van patiënten met ernstig COPD. Van belang hierbij is een goede samenwerking met een longarts. De getoonde casus waarin een bedlegerige, zuurstofafhankelijke patiënt weer naar huis kon en zelfstandig functioneerde was indrukwekkend. Jan Visschedijk, die onlangs in JAGS heeft gepubliceerd over valangst bij ouderen, vertelde over de opvallende uitkomst dat de factoren die samenhangen met valangst grotendeels overeenkomen met factoren die frailty bepalen, de kwetsbaarheid van ouderen in het algemeen. Dennis Felling, GZ-psycholoog en neuropsycholoog, vertelde ons dat de MAX-geheugentrainer niet echt effectief is. Je traint je in niets anders dan het aangeboden spel en de onderliggende cognitieve functies verbeteren niet. Er is geen generalisatie naar andere taken

of situaties. Cognitieve revalidatie richt zich dan ook vooral op compensatie. Hij toonde aan dat het betrekken van een terzake kundig psycholoog van belang kan zijn om revalidatie te laten slagen. Zo heeft 50% van de patiënten na een CVA last van mentale traagheid. Het volgen van de PRET-methode kan voorkomen dat patiënt en team gefrustreerd raken en dat de revalidatie strandt. PRET staat hierbij voor Pauzeren, Rustige omgeving, Eén ding tegelijk, Temporiseren.

Na deze voordracht was er tijd voor een pauze. Een heerlijk Italiaans buffet was ruim voldoende voor alle extra eters die waren aangeschoven. Er was ruimschoots tijd en ruimte voor ontmoetingen en om te netwerken. Na het diner volgde een viertal presentaties, waarbij de eerste ronduit verrassend was: een duopresentatie over de specialist ouderengeneeskunde als dirigent van het multidisciplinair team. Arnold Jongenburger, manager Laurens Leerhuis voor geriatrische revalidatie en Arie Hoek, een echte dirigent en docent kerkmuziek aan het Rotterdams Conservatorium namen ons mee op een reis door muziek en het MDO. Afwisselend vertelde Arie Hoek over zijn rol bij de orkestrepertities op weg naar een uitvoering en Arnold Jongenburger over de rol van de specialist ouderengeneeskunde bij het MDO. Gaandeweg werd ons duidelijk dat als wij dirigent willen zijn van het multidisciplinair team, dit veel verder gaat dan ons medische stukje. Betrokkenheid bij elke discipline is nodig en accepteren dat disciplines onvoorbereid op het MDO verschijnen, is dan echt niet mogelijk.

Collega Marco Aedo en zijn manager Ellen Sarr-Jansman lieten hierna zien hoe door standaardisatie van processen en de inzet van een centrale planner de productiviteit van behandelaren vergroot werd van 45% naar 80%. Het Rotterdamse Reumaverpleeghuis maakte een metamorfose door tot revalidatiecentrum RRR en doet zowel medisch specialistische revalidatie als geriatrische revalidatie. Als je daar werkt, hoef je nooit meer te zoeken naar de patiënt waar je een afspraak mee hebt. Een professionele vervoersdienst brengt en haalt de patiënt naar de ingeplande plaats. Kaderhuisarts ouderengeneeskunde Margot Heijmans werkt in een wijk van Den Haag met veel ouderen. 10% van de patiënten in haar praktijk is 75-plus. Zij zou graag meer samenwerken met specialisten ouderengeneeskunde, maar is nog erg op zoek hoe dat vorm te geven. Ter plekke boden mensen zich aan.

Als hekkensluiter toonde onze eigen hoogleraar prof. dr. Wilco Achterberg ons hoe het met de proeftuinen geriatrische revalidatie is vergaan. Van proeftuinen tot pronktuinen, hij was enthousiast. Toch ziet hij nog veel verbeterpunten, zoals het betrekken van mantelzorgers bij het opstellen van de behandeldoelen. Maak hierbij vooral gebruik van de goede Leidraad geriatrische revalidatiezorg die op de website www.proeftuinengeriatarischerevalidatie.nl te

vinden is. En profileer jezelf als specialist ouderengeneeskunde in het speelveld, want: 'The best way to predict the future is to create it!'.

Correspondentieadres
saeeda.versluis@gmail.com

Diabeteszorg aan het eind van het leven

Martin W.F. van Leen, specialist ouderengeneeskunde, Avoord Zorg en Wonen te Etten-Leur



Auteurs: S Verhoeven,
N Kleefstra, HJG Bilo,
ST Houweling
Aantal pagina's: 45
Uitgeverij: Langerhans School
Of Diabetes BV
ISBN: 9789 078380139
Prijs: € 14,95
Aantal sterren: 5

Regelmatig worden artsen geconfronteerd met vragen rond de behandeling van diabetes in de palliatieve en/of terminale fase. Moeten we wel of niet meer behandelen en zo nee, wat zijn de gevolgen. In de laatste levensfase komt het beleid te liggen bij comfort en niet meer bij het voorkomen van complicaties. In 2012 heeft de Britse diabetesfederatie als enige een richtlijn 'End of live diabetes care' doen uitkomen en de inhoud van dit boekje heeft deze richtlijn als leidraad.

In de laatste levensfase gaat het over kwaliteit van leven, verwerking van het naderende levenseinde en de waardigheid en autonomie van de patiënt. Qua behandeling is eigenlijk alles gericht op voorkomen van hypo's, lastgevende hypers en ketoacidose.

Na een algemene inleiding en een hoofdstuk over algemene problemen in de laatste levensfase komen een tweetal hoofdstukken over diabetes in de eindfase en hieraan gekoppeld enkele praktische behandelingschema's aan bod. Aansluitend worden nog een aantal hoofdstukken geweid aan interacties in de regulatie. De appendix is erg informatief, waarin op basis van casuïstiek de problematiek rondom wel/niet behandelen in de laatste levensfase enorm wordt verhelderd. Ik denk dan ook dat elke arts die met palliatieve zorg in aanraking komt, en mede vanwege zeer gebrekkige literatuur, dit boekje moet aanschaffen.

Correspondentieadres
m.vanleen@avoord.nl

'De mensen zijn hier wakker geworden'

Verlag van een werkbezoek in Torun, Polen

Dr. Jan C.M. Lavrijsen, senior onderzoeker specialisme ouderengeneeskunde en programmaleider Complexe en Palliatieve Zorg, afdeling Eerstelijnsgereneeskunde Radboudumc, Nijmegen

Drs. Petra Ladenberg, specialist ouderengeneeskunde en opleider WZH Nieuw Berkendaal, Den Haag

Twee specialisten ouderengeneeskunde verbleven op uitnodiging van 11 tot 14 september 2013 in de Poolse plaats Torun voor het congres 'There is a life in coma'. Zij hielden lezingen, namen deel aan debatten en gingen op werkbezoek in een bijzondere kliniek.

In Torun bestaat al tien jaar een verpleeghuis voor langetermijnzorg aan mensen met ernstig hersenletsel, met name vegetatieve toestand/niet-responsief waaksyndroom (VT/NWS) en minimaal bewustzijn (*Minimally Conscious State*, MCS). Omdat het tienjarig bestaan groots gevierd zou worden, werden via het netwerk van de directrice, medewerkers van verpleeghuis WZH Nieuw Berkendaal in Den Haag en Jan Lavrijsen van de onderzoeksgroep Niemand tussen Wal en Schip' benaderd voor het uitwisselen van ervaringen vanuit de Nederlandse situatie.

WZH Nieuw Berkendaal (www.wzh.nl/nieuwberkendaal) biedt sinds 18 jaar een zintuiglijk stimulatieprogramma voor patiënten met VT/NWS en MCS in de leeftijd van 25 jaar en ouder. Dit is gebaseerd op het programma Vroege Intensieve Neurostimulatie (VIN) voor jongeren tot 25 jaar, ontwikkeld in het Leijpark Revalidatiecentrum door Eilander.² Behalve de auteurs gingen vanuit het verpleeghuis ook Gerard Haasnoot (teamleider Revalidatieafdeling NAH), Monique Noest (teamleider Dagactiviteitencentrum) en Marzena Kadysz (Poolse verpleegkundige) mee. Na een hartelijk ontvangst met rondleiding in Torun op woensdag, stond de donderdag en vrijdag in het teken van het congres. Daar waren 340 deelnemers op af gekomen, ook uit Oekraïne, Tsjechië, Duitsland en Italië. Dat dit congres patients included' was, bleek uit de deelname van mensen die bij bewustzijn zijn gekomen, samen met hun familieleden. Zij namen met Jan Lavrijsen deel aan de persconferentie, waarbij Jan Lavrijsen vooral vragen kreeg over verschillen in de zorg tussen Polen en Nederland.

De ochtendlezingen gingen met name over het belang van adequate diagnostiek en de technische mogelijkheden. Poolse universiteiten werken daarin samen, ook internationaal. 's Middags sprak een neuropsycholoog over cognitief functioneren na herstel en een ethicus in pij over moraaltheorie. Als intermezzo werden medewerkers, die zich jarenlang hadden ingezet, geëerd met decoraties. Dat bevestigde onze indruk dat hier met veel passie gewerkt wordt voor

een elders vaak 'vergeten' doelgroep. Dat was de ideale brug voor Jan Lavrijsen om in de plenaire zaal de Nederlandse situatie neer te zetten, vanuit de invalshoek van het aldaar onbekende specialisme ouderengeneeskunde. De juist online verschenen *Editorial* over concrete stappen naar academisering van de langetermijnzorg was daarvoor een passende introductie.³ Met het oog op het thema van dit congres werd het belang van goede diagnostiek, prognostiek, passende zorg en besluitvorming benadrukt. Met het belang van onderzoek naar de omvang van de problematiek, de kenmerken van de populatie en de dilemma's in de langetermijnzorg.

In Polen is dat nog onontgonnen gebied en dus de eerste eyeopener. De volgende eyeopener betrof het pleidooi voor maximale kansen voor iedereen om te kunnen herstellen. De toegankelijkheid op basis van leeftijd blijkt in beide landen een struikelblok te zijn. Dit probleem werd onlangs in Nederland weer onder de aandacht gebracht.⁴ Een optimale en gespecialiseerde behandeling is van belang, omdat men weet dat in Nederland bij patiënten bij wie het bewustzijn niet is hersteld de behandeling, inclusief kunstmatige toediening van voeding en vocht, gestaakt mag worden. Hoe het werkelijk gaat in de besluitvorming werd met cijfers en casestudies toegelicht vanuit onderzoek in Nederlandse verpleeghuizen^{5,6} en in een kader geplaatst met standpunten van Gezondheidsraad en KNMG.^{7,8} Er werd afgesloten met voorbeelden hoe we kunnen leren van elkaar en van (ex)patiënten met hun naasten.

Hoewel de volgorde ons wat vreemd overkwam na de levens-eindeproblematiek, sloot Monique Noest de eerste dag af met toepassingen van Complementaire zorg. Dit wordt aangeboden aan alle patiënten in WZH Nieuw Berkendaal met VT/NWS en MCS. Het doel hierbij is om voor de patiënt een moment van comfort te realiseren. Tevens worden mantelzorgers erbij uitgenodigd om in de behoefte van verbinding te voorzien met hun relatie.

Het avondprogramma overtrof alle verwachtingen. Na diverse felicitatietoespraken bleken kosten noch moeite gespaard om de deelnemers een banket met een avondvullende theatershow te bieden. Personeelsleden van de kliniek lieten met indringende beelden, animaties, zang en muziek hun passie voor deze doelgroep zien. Daarna visualiseerde



de directrice haar droom van een nieuw verpleeghuis, waarvoor de gemeente Torun de grond cadeau gaf.

Tijdens de tweede ochtend stonden met name deelsessies gepland. In een sessie hield Petra Ladenberg haar presentatie voor ongeveer vijftig paramedische behandelaren over de ervaringen met het zintuiglijkstimulatieprogramma bij mensen boven de 25 jaar. Met de Poolse verpleegkundige als tolk ontstond een levendige discussie. Er werd uitgelegd dat het zintuiglijkstimulatieprogramma bij patiënten jonger dan 25 jaar onderzocht is in revalidatiecentrum Het Leijpark. Een verschil tussen Nederland en Polen is de inzet van fysiotherapie bij patiënten met VT/NWS en MCS in de eerste fase van het letsel. In Polen bestaat de fysiotherapeutische behandeling in deze fase voornamelijk uit het realiseren van een comfortabele lighouding.

In de sessie die Jan Lavrijsen en Gerard Haasnoot bijwoonden, werd door families, ex-patiënten, hulpverleners en beleidsmakers gediscussieerd over knelpunten en oplossingen als iemand uit coma komt. De doolhof voor families was overal herkenbaar. Het was goed om te zien dat eerst het woord werd gegeven aan (ex)patiënten en families, waarna vanuit diverse landen en perspectieven verbeterpunten werden aangedragen. Daarbij lanceerden wij het idee om ontwaakte patiënten uit te wisselen voor een vakantieopname in een ander land en hen te vragen naar verschillen. Een ex-patiënt meldde zich ter plekke aan.

De auteurs namen deel aan het plenaire slotdebat, aan tien van hen werd gevraagd om in maximaal vijftien minuten hun visie neer te zetten. Daarbij ging het met name over de leeftijdsbeperking voor revalidatiemogelijkheden. Uiteinde-

lijk kwam de zaal dus pas laat aan zet en kon de opgespaarde vraag aan Jan Lavrijsen gesteld worden over euthanasie in relatie tot deze doelgroep. Opnieuw een gelegenheid om daar de juiste begrippen, kaders en informatie over te geven, met duidelijkheid dat staken van zinloos medisch handelen niet hetzelfde is als euthanasie. Het laatste woord was aan een familie, die vol emotie een nieuwe stichting ter ondersteuning van naasten bekend maakte.

's Middags bezochten we de splinternieuwe fMRI-scanner in de universiteit. Het hoogtepunt was de rondleiding door het overwegend stille verpleeghuis voor mensen met ernstige bewustzijnsstoornissen. Er zijn daar 44 verblijfplaatsen, gelegen in de bossen, gecreëerd voor mensen in VT/NWS of MCS. Die komen uit heel Polen met nog eens 35 mensen op de wachtlijst. Families verhuizen met de patiënt mee. Alleen de medische behandeling wordt vergoed door verzekeraars, de rest wordt betaald door stichting 'Het Licht' en door de familie. Er is geen arts in dienst, maar men betreft op consultbasis twee neurologen, twee internisten, een revalidatiearts en een anesthesist van het ziekenhuis. De laatstgenoemde is hoofdbehandelaar. De medische behandeling gaat door tot het overlijden niet meer tegengehouden kan worden. Daarbij is infuustherapie mogelijk en bij levensbedreigende aandoeningen worden de patiënten door de medisch specialisten ingestuurd naar het ziekenhuis. Aangegeven werd dat immers niemand 'de schuld van het overlijden wil krijgen'.

Het verpleeghuis zoekt al jaren naar een eigen arts met passie voor deze doelgroep. Daar bleek weinig animo voor, mede omdat specialisten in ziekenhuis en privépraktijk meer verdienen. Men keek dan ook jaloers naar de Neder-

landse situatie met speciaal opgeleide artsen. Dat zou ook het nog onontgonnen onderzoek in de langetermijnzorg kunnen bevorderen. Wel is er onderzoek naar de toepassing van het Cyber-Eye, winnaar van de innovatieprijs 2013. Bij dat onderzoek kunnen MCS-patiënten met oogbewegingen gericht afbeeldingen, woorden en pictogrammen 'aanwijzen' op een TV-scherm met camera's (zie foto). Dit is van belang voor de diagnostiek en communicatie, en zou ook voor Nederland een aanwinst kunnen zijn.

Bij het afscheidsdiner werd teruggeblikt op bijzondere dagen waarin we vanuit het specialisme nieuwe zaken voor Polen introduceerden, met name op het gebied van een proactieve benadering, revalidatie, onderzoek en besluitvorming rondom het levenseinde. En wij waren onder de indruk van de enorme toewijding voor deze doelgroep en de innovatieve en voortvarende aanpak, met name bij het inzetten van technologie. Met het beslechten van taalbarrières kunnen daarmee bruggen tot verdere uitwisseling, leren en onderzoek geslagen worden. Het compliment van de organisator/directeur bij het afscheid 'Dank dat je er was, de mensen zijn hier wakker geworden', is de mooiste basis voor het slaan van die bruggen.

Wij danken Marzena Kadysz en Lidia Oczachowska voor het overbruggen van de taalbarrières en laatstgenoemde ook voor de voortreffelijke voorbereiding en begeleiding.

LITERATUUR

1. Lavrijsen JCM. Verhoogde waakzaamheid voor het niet-responsief waaksyndroom. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*. 2012(4):194-7.

2. Eilander H. Wetenschappelijk eindrapport Vroege Intensieve Neurorevalidatie (VIN) van kinderen en jongeren in een vegetatieve of laagbewuste toestand na ernstig hersenletsel. 2005;1-113.
3. Koopmans RTCM, Lavrijsen JCM, Hoek F. Concrete Steps Toward Academic Medicine in Long Term Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14:781-783.
4. Mee T van der. Ouder dan 25? Helaas, geen coma-revalidatie. *Algemeen Dagblad*. 2013 11 juli.
5. Lavrijsen JCM, 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.
6. Lavrijsen JCM. Patients in a vegetative state: diagnosis, prevalence and long-term care in Dutch nursing homes (thesis). Nijmegen: Radboud University; 2005.
7. Gezondheidsraad: commissie vegetatieve toestand. Patiënten in een vegetatieve toestand. Den Haag: Gezondheidsraad, 1994/12.
8. Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen. Medisch handelen rond het levenseinde bij wils- onbekwame patiënten; patiënten in een vegetatieve toestand. Houten/Diegem: KNMG, 1997.

Correspondentieadres
jan.lavrijsen@radboudumc.nl

Goede dossiervoering, een noodzaak

Martin W.F. van Leen, *specialist ouderengeneeskunde, Avoord Zorg en Wonen te Etten-Leur*

De dagelijkse praktijk van de ouderengeneeskunde is aan veel veranderingen onderhevig. De specialist ouderengeneeskunde bevindt zich steeds minder in de klassieke setting van het verpleeghuis. Door de toenemende kleinschaligheid, maar ook door de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, het ziekenhuis en de verzorgingshuizen, is hij steeds vaker op een andere locatie dan zijn patiënt. Ook inhoudelijk wordt het vak van hem complexer. Een van de manieren om de specialist ouderengeneeskunde daarin te ondersteunen, is adequate informatisering. Idealiter heeft de specialist ouderengeneeskunde voor dit doel de beschikking over een adequaat elektronisch patiëntendossier (EPD) dat zowel logistieke als inhoudelijke ondersteuning biedt in de dagelijkse praktijk en dat locatieafhankelijk is. Hij moet overal en altijd bij de relevante informatie kunnen. Gezien de werkwijze van de specialist ouderengeneeskunde is het van belang dat dit dossier ook het multidisciplinaire werken ondersteunt.

Hoezeer dit ook voor de hand ligt, in de praktijk is het nog lang niet zo ver. Veel zorgorganisaties werken nog op papier of maken gebruik van een EPD dat niet voldoet aan de bovengenoemde eisen. Niet zelden zijn deze systemen afkomstig uit de reeds in gebruik zijnde administratieve software en/of het in gebruik zijnde systeem voor de zorg. In deze systemen is nooit rekening gehouden met de behoeften waaraan een medisch/paramedisch/perimedisch dossier moet voldoen. Hierdoor lopen behandelaren het risico om bij conflicten met patiënten/familie/Inspectie voor de Volksgezondheid geen adequaat dossier te kunnen overleggen. Merkwaardig genoeg is de ouderengeneeskunde het enige specialisme waar het gebruik van een EPD geen eis is voor opleiders. Zowel Verenso als de SBOH (werkgever van huisartsen in opleiding en specialisten ouderengeneeskunde) onderkennen dit probleem en hebben hier actie op ondernomen.

Verenso heeft het initiatief genomen te onderzoeken waaraan een dossier voor specialisten ouderengeneeskunde moet voldoen. Op basis van dit dossier biedt Verenso aanbieders van een EPD de mogelijkheid hun systeem te laten certificeren. Als eerste pakket is de software van Ysis (GeriMedica, Amsterdam) gecertificeerd. Dit EPD is ontwikkeld als onderdeel van het initiatief dat in 2007 werd gestart door Gerion/VUmc en drie zorginstellingen. Het is momenteel al in gebruik bij zo'n 20 zorginstellingen in de V&V en verstandelijk gehandicaptenzorg.



Ysis is een modern EPD dat als webapplicatie wordt aangeboden. De gebruikers kunnen, daar waar internet aanwezig is, via een vaste computer, laptop of tablet bij hun gegevens. Zeker tijdens avond/nachtdiensten ontbreekt het de specialist ouderengeneeskunde vaak aan directe toegang tot het EPD en kunnen zaken niet optimaal gecontroleerd en vastgelegd worden, wat door mobiele apparatuur nu wel tot de mogelijkheden behoort. In januari 2014 komt er nog een verplichting bij in de vorm van een eis om medicatie digitaal te gaan voorschrijven. Achtergrondinformatie en koppeling van EPD's en medicatievoorschrijfsystemen komen dan nog meer in een sterker daglicht te staan. In de dossiers zal melding gedaan moeten worden van off-label voorschrijfgedrag et cetera.

Naast het ondersteunen van de dagelijkse werkwijze van artsen, paramedici en psychologen biedt Ysis ook vakinhoudelijke ondersteuning via het EPD. Ook DBC-registratie en bewaking van de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen binnen Ysis op een zeer gebruikersvriendelijke manier plaatsvinden. Aios kunnen in het kader van hun opleiding veel plezier hebben van Ysis door de geïncorporeerde vakinhoudelijke informatie en doordat zij makkelijk dossieronderzoek kunnen doen. Er is nog een ander voordeel. Geanonimiseerde gegevens uit de Ysis database, waarin nu al (cumulatief) zo'n 30.000 dossiers zitten en die snel groeit, kunnen gebruikt worden als bron voor wetenschappelijk onderzoek en hiermee de ouderengeneeskunde verder helpen ontwikkelen. Het eerste onderzoek op deze data is inmiddels gedaan en zal te zijner tijd ter publicatie aan het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde worden aangeboden.

Met Ysis probeert GeriMedica behandelaren in de chronische zorg optimaal te ondersteunen en tegelijkertijd de professionalisering van de ouderengeneeskunde te versnellen. Aangezien ook SBOH (werkgever van huisartsen in opleiding en specialisten ouderengeneeskunde in opleiding) en SOON (Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland) het belang van dit eerste gecertificeerde pakket ondersteunen, hebben zij een stimuleringsregeling in het leven geroepen waarbij een opleidingshuis in aanmerking kan komen voor een eenmalige startsubsidie van € 10.000 euro.

Het is te hopen dat er ook andere systemen voorgedragen worden voor certificering. Alle specialisten ouderengeneeskunde en andere behandelaars in een verpleeghuis moeten in ieder geval van gebruik kunnen maken van een verantwoord EPD.

Voor meer informatie over certificering kunt u contact opnemen met Pieter le Rütte (beleidsmedewerker Verenso), plerutte@verenso.nl. Mocht u informatie wensen over de stimuleringsregeling, dan kunt u contact opnemen met Hans Schmidt (SBOH), h.schmidt@sboh.nl.

Correspondentieadres
m.vanleen@avoord.nl

Memantine voor agitatie bij Alzheimer?

Drs. Gerben A. van Ijzendoorn, aios ouderengeneeskunde, Zonnehuisgroep Noord, locatie Oostergast Zuidhorn

KLINISCHE SITUATIE

Een patiënt met gevorderde alzheimerdementie is geagiteerd en reageert onvoldoende op oxazepam. In het verleden kreeg de patiënt parkinsonisme op risperdal en quetiapine. In de Verenso (v/h NVVA) richtlijn Probleemgedrag wordt vermeld dat er aanwijzingen zijn dat memantine effectief is bij de behandeling van agitatie of agressie bij matig ernstige tot ernstige alzheimerdementie.¹ Geen van de randomized controlled trials (RCT) die worden aangehaald, hebben echter agitatie of agressie als primaire uitkomstmaat.²⁻⁷

VRAAGSTELLING

Is memantine een effectieve behandeling voor agitatie en/of agressie bij patiënten met alzheimerdementie in een gevorderd stadium?

ZOEKSTRATEGIE

Gezocht is in de Cochrane Library op 'memantine'. In Pubmed werd gezocht met 'Memantine'[Mesh] AND ('Alzheimer Disease'[Mesh] OR 'Dementia'[Mesh]) AND ('psychomotor agitation'[MeSH Terms] OR ('psychomotor'[All Fields] AND 'agitation'[All Fields]) OR 'psychomotor agitation'[All Fields] OR 'agitation'[All Fields] OR 'Psychomotor Agitation'[Mesh] OR 'Aggression'[Mesh]). In Embase werd op 'memantine AND (alzheimer OR dementia) AND (agitation OR aggression)' gezocht, waarbij de volgende filters werden toegepast: Alzheimer, memantine, systematic review, meta-analyse en RCT.

BEWIJS

Via de Cochrane Library werd één relevant artikel gevonden: een systematische review over memantine bij dementie.⁸ Via Pubmed waren er 36 resultaten, waarvan één relevante recente RCT.⁹ De overige hits betroffen: twee openlabel (=niet-geblindeerde) studies^{8,10}, twee artikelen met gepoolde data^{11,12}, twee post-hocstudies^{13,14} en een aantal Cochrane reviews.¹⁵⁻¹⁷ Ook werd een aantal overzichtsartikelen gevonden. Deze werden buiten beschouwing gelaten, omdat een specifieke vraagstelling ontbrak. Van de gevonden Cochrane reviews werd uiteindelijk alleen de meest recente gebruikt. Via Embase waren er 85 resultaten, waarvan slechts één met een relevante vraagstelling en niet eerder via PubMed gevonden: een RCT.¹⁸ In deze studie werden patiënten met significante gedragsproblematiek en agitatie geïncludeerd die al ingesteld waren op cholinesteraseremmers.¹⁸ Deze studie was daarnaast gericht op gedragsproblematiek en niet specifiek op agitatie, daarom werd het betreffende artikel niet gebruikt voor de beantwoording van de vraagstelling van deze CAT. De andere RCT werd hiervoor wel geschikt bevonden.⁹

LITERATUUROVERZICHT

Eerst volgt een korte bespreking van de beschikbare literatuur om de geselecteerde RCT in perspectief te kunnen plaatsen. Een systematische analyse van Maidment et al. uit 2008 liet zien dat memantine een significante verbetering van de Neuropsychiatric Inventory (NPI) score (0-144; hoger is slechter) gaf van 1,99 ten opzichte van het placebo.¹⁹ Er werd echter niet gekeken naar de verandering van de NPI-subscore agitatie. De Verenso-richtlijn Probleemgedrag verwijst naar twee post-hocstudies en twee gepoolde analyses van origineel materiaal.^{11,13-14} Uit de gepoolde analyse van zes studies van Gauthier et al. bleek dat bij behandeling met memantine een significante verbetering optrad van NPI-score en ook van de subscore agitatie.¹² De andere in de richtlijn geciteerde artikelen blijken gebaseerd op dezelfde originele studies en hadden vergelijkbare conclusies.^{11,13,14} Agitatie was echter geen inclusiecriteria in één van deze studies en ook geen primaire uitkomstmaat.²⁻⁷ De meest recente Cochrane review van 2009 analyseerde de effectiviteit van memantine bij alzheimerdementie op basis van dezelfde originele RCT's.¹⁷ Bij matige tot ernstige alzheimerdementie (drie studies) was sprake van een statistisch significante daling in het percentage patiënten met agitatie in de memantinegroep ten opzichte van de placebogroep (12% versus 16%). Bij milde tot matige alzheimerdementie (drie studies) was er geen verschil in NPI scores. Later zijn twee openlabel (niet-geblindeerde) studies gedaan, waarbij een significante verbetering van de NPI-subscore agitatie werd geobserveerd.^{8,10} Herrmann et al. onderzocht het effect van memantine op gedragsproblemen inclusief agitatie in een RCT bij patiënten met matig tot ernstige alzheimerdementie die al langer behandeld werden met cholinesteraseremmers.¹⁸ Patiënten vertoonden zowel na memantine- als placebogebruik herstel in het gedrag (verandering van gemiddelde NPI-score -3,90 voor memantine, -5,13 voor placebo). Er was geen statistisch significant verschil tussen de uitkomsten van beide groepen.

OVERZICHT UITKOMSTEN

In het voor deze CAT geselecteerde artikel werden 149 patiënten met matig-ernstige tot ernstige alzheimerdementie geïncludeerd als ze, volgens hun behandelteam, significante agitatie hadden waarvoor interventie nodig was.⁹ Deze patiënten verbleven op een acute psychiatrische afdeling, in een verzorgingshuis of in een verpleeghuis in Groot-Brittannië. De belangrijkste inclusiecriteria waren: gestelde diagnose 'waarschijnlijk ziekte van Alzheimer', Mini Mental State Examination ≤ 19 (0-30; lager is slechter), meer dan twee weken significante agitatie met Cohen-Mansfield

Tabel 1. Relevante resultaten van geselecteerde artikel.

	N	Baseline score (95% BI)	6 weken score (95% BI)	12 weken score (95% BI)
CMAI - Memantine	72	68,3 (64,5-72,6)	52,5 (48,6-56,5)	53,5 (49,0-57,9)
CMAI - Placebo	77	68,3 (64,0-72,6)	55,6 (51,4-59,8)	57,3 (52,8-61,8)
Verskil van gemiddelden			-3,0 (-8,3-2,2)*	-3,8 (-9,1-1,5)**

* $p=0,26$ ** $p=0,16$. CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Index; 95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval.

Agitation Inventory (CMAI)-score ≥ 45 (29-203; hoger is slechter). Geïnccludeerde patiënten werden gerandomiseerd voor behandeling met memantine of placebo. Bij start van de therapie werd de baseline CMAI-score bepaald. Primaire uitkomst was de CMAI-score na zes weken behandeling, secundair werd onder andere gekeken naar de CMAI-score na twaalf weken. Andere secundaire uitkomsten waren niet relevant voor beantwoording van de vraagstelling van deze CAT. De resultaten staan in tabel 1.

CONCLUSIE

In de geselecteerde RCT werd de effectiviteit van memantine op klinisch significante agitatie bij patiënten met gevorderde alzheimerdementie onderzocht. Er werd geen voordeel aangetoond van memantine ten opzichte van placebo op de CMAI-score na zes en twaalf weken.

OPMERKINGEN

Het artikel werd beoordeeld middels het formulier van het Dutch Cochrane Centre voor het beoordelen van een RCT.²⁰ De opzet van de studie werd als voldoende beoordeeld. Bij de uitvoering moeten wel twee kanttekeningen geplaatst worden. Het is onduidelijk of de groepen bij start van de studie voldoende vergelijkbaar waren, omdat niet benoemd wordt of de verschillen in baselinekarakteristieken niet statistisch significant zijn. Verder zijn de uitvalspercentages onduidelijk. Eerst wordt genoemd dat de loss-to-follow-up gemiddeld in de twee interventiearmen minder dan 20% is, later wordt gesproken van 23%. Daarnaast is de uitval groter in de memantinegroep (26% versus 19% in de placebogroep). Mogelijk is sprake van selectieve uitval. Hierdoor kunnen de verschillen in de gemiddelden vertekend zijn ten gunste van de memantinegroep. Ten aanzien van de toepasbaarheid is de kanttekening te plaatsen dat onduidelijk is welk deel van de patiënten in deze studie verpleeghuisbewoner was. Als dit maar een kleine groep was, zou dit de extrapolatie naar de verpleeghuispraktijk negatief beïnvloeden. Ten slotte moet vermeld worden dat de studie gefinancierd werd door Lundbeck, het farmaceutische bedrijf dat memantine ontwikkelde.

VERTALING NAAR DE PRAKTIJK

Het mogelijke positieve effect van memantine op agitatie bij alzheimerdementie, zoals beschreven in de Verenso-richtlijn Probleemgedrag, wordt door de besproken RCT weerlegd. Bovendien liet een andere recente RCT bij pa-

tiënten met gevorderde alzheimerdementie, die al behandeld worden met een cholinesteraseremmer ook geen voordeel zien op het al aanwezige probleemgedrag.¹⁸ Op basis van deze nieuwe inzichten kan worden gezegd dat er momenteel teveel tegenstrijdig bewijs is over het effect van memantine op agitatie bij gevorderde alzheimerdementie. Voor de indicatie agitatie bij alzheimerdementie dient memantine in principe niet te worden ingezet.

LITERATUUR

1. Verenso (v/h NVVA). Richtlijn Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf 2008;42.
2. Peskind ER, Potkin SG, Pomara N, Ott BR, Graham SM, Olin JT, et al. Memantine treatment in mild to moderate Alzheimer disease: a 24-week randomized, controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14(8):704-15.
3. Porsteinsson AP, Grossberg GT, Mintzer J, Olin JT, Memantine MEM-MD-12 Study Group. Memantine treatment in patients with mild to moderate Alzheimer's disease already receiving a cholinesterase inhibitor: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Curr Alzheimer Res*. 2008;5(1):83-9.
4. Bakchine S, Loft H. Memantine treatment in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled 6-month study. *J Alzheimers Dis*. 2007;11(4):471-9.
5. Reisberg B, Doody R, Stöffler A, Schmitt F, Ferris S, Möbius HJ, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 2003;348(14):1333-41.
6. van Dyck CH, Tariot PN, Meyers B, Malca Resnick E, Memantine MEM-MD-01 Study Group. A 24-week randomized, controlled trial of memantine in patients with moderate-to-severe Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2007;21(2):136-43.
7. Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, Graham SM, McDonald S, Gergel I, et al. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;291(3):317-24.
8. Schmidt R, Baumhackl U, Berek K, Brücke T, Kapeller P, Lechner A, et al. [Memantine for treatment of behavioural disturbances and psychotic symptoms in moderate to moderately severe Alzheimer dementia: a naturalistic study in outpatient services in Austria]. *Neuropsychiatr*. 2010;24(2):125-31.

9. Fox C, Crugel M, Maidment I, Auestad BH, Coulton S, Treloar A, et al. Efficacy of memantine for agitation in Alzheimer's dementia: a randomised double-blind placebo controlled trial. *PLoS one*. 2012;7(5):e35185.
10. Herrmann N, Cappell J, Eryavec GM, Lanctôt KL. Changes in nursing burden following memantine for agitation and aggression in long-term care residents with moderate to severe Alzheimer's disease: an open-label pilot study. *CNS Drugs*. 2011;25(5):425-33.
11. Wilcock GK, Ballard CG, Cooper JA, Loft H. Memantine for agitation/aggression and psychosis in moderately severe to severe Alzheimer's disease: a pooled analysis of 3 studies. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(3):341-8.
12. Gauthier S, Loft H, Cummings J. Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: a pooled data analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(5):537-45.
13. Cummings JL, Schneider E, Tariot PN, Graham SM, Memantine MEM-MD-02 Study Group. Behavioral effects of memantine in Alzheimer disease patients receiving donepezil treatment. *Neurology*. 2006;67(1):57-63.
14. Gauthier S, Wirth Y, Möbius HJ. Effects of memantine on behavioural symptoms in Alzheimer's disease patients: an analysis of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) data of two randomised, controlled studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(5):459-64.
15. Areosa Sastre A, McShane R, Sherriff F. Memantine for dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2004;(4):CD003154.
16. Areosa SA, Sherriff F, McShane R. Memantine for dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2005;(3):CD003154.
17. McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N. Memantine for dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2006;(2):CD003154. Edited 2009;(1).
18. Herrmann N, Gauthier S, Boneva N, Lemming OM, 10158 Investigators. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of memantine in a behaviorally enriched sample of patients with moderate-to-severe Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(6):919-27.
19. Maidment ID, Fox CG, Boustani M, Rodriguez J, Brown RC, Katona CL. Efficacy of memantine on behavioral and psychological symptoms related to dementia: a systematic meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2008;42(1):32-8.
20. Evidence-Based RichtlijnOntwikkeling. Formulier II voor het beoordelen van een randomised controlled trial (RCT) [Internet]. Available from: <http://dcc.cochrane.org/sites/dcc.cochrane.org/files/uploads/RCT.pdf>

Correspondentieadres
vanijzendoorn@kpnmail.nl

Insulinetherapie in de eerste lijn

Martin W.F. van Leen, specialist ouderengeneeskunde, Avoord Zorg en Wonen te Etten-Leur



Auteurs: S. Verhoeven,
N Kleefstra, MB vd Leeden,
RP Verhoeven, HJG Bilo,
ST Houweling
Aantal pagina's: 105
Uitgeverij: Langerhans School
Of Diabetes BV
ISBN: 9789 078380115
Prijs: € 29,95
Aantal sterren: 3

Al vele jaren brengt de organisatie Langerhans op verzoek en op basis van nieuwe standaarden of richtlijnen uitgaven aangaande diabetes op de markt. De huidige uitgave is al de 4^{de} druk en zeker geschikt ter ondersteuning van insuline-therapie voor huisarts en praktijkondersteuner maar ook voor in het verpleeghuis.

Het boek is opgebouwd uit een 9-tal hoofdstukken en ook nog een aantal nuttige bijlagen. In dit boek komen achtereenvolgend aan de orde: benodigde achtergrondinformatie, zelfcontrole en insulinepen, starten en denken in insulineprofielen, 1-2 of 4 maal daagsregime, te hoog en te laag bloedsuiker en tenslotte bijzondere aspecten. Alle hoofdstukken zijn kort en krachtig beschreven, helpen bij de praktische uitvoering en zijn voorzien van foto's of diagrammen ter ondersteuning.

Van groot belang voor behandelaren zijn de adviezen rond kwetsbare ouderen die ook grotendeels overeenkomen met de laatste Verenso richtlijn diabetes. Voor diegenen die geen ruime ervaring hebben bij de controle van diabetes is dit een zeer praktisch naslagwerk.

Correspondentieadres
m.vanleen@avoord.nl

Medische zorg voor ouderen

Klaar voor de toekomst

Henri W.M. Plagge, arts M&G, MCM; voorzitter raad van bestuur van de Zorgboog

INLEIDING

De organisatie en de kwaliteit van de zorg voor kwetsbare ouderen behoeft veel aandacht. Zo is het duidelijk dat de huidige organisatie van de medische zorg voor patiënten met een verblijfs- en behandelindicatie (verpleeghuis) niet toekomstbestendig is. Steeds vaker wordt onderkend dat specialistische kennis van de specialist ouderengeneeskunde aanvullend op de generalistische kennis van de huisarts wenselijk is voor een groeiende groep kwetsbare ouderen woonachtig in wijk en dorp. De uitdaging voor de toekomst is om de beschikbare medische generalistische en specialistische zorg zodanig te organiseren dat deze 7/24 uur is gegarandeerd.

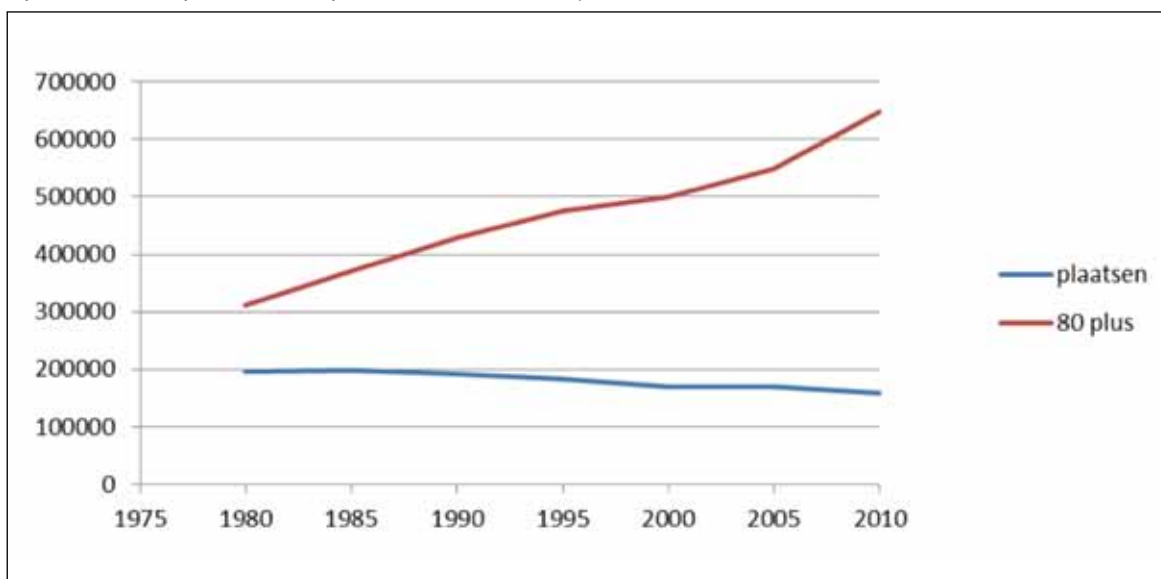
ONTWIKKELINGEN

De afgelopen decennia is het vak van verpleeghuisarts ontwikkeld tot dat van specialist ouderengeneeskunde. Een specialisme dat zich kenmerkt door kennis over de oudere mens en de, veelal multipale en chronische, problematiek bij ouderen in combinatie met inzicht in het sociale en zorgnetwerk van ouderen. Dit gebeurde in een tijdperk waarin ouderen steeds langer bleven wonen in de eigen (huur)woning en omgeving.¹ De trend om zo lang mogelijk in een eigen woning te blijven, zal zich de komende jaren versterkt voortzetten. Het laten vervallen van de AWBZ-indicatie voor opname bij minder intensieve zorgbehoefte

(de zorgzwaartepakketten ZZP 1 t/m 4) stimuleert deze trend. De facto betekent dit dat de klassieke all-inclusive verzorgingshuiszorg en de lichtere verpleeghuiszorg zal verdwijnen. Ouderen blijven in hun eigen woning wonen of verhuizen naar een aangepast en beschermt wooncomplex waar ze zelf een studio of appartement huren (of daar eigenaar van zijn). Zorg en behandeling blijven wenselijk en zullen anders moeten worden georganiseerd. Ook de steeds verdere decentralisatie van de grote verpleeghuizen naar kleinschalige woonvormen in wijk/dorp) is in dit kader een belangrijke ontwikkeling.

Veel specialisten ouderengeneeskunde zijn nu nog vooral intramuraal werkzaam en zien daardoor maar een klein deel van hun doelgroep 'ouderen met meerdere chronische problemen'. Zonder verandering in de organisatie van de medische zorg voor ouderen zal de huidige schaarste² aan specialisten ouderengeneeskunde verergeren. Veel thuiswonende ouderen zullen daardoor verstoken blijven van specialistische (ouderen) zorg met enerzijds onderdiagnostiek als gevolg maar tegelijkertijd ook het risico van een overkill aan diagnostiek en medische interventies in het ziekenhuis. De opkomst van diverse vormen van praktijkondersteuning en de opleiding en registratie van de kaderhuisarts ouderengeneeskunde³ zijn voorbeelden van de manier waarop huisartsen anticiperen, maar dit is niet genoeg.

Figuur 1. Ontwikkeling intramurale zorg voor mensen ouder dan 80 jaar (Bron: NZa/CBS).¹



Vanaf de jaren tachtig daalt het aantal ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis, terwijl sindsdien het aantal ouderen is verdubbeld naar 650.000. Leefde in 1980 nog 63% van degenen ouder dan tachtig in een verzorgings- of verpleeghuis, in 2010 was dat 24%.

De genoemde veranderingen en de demografische ontwikkelingen betekenen dat er nagedacht moet worden op welke wijze de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde zo goed mogelijk kunnen samenwerken. De generalistische kennis en kunde van de huisarts zal waar nodig en wenselijk aangevuld kunnen worden met de gespecialiseerde kennis en kunde van de specialist ouderengeneeskunde. Aandacht voor proactief medisch beleid en het multidisciplinair (gestructureerd) samenwerken met andere professionals bieden steeds meer mogelijkheden om complexere problematiek in de thuiszorg adequaat op te blijven vangen. Er zijn door het land heen diverse experimenten met samenwerkingsvormen die opties bieden voor de toekomst. Voorbeelden hiervan zijn het werken met zorgprogramma's kwetsbare ouderen⁴, het werken met speciale poliklinische spreekuren voor ouderen en afspraken tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde bij (kleinschalige) woonvormen waarbij de dagelijks medische zorg door een huisarts wordt geboden. In een aantal gevallen is daarbij ook de samenwerking met de ziekenhuisspecialismen opgenomen waaronder de klinische geriatrie.

REGELGEVING

De afgelopen jaren is vaker geconstateerd dat de organisatie en financiering van de medische zorg aan ouderen met een AWBZ-indicatie anders zou moeten. Nu is er sprake van een altijd geldende zorgverzekering (inclusief huisartsenzorg) die bij opname op basis van een AWBZ-indicatie deels buiten werking wordt gesteld. De AWBZ-zorgaanbieder is verplicht *de algemene medische zorg* te organiseren. Voor thuiswonenden geldt deze beperking niet maar is, afhankelijk van de noodzakelijke zorg, sprake van een mix van inzet van behandelaars op basis van de zorgverzekering, de AWBZ of de aanvullende zorgverzekeringen (of eigen betalingen). Het merendeel van de zorg verleend door de ziekenhuisspecialismen is tot slot altijd verzekerd op basis van de zorgverzekeringwet. Deze complexe regelgeving bemoeilijkt een rationele wijze van samenwerken en betekent ook veel bureaucratie. Voor patiënten is het geheel ronduit chaotisch.

Veel patiënten en hun familie vinden het belangrijk, ook als de beperkingen toenemen en leiden tot een opname, bij de vertrouwde huisarts te kunnen blijven; dit geldt des te meer als deze in dezelfde wijk of hetzelfde dorp werkzaam is als waar de oudere verblijft. Het is wenselijk de regelgeving zo aan te passen dat alle behandelinzet van gespecialiseerde medici en paramedici, ongeacht de verblijfplaats van de oudere, mogelijk is vanuit de zorgverzekering. Voor die onderdelen van de zorg waar sprake is van DBC-financiering (revalidatie voor ouderen) is dat al het geval en geldt dit voor de hele DBC waarin ook de verpleging, verzorging en het verblijf is opgenomen. Het zou goed zijn om de AWBZ geheel op te laten gaan in de Zorgverzekeringwetgeving waardoor we in ieder geval één wetgevingsschot kwijt zouden raken bij het organiseren van de zorg.⁵ Dit kabinet is echter van

plan de AWBZ deels te handhaven voor zwaardere verblijfszorg/verpleeghuiszorg. Wanneer de behandelzorg dan toch in de Zorgverzekeringwet wordt ondergebracht, kan de nieuwe (kern) AWBZ worden beperkt tot zorg en verblijf.

UITGANGSPUNTEN

Om op een goede en doelmatige wijze gebruik te maken van de beschikbare specialistische en generalistische medische zorg is het belangrijk om de beschikbaarheid ongeacht de plaats van verblijf zeker te stellen; de huisarts voor de algemeen medische zorg en de specialist ouderengeneeskunde

Tabel 1. Uitgangspunten medische zorg voor ouderen.⁶

1. Algemene medische zorg voor mensen in wijk en dorp wordt geboden door de huisarts (en huisartsenzorggroepen en huisartsenposten).
2. Specialistische zorg door de specialist ouderengeneeskunde is ongeacht de plaats van verblijf beschikbaar voor ouderen.
3. De traditionele scheiding tussen verzorgingshuis en verpleeghuis verdwijnt, waarbij scheiden van wonen en zorg steeds verder wordt doorgevoerd. Te verwachten is dat in de toekomst steeds meer complexen ontstaan waar mensen wonen met een verschillende achtergrond en status; huur zonder zorgvraag, huur met zorgvraag (extramuraal), een AWBZ (ZZP 4 en hoger) verblijfsindicatie, huur met vervangende verblijfszorg. Doelmatigheid van de 7/24 uurs medische zorg in dit soort grotere complexen vergt lokaal maatwerk. (Gedacht kan worden aan het werken met spreekuren en consulentschappen door specialisten ouderengeneeskunde/verpleegkundig specialisten als aanvulling op algemeen medische zorg door huisarts).
4. Voor grotere verpleeghuis/zorglocaties waar veelal concentratie is van meer complexe problematiek wordt de algemene zorg zodanig georganiseerd dat aan de hand van de complexiteit en de mate van gewenste integrale zorg en behandeling wordt bepaald welke medische deskundigheid wordt ingezet. Voor sommige vormen van (behandelzorg) is de specialist ouderengeneeskunde de hoofdbehandelaar (bijvoorbeeld geriatrische revalidatieafdeling).
5. Voor kleinere locaties (kleinschalige woonvormen voor bijvoorbeeld ouderen met dementie) is het wenselijk dat de huisarts de algemeen medische zorg biedt.
6. Voor de ongeplande zorgvragen wordt gebruik gemaakt van de huisartsenpost.
7. De specialist ouderengeneeskunde is voor opgenomen patiënten in locaties waar huisartsen de algemene medische zorg leveren beschikbaar voor medebehandeling of consultatie (7/24 uur) op verzoek van de huisarts en/of op basis van afspraken.
8. De specialist ouderengeneeskunde is voor thuiswonende patiënten beschikbaar voor ambulante of poliklinische diagnostiek, behandeling en consultatie (zie ook ouderenzorg module).
9. Ook voor de specialisten ouderengeneeskunde geldt dat een regionale organisatie voor minimaal de beschikbaarheid 7/24 uur nodig is.

voor specialistische medische zorg. Voor de thuissituatie betekent dit dat naast de huisarts en zijn praktijkorganisatie de mogelijkheid moet bestaan voor snelle consultatie, diagnostiek en medebehandeling van de specialist ouderengeneeskunde en zijn multidisciplinaire behandelteam. Bij opname in een verblijfssetting (verpleeghuis, woonvorm) kan ook voor dit model worden gekozen waarbij het voor de hand ligt dat voor complexe (behandel)zorg de specialist ouderengeneeskunde de behandelaar zal zijn en blijven. Een blauwdruk voor heel Nederland kan hiervoor niet worden gegeven. Juist in de ouderenzorg en ook de organisatie van de medische zorg voor ouderen moet goed worden aangesloten op lokale omstandigheden, afspraken en werkwijzen. Op basis van een set uitgangspunten (zie tabel 1) kunnen huisartsen, zorggroepen, huisartsposten, specialisten ouderengeneeskunde en zorgaanbieders wel lokale afspraken maken.

VAN THEORIE NAAR PRAKTIJK

Wachten tot de overheid en de politiek de regels veranderen zal ook hierbij niet helpen. Regionaal zullen zorgaanbieders voor verpleging en verzorging, huisartsen(organisaties) en specialisten ouderengeneeskunde de handen ineen moeten slaan. Ook binnen de huidige regelgeving is met enige creativiteit veel mogelijk en er zijn al meerdere voorbeelden beschikbaar. Zo kunnen er rechtstreekse vergoedingen tussen AWBZ-zorgaanbieder en huisartsen overeen worden gekomen, kan maximaal gebruik gemaakt worden van scheiden van wonen en zorg en kan voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde voor thuiswonenden een productieafpraak worden gemaakt met het zorgkantoor. Met behulp hiervan kan lokaal al veel worden geregeld. Belangrijker is dat gekozen wordt voor een gezamenlijke visie op de organisatie van de medische zorg voor ouderen en de wijze waarop de verschillende disciplines daar zo optimaal mogelijk aan kunnen bijdragen. Na die visie komt dan het organiseren, waarbij doorgaans goed gebruik kan worden

gemaakt van bestaande structuren en ervaringen die elders zijn opgedaan. Niets doen is geen echte optie gezien de ontwikkelingen waar we mee te maken hebben. De organisatie van de medische zorg voor ouderen moet en kan anders.

SAMENVATTING

- Het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde moet worden opgelost door iets te veranderen aan de organisatie van de medische zorg voor ouderen.
- Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde moeten de taken anders verdelen zodat generalistische en specialistische zorg voor iedereen die dat nodig heeft beschikbaar is, onafhankelijk van de plaats van verblijf.
- Wachten op de overheid heeft geen nut en niets doen is geen optie; organiseer samen vanuit een gedeelde visie.

LITERATUUR

1. *Hervorming langdurige zorg; naar een waardevolle toekomst; brief van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer: Den Haag 25 april 2013.*
2. *Croonen H, Crommentuyn R. Vertrekken of pools leren; minder vacatures in tweede kwartaal 2013. Medisch Contact 2013;1538-9.*
3. <http://chbb.artsennet.nl/opleidingen/Kaderopleiding-Ouderengeneeskunde.htm>
4. <http://www.pozob.nl/zorgprogramma-s/kwetsbare-ouderen>
5. *Plagge HWM, Dutrée MA. Onoplosbare belangenbrij; AWBZ kan morgen al worden afgeschaft. Medisch Contact 2008;63:497-499.*
6. *Bijlage 1 van de Projectopzet medische zorg voor ouderen (samenwerkingsproject huisartsenorganisaties en de VVT zorgaanbieders). Zuid Oost Brabant, 25 september 2013.*

Correspondentieadres
plagge.advies@wxs.nl

Geriatrische revalidatie zichtbaar!

Aafke de Groot

In 2013 hebben pakweg 50.000 revalidanten gebruikge- maakt van de nieuwe DiagnoseBehandelCombinatie (DBC) Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ). Precieze aantallen zijn nog niet bekend, aangezien de DBC's tot 42 dagen na de laatste zorghandeling doorlopen. De overheveling van AWBZ revalidatiezorg naar de zorgverzekeringswet, begin 2013, lijkt wel een opmaat (een vingeroefening) geweest te zijn voor de ingrijpende veranderingen die nu plaatsvinden in de sector ouderenzorg. Alle kwetsbare ouderen met lichte tot matige zorgbehoeften blijven voortaan thuis wonen. Ondertussen is de GRZ zich stilletjes aan het doorontwik- kelen. Vanaf 2014 is er financiering voor poliklinische ge- riatrische revalidatie. Zodat ouderen nog beter en sneller thuis kunnen zijn en hopelijk ook langer en met meer wel- bevinden thuis kunnen wonen.

Het SINGER-onderzoek naar de effectiviteit van innovaties in de proeftuinen GRZ werd in 2013 afgerond. De in gang gezette zorgontwikkelingen moeten hun weg gaan vinden in de praktijk. De allerbelangrijkste innovatie geriatrische revalidatie is het inrichten van een actief klimaat op de re- validatieafdelingen van het verpleeghuis. De verpleging van de revalidatieafdelingen wordt geschoold in revalidatieme- thodes en gaat gezamenlijk met de behandelaars van ieder ADL-moment een betekenisvolle oefensituatie maken. 'No rest for the wounded', is het devies, waarbij de PRET- principes¹ voor de neurorevalidanten in acht genomen wor- den. Revalidatiecompetenties kunnen verworven worden en vervolgens getraind, gecoacht en continu voorzien van zinnige feedback. Revalidatie is actief leren en dat geldt zeker ook voor het revalidatieteam zelf. Daarom is moti- verend professioneel leiderschap in de GRZ cruciaal. Van kaderartsen GRZ verwachten we dat ze een stevige positie in hun team en in hun organisatie innemen en dat ze van- uit inhoud (!) samenwerken met andere behandelaren en met het management.

Getrainde specialisten ouderengeneeskunde en hun GRZ leverende organisaties kunnen veel bijdragen aan patiënt- georiënteerde (patiëntcenterend) zorgketens. Eén van de knelpunten die patiënten ervaren is de stroefheid in de tran- sitiemomenten van de GRZ-ketens.² Die schakelmomenten kunnen vloeiender worden als er in de zorgketen aan beide zijden commitment is om te werken aan verbetering en aan goede, eerlijke informatie. Patiënten en hun mantelzorgers hebben juist op die transitiemomenten behoefte aan echte informatie. Temidden van alle ziekenhuishectic en in beslag genomen door hun persoonlijke ziekte is kiezen al ingewikkeld genoeg.



Hoe verschillend presteren GRZ-verpleeghuizen eigenlijk? Dat willen verzekeraars maar al te graag weten. Gegevens over gedeclareerde DBC's en daarmee duur en intensiteit van revalidatie verzamelen zich vanzelf in hun databanken. Maar hoe de effectiviteit van het revalidatietraject is en hoe revalidanten en hun mantelzorgers de behandeling waar- deren, dat is minder eenvoudig uit die feiten af te lezen. En hoe gaat het verder met de revalidant na ontslag? Die kwets- bare oudere thuis, al dan niet na een revalidatieproces, kan uw patiënt zijn, blijven of na een tijdje opnieuw worden. U als specialist ouderengeneeskunde met een praktijk voor geriatrische revalidatie heeft zeker ideeën over het lange- retermijneffect van geriatrische revalidatie. Zou u dat idee kunnen omzetten in een feitelijke registratie? Wanneer uw instelling verbonden is aan een universitair netwerk van zorginstellingen, dan kunt u hulp krijgen bij deze activitei- ten en nog meer bijdragen aan de zichtbaarheid van zorg- ontwikkeling in de GRZ.

Revalidatie is actief leren

Om landelijk een basis voor benchmarking op basis van kwaliteit te verkrijgen, worden indicatoren voor de GRZ ontwikkeld. In de eerste helft van 2014 zullen deze indica- toren in de praktijk uitgetoetst worden in de vorm van een pilot. Misschien wordt uw instelling benaderd om mee te doen. Wat adviseert u dan aan uw manager? Verschil in prestaties zal er zijn en mag ook gezien worden.

LITERATUUR

1. Pauzes nemen, Rustige omgeving, Eén ding tegelijk, Tempo aanpassen.
2. Geriatrische revalidatiezorg: wat vinden cliënten belangrijk. NCPF, okt. 2012.

Correspondentieadres
ajdegroot@vumc.nl

ACTUEEL

Wanneer kan de patiënt naar huis?

Het voorspellen van opnameduur van revalidanten

Menke Baller, aios ouderengeneeskunde, Stichting SHDH, Haarlem

Dr. Ellen Vreeburg, specialist ouderengeneeskunde, stafdocent Gerion VUMC, Amsterdam

INLEIDING

Doorgaans willen revalidanten zo snel mogelijk terug naar huis. Om hier snel en doelgericht naar toe te werken, wordt geadviseerd al in de eerste week van het revalidatietraject een voorlopige ontslagdatum vast te stellen.¹ In de praktijk blijkt dat het niet gemakkelijk is de opnameduur juist in te schatten, zelfs niet bij de welomschreven groep patiënten die electief een totale heupprothese heeft gekregen. Er is tot nu toe in Nederland geen onderzoek gedaan naar factoren die de revalidatieduur van deze patiëntengroep voorspellen in de geriatrische revalidatiezorg.

Op een Franse revalidatieafdeling en in een Amerikaans 'acute rehabilitation hospital' is gekeken naar factoren die de opnameduur van patiënten met een totale knie- of heupprothese beïnvloeden.^{2,3} Daarbij kwamen de volgende factoren naar voren: geslacht, alleen wonen, huishoudelijke hulp hebben, arthroplastiek van onderste extremiteit in de voorgeschiedenis, aantal comorbide aandoeningen, operatie-indicatie, huwelijkse staat en etnische achtergrond. Deze factoren zijn door de grote verschillen in patiëntenpopulatie en organisatie van revalidatiezorg niet zonder meer van toepassing op de Nederlandse situatie. Tevens zijn de factoren 'trappen moeten kunnen lopen' en 'complicatie in de voorafgaande ziekenhuisopname' niet meegenomen in die onderzoeken, terwijl op grond van klinische ervaring verwacht kan worden dat deze onder andere ook een rol spelen.

Dit retrospectieve cohortonderzoek heeft tot doel het schatten van de opnameduur te onderbouwen, door antwoord te geven op de volgende vraag:

- Welke factoren, die bij opname op de revalidatieafdeling in een verpleeghuis in Nederland bekend zijn, zijn van invloed op de opnameduur van patiënten die electief een totale heupprothese hebben gekregen?

METHODE

Patiëntenpopulatie

Voor dit retrospectieve cohortonderzoek werd gebruik gemaakt van de medische dossiers van patiënten die in 2012 revalideerden bij Stichting SHDH. Deze stichting bood op vijf locaties geriatrische revalidatiezorg aan, in totaal 70 bedden. Alle 60 patiënten die kwamen revalideren in verband met een electief geplaatste totale heupprothese en waarbij de opname- en ontslagdatum in 2012 viel, kwamen in aanmerking voor analyse. Vervolgens werden 2 patiënten geëxcludeerd omdat het medisch dossier onvindbaar was en werd 1 patiënt geëxcludeerd omdat hij na drie dagen werd ontslagen in verband met complicaties en dus praktisch niet gerevalideerd heeft. Uiteindelijk werden 57 patiënten geïncludeerd in het onderzoek.

Dataverzameling

De afdeling Registratie van SHDH selecteerde op basis van DBC-diagnosecode 201 'nieuwe heupprothese', de basis-

INLEIDING Om patiënten zo snel en doelgericht mogelijk te laten revalideren, wordt in de eerste week van de geriatrische revalidatie de opnameduur ingeschat. In deze studie wordt onderzocht welke patiëntgebonden factoren, die bij opname op de revalidatieafdeling in een verpleeghuis bekend zijn, van invloed zijn op de opnameduur van patiënten die electief een totale heupprothese hebben gekregen.

METHODE Retrospectief cohortonderzoek werd gedaan op basis van medische dossiers. Middels bivariate lineaire regressieanalyse werd onderzocht of de factoren geslacht, leeftijd, traplopen, mantelzorg, comorbiditeit en complicaties tijdens de voorafgaande ziekenhuisopname van invloed waren op de opnameduur.

RESULTATEN De 57 patiënten, van gemiddeld 75 jaar oud, waren gemiddeld 32,5 (SD16,0), mediaan 28 dagen opgenomen (spreiding 3 tot 80 dagen). Daarop was alleen de factor comorbiditeit significant van invloed, $p=0,026$. Dit verklaarde de opnameduur voor 7,1%.

DISCUSSIE Op basis van bovengenoemde objectieve factoren is het niet goed mogelijk de opnameduur te voorspellen. Blijkbaar spelen andere factoren een rol.

gegevens van de te includeren patiënten.⁴ Informatie werd verzameld uit de medische dossiers van deze patiënten. De opnamestatus, ingevuld door een arts, de decursus van de arts op de dag van opname, de ontslagbrief en verpleegkundige overdracht uit het ziekenhuis, de medicatielijst en de ontslagbrief van een eerdere opname bij SHDH, werden nauwkeurig bestudeerd om gegevens te verzamelen over onderstaande variabelen.

Variabelen

De afhankelijke variabele was duur van opname op de revalidatieafdeling, gemeten in dagen, inclusief de dag van opname en de dag van ontslag. De volgende onafhankelijke variabelen werden geanalyseerd: geslacht, leeftijd op de dag van opname, traplopen (wel/niet moeten kunnen traplopen voor ontslag), mantelzorg hebben (patiënt woont wel/niet in één huis met een partner, familielid of andere naaste), complicatie (wel/geen incidenten tijdens de voorafgaande ziekenhuisopname die hebben geleid tot medische zorg en/of behandeling, en die in de ontslagbrief van het ziekenhuis zijn genoemd) en comorbiditeit. Voor het meten van de comorbiditeit werd gebruik gemaakt van de Functional Comorbidity Index (FCI), die 18 diagnoses bevat. Per ziekte of functionele beperking werd aangegeven of deze wel of niet in het medisch dossier geregistreerd stond, bij de voorgeschiedenis, anamnese of in de ontslagbrief van een eerdere opname bij SHDH. De medicatielijst diende hierbij ter ondersteuning, hoewel op basis van medicatie alleen geen diagnose geregistreerd kon worden. Bij een totaalscore van 0 was er geen comorbiditeit, 18 was het maximum. Deze lijst heeft bij dit onderzoek de voorkeur gekregen boven andere schalen, omdat deze index goed samenhangt met aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven.⁵

Op grond van de literatuur en praktijkervaring werd gekozen voor bovenstaande variabelen. De andere in de literatuur genoemde variabelen, zoals huishoudelijke hulp hebben, arthroplastiek van onderste extremiteit in de voorgeschiedenis, indicatie voor operatie, huwelijkse staat en etnische achtergrond werden niet meegenomen, omdat deze niet consequent in de dossiers werden vermeld.

Analyse & statistiek

Voor het analyseren van de data werd gebruik gemaakt van het computerprogramma SPSS Statistics, versie 20. Met behulp van de Shapiro-Wilk-test werd vastgesteld of de opnameduur normaal verdeeld was. Door bivariate lineaire regressieanalyse werd de relatie tussen de onafhankelijke variabelen en de opnameduur berekend. Als significantieniveau werd gekozen voor de gebruikelijke alfa van 0,05. Middels de 'Adjusted R-Square' werd berekend welk percentage van de opnameduur door een significante variabele werd verklaard. Door middel van een tweede bivariate regressieanalyse werd berekend of een variabele die van invloed was op de opnameduur niet in significante mate werd beïnvloed door een van de andere variabelen.

RESULTATEN

In tabel 1 worden de kenmerken van de 57 geïncludeerde patiënten beschreven. De revalidanten die electief een totale heupprothese hadden gekregen waren gemiddeld 75 jaar oud. Ze varieerden in leeftijd van 51 tot 89 jaar. Ruim driekwart van de populatie was vrouw. 49% van de revalidanten moest kunnen traplopen en 66% had geen mantelzorg thuis. 6 van de 57 patiënten hadden een complicatie door gemaakt in het ziekenhuis. Dit varieerde van tachycardie en decompensatio cordis, tot een trochanter major fractuur en hemodynamische instabiliteit. Gemiddeld had men twee comorbide ziekten op de FCI. Revalidanten waren gemiddeld 32,5 dagen in het verpleeghuis opgenomen (SD 16,0 dagen), mediaan 28 dagen.

Tabel 1. Patiëntkarakteristieken.

Kenmerk	Aantal (percentage)
Aantal patiënten	57 (100)
Vrouwelijk geslacht	45 (78,9)
Moet kunnen traplopen	28 (49,1)
Mantelzorg aanwezig	19 (33,3)
Complicatie	6 (10,5)
	Gemiddelde (standaarddeviatie)
Leeftijd	75,1 (9,0)
Comorbiditeit	2,0 (1,4)
Opnameduur in dagen	32,5 (16,0)

In tabel 2 wordt de relatie beschreven tussen de diverse variabelen en opnameduur. Daarbij valt op dat alleen comorbiditeit een significante invloed heeft op de opnameduur ($p=0,026$). De coëfficiënt van comorbiditeit kan als volgt geïnterpreteerd worden: bij één ziekte meer, wordt de patiënt drieënhalve dag langer opgenomen. Uit de Adjusted R-Square blijkt dat comorbiditeit de opnameduur voor 7,1% kan verklaren. Een tweede bivariate lineaire regressieanalyse toonde geen significante invloed van de andere variabelen op comorbiditeit aan.

DISCUSSIE

Op basis van dit onderzoek in de geriatrische revalidatiezorg blijkt dat, van de bij de opname bekende en hier onderzochte patiëntgebonden factoren, alleen comorbiditeit een significante invloed heeft op de opnameduur van patiënten waarbij electief een totale heupprothese is geplaatst. De andere onderzochte variabelen hebben geen invloed op de opnameduur. In het algemeen kan dit verklaard worden door het kleine aantal patiënten, waardoor minder snel een significant effect aangetoond kan worden. Dat de factor geslacht geen verschil maakt, past bij onze praktijkervaring en de resultaten in de literatuur waarbij de ene keer mannen en de andere keer vrouwen langer revalideren.^{2,3} Leeftijd kwam zowel in dit onderzoek als in de eerdere onderzoeken niet als significante factor uit de bus.^{2,3} Mogelijk kan dit verklaard worden doordat alleen relatief vitale ouderen electief een totale heupprothese krijgen. De factor traplopen

Tabel 2. Relatie tussen variabelen en opnameduur.[#]

Variabele	Coëfficiënt	Standaardafwijking	95%-betrouwbaarheidsinterval		P-waarde
			Ondergrens	Bovengrens	
Vrouwelijk geslacht	-2,69	5,24	-13,20	7,82	0,609
Moet kunnen traplopen	6,12	4,21	-2,31	14,55	0,151
Mantelzorg aanwezig	-1,16	4,54	-10,26	7,95	0,800
Complicatie	12,72	6,77	-0,85	26,28	0,066
Leeftijd	0,01	0,24	-0,47	0,49	0,956
Comorbiditeit	3,51	1,53	0,44	6,58	0,026*

* = statistisch significant, p-waarde < 0,05

[#] De waarden weergegeven in de tabel zijn verkregen middels bivariate lineaire regressieanalyses met als afhankelijke variabele 'opnameduur'. Om de interpretatie te vergemakkelijken zijn de gevonden waarden hier in één tabel weergegeven. Deze waarden zijn dus niet afkomstig uit een multiple regressieanalyse en de coëfficiënten mogen daarom niet onderling met elkaar vergeleken worden.

is niet eerder onderzocht en blijkt in dit onderzoek geen significante invloed te hebben op de opnameduur. Dit kan verklaard worden doordat een deel van de revalidanten na ontslag tijdelijk beneden zal slapen, waardoor uiteindelijk weer moeten kunnen traplopen niet altijd een belemmerende factor voor ontslag is.

Wat ons enigszins verbaasde was dat het wel of niet hebben van mantelzorg geen significante invloed had. Dit kan te maken hebben met de selectie van patiënten voor de geriatrische revalidatie, waarbij patiënten met goede mantelzorg doorgaans niet in aanmerking kwamen voor geriatrische revalidatie. De patiënten die wel samenwoonden met een partner, familielid of andere naaste en dus volgens de definitie een mantelzorger hadden, bleken vaak zelf mantelzorger te zijn voor hun huisgenoot met lichamelijke of psychische beperkingen. Met slechts 6 van de 57 patiënten die een complicatie hebben gehad in de voorafgaande ziekenhuisopname, is de kans klein dat significante verschillen worden gevonden. De kans is groot dat in grootschaliger onderzoek deze factor wel als voorspeller naar voren komt.

Dit onderzoek heeft diverse sterke kanten, zoals de volledige follow-up en een cohort waarvan 95% geïnccludeerd kon worden. Hierdoor zijn de resultaten representatief voor alle revalidanten die electief een totale heupprothese hebben gekregen en in 2012 revalideerden bij SHDH in Haarlem. Om een representatief beeld te krijgen voor Nederland zou het onderzoek uitgebreid moeten worden naar diverse revalidatieafdelingen van verschillende instellingen, in stedelijk- en

plattelandsg gebied. Een minder sterke kant van dit onderzoek is dat het een relatief kleine groep is, waardoor het maken van een predictiemodel niet mogelijk is en diverse factoren tegen de verwachting in geen significant effect op opnameduur laten zien. Doordat de gegevens retrospectief verzameld zijn, is er een grote kans op informatiebias, met name van complicaties en comorbiditeit. Tevens konden andere factoren die mogelijk van invloed zijn op opnameduur, zoals stemming, cognitie en motivatie, niet worden meegenomen in het onderzoek, omdat ze niet systematisch geregistreerd waren. Dat dit onderzoek retrospectief verricht werd, heeft echter als voordeel dat de opnameduur niet beïnvloed kan zijn door de loop van het onderzoek.

Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat het voorspellen van de opnameduur op basis van de onderzochte patiëntgebonden factoren niet goed mogelijk is, ook niet als rekening wordt gehouden met de factor comorbiditeit. Blijkbaar zijn er andere factoren die een rol spelen. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan psychologische en sociale factoren, de revalidatie-omgeving en het behandelprogramma. Verder onderzoek is nodig om dit in kaart te brengen. Tevens kunnen zich in het revalidatietraject complicaties en intercurrente aandoeningen voordoen, die de opnameduur sterk beïnvloeden. Deze factoren zijn niet meegenomen in dit onderzoek, omdat ze bij opname onbekend zijn en daarom niet gebruikt kunnen worden bij het voorspellen van de opnameduur. Bij opname kan wel een verwachte ontslagdatum vastgesteld worden, maar het ontslag definitief plannen is dan nog niet mogelijk.

LITERATUUR

1. Achterberg WP. *SINGER, samenwerking en innovatie in de geriatrische revalidatie*. Universitair Verpleeghuis Netwerk Zuid-Holland 2012. Beschikbaar via: http://www.uvn-zh.nl/images/stories/deelnemende_organisaties/SINGER_1-7_2012.pdf.
2. Dauty M, Smitt X, Menu P, Dubois C. Which factors affect the duration of inpatient rehabilitation after total knee arthroplasty in the absence of complications? *Ann Phys Rehabil Med*. 2009 Apr;52(3):234-45.
3. Lin JJ, Kaplan RJ. Multivariate Analysis of the Factors Affecting Duration of Acute Inpatient Rehabilitation After Hip and Knee Arthroplasty. *Am J Phys Med Rehabil*. 2004 May;83(5):344-52.
4. DBC-systematiek voor de geriatrische revalidatiezorg. DBC Onderhoud 2012. Beschikbaar via: http://www.dbconderhoud.nl/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3488&Itemid=32
5. Groll D, To T, Bombardier C, Wright J. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. *J Clin Epidemiol*. 2005 Jun;58(6):595-602.

Correspondentieadres
menkeballer@gmail.com

Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

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

TIPS & TRICKS

Dementie en Dan

De periode van 20 tot en met 29 september stond in het teken van de multimediale campagne 'Dementie en Dan' over onderzoek, zorg en kwaliteit van leven bij dementie. Onderdeel van de campagne was onder meer een prachtige tweeluik onder dezelfde naam van documentairemaker Ireen van Ditschuyzen (IDTV docs) uitgezonden door de AVRO op Nederland 2. De campagne bleek een groot succes en #dementieendan was in die week een trending topic op de diverse sociale media.

Wie het tweeluik heeft gemist, of nadere informatie wil over de campagne, kan terecht op de gelijknamige website: www.dementieendan.nl. Voor € 15 is het mogelijk om de educatieve DVD-box van Dementie en Dan te bestellen met daarop onder meer het tweeluik, twee korte documentaires getiteld 'Mijn moeder is dement' en 'Een mooi einde' en enkele educatieve clips, aangepast aan het niveau van de doelgroep.

APPS

Taber's Medical Dictionary

Taber's Medical Dictionary is een woordenboek dat aansluit bij de gelijknamige website. De app bevat meer dan 65.000 definities en heeft ook een uitspraakfunctie, waarmee je de juiste uitspraak van een woord kunt beluisteren. Er worden tevens links gelegd tussen gerelateerde definities om zo de leercurve te verbeteren. Er zijn ook een honderdtal instructie- en uitlegvideo's te bekijken via de app.

De app is gratis te downloaden in een demoversie met 6.500 termen; volledige functionaliteit kost € 35,99 via een in-app aankoop. Als je al een Taber-abonnement hebt, is inloggen gratis. De app is beschikbaar voor Android, iOS en BlackBerry en er zijn versies voor zowel smartphones als tablets.



Medicatiecontrole-app

Herkenbaar vraagstuk: hoe te voldoen aan de eis van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor dubbele controle bij het toedienen van risicovolle medicatie. Een oplossing hiervoor is het gebruik van digitale technieken. Boomerweb heeft hiervoor een app ontwikkeld, waarmee zorgverleners een foto kunnen maken van de type medicatie, de hoeveelheid en de NAW-gegevens van de patiënt, om deze door een collega op afstand te laten controleren. Dit alles in een beveiligde omgeving en met vastlegging van wie welke verificatie heeft gedaan. De app werkt hiervoor met gezichtsherkenning via de camera en maakt ook gebruik van de GPS voor positiebepaling. Via een dashboard-omgeving kan per patiënt worden teruggekeken.

De medicatiecontrole-app is op dit moment alleen beschikbaar voor Android, maar een iOS-versie is in de maak. Meer informatie, inclusief een gebruiksvideo, is te vinden op www.boomerweb.nl.

MediCalc

MediCalc geeft snel toegang tot 150 bekende medische calculators en kan meer dan 300 medische formules berekenen. Het is mogelijk om de achterliggende formule per calculator te bekijken en eventueel aan te passen naar eigen wens. Afwijkende waarden worden in het rood weergegeven. De app bevat tevens een zoek- en printfunctie.

De app is specifiek bedoeld voor medische professionals en ontwikkeld door ScyMed.

Er is alleen een iOS-versie en deze is op dit moment (tijdelijk) gratis.



Correspondentieadres

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

EUGMS congres 2013

Improving Outcomes of Geriatric Medicine

Pieter le Rütte, beleidsmedewerker Verenso

In lijn met de sterker wordende banden tussen het specialisme ouderengeneeskunde en de klinische geriatrie, die ook op Europees niveau worden aangehaald, bezocht een vertegenwoordiging van Verenso begin oktober het congres van de European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS, www.eugms.org).

Op een bijzondere locatie, het oude casino op het eiland Lido, kwamen ongeveer 1.800 in de geriatrie werkende artsen, artsen in opleiding, arts-onderzoekers en onderzoekers van andere disciplines bijeen. Europa was vertegenwoordigd van Noord naar Zuid en van West naar Oost. Uit Nederland waren behalve klinisch geriateren (in opleiding) ook opvallend veel specialisten ouderengeneeskunde, waaronder veel onderzoekers, aios en enkele aioto's, naar Venetië gekomen.

Van Venetië tot Rotterdam

In twee dagen vonden er meer dan 50 sessies met in totaal minimaal 200 sprekers plaats. Dat er veel onderzoek lijkt te worden verricht en EUGMS dat ook graag toont, was te zien aan de 650 posters. Enkele sessies en vele posters kwamen uit Nederland waarbij alle universiteiten waar specialisten ouderengeneeskunde onderzoek doen, waren vertegenwoordigd. De thema's strekten zich uit van de moeizame dementiediagnostiek bij niet-westerse migranten tot state-of-the-artbeeldvorming van het ouder wordende brein, van valpreventie tot de impact van interventies op de spoedeisende hulp (SEH), van polyfarmacie tot constipatie, van leefstijl en voeding tot levenseinde.

EUGMS heeft verschillende thematische werkgroepen. Bijzonder relevant vanuit het perspectief van het specialisme ouderengeneeskunde is de Special Interest Group Long Term Care. Het initiatief hiervoor is genomen door professor Des O'Neill, een van de grondleggers van de EUGMS in 1999. De groep probeert door kennisdeling het niveau van de geneeskunde in verpleeghuizen in heel Europa op een hoger peil te krijgen.



Verenso onderhoudt contacten met deze groep die tijdens het congres de sessie 'EUGMS and nursing home medicine – learning from international experience' verzorgde. Eén van de sprekers was Dan Swagerty, directeur van de AMDA, de Amerikaanse organisatie voor 'long term care medicine' (www.amda.com). Hij sprak over de ontwikkeling van competenties voor artsen die in het verpleeghuis werken, wat aangeeft dat internationale samenwerking met organisaties de moeite waard is. Voor alle partijen. Want hoe uniek het specialisme ouderengeneeskunde ook mag zijn, er is in Europa en wereldwijd veel te leren van elkaars ervaringen, goede ideeën, fouten, successen, expertise, enthousiasme en doorzettingsvermogen.

Het volgende EUGMS-congres is van 17-19 september 2014 in Rotterdam. Daarmee wordt participeren in internationale kennisdeling bijzonder laagdrempelig. Thema van het congres is 'Crossing borders' en dat kan zowel fysiek als overdrachtelijk worden opgevat. Het specialisme ouderengeneeskunde heeft een significante inbreng in het programma, maar bovendien kunnen er tot 31 januari 2014 symposia en tot 25 april 2014 abstracts worden ingediend (zie www.eugms2014.org).

Correspondentieadres
plerutte@verenso.nl

Chronisch blaas- en katheterspoelen

Discrepantie tussen richtlijnen en praktijk

E. (Loes) van Roekel, aios ouderengeneeskunde, Gerion Amsterdam

Dr. Ellen M. Vreeburg, specialist ouderengeneeskunde, stafdocent Gerion Amsterdam

INLEIDING

Het gebruik van een verblijfskatheter brengt regelmatig problemen met zich mee. Eén van deze problemen is de frequent verstopte katheter, waarvoor preventief katheterspoeling kan worden voorgeschreven. De richtlijn Blaaskatheters van Verenso uit 2011 adviseert: *'Spoel om de dag de blaaskatheter, 2 keer achter elkaar; met 10 ml tot 50 ml zure spoelvloeistof bij patiënten die snel een verstopte katheter hebben; pas geen blaasspoeling toe'*.¹

Verpleeghuis Salem, waar de eerste auteur gedurende het eerste jaar van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde werkzaam is geweest, kent een aantal eigen procedures en nota's, waaronder de procedure 'Katheterbeleid en urineonderzoek'.² In deze procedure wordt het volgende advies voor chronisch blaas- en katheterspoelen gegeven: *'Het effect van blaasspoelen is niet bewezen; derhalve zal hier terughoudend mee omgegaan worden'*. De Salemprocedure geeft aan dat er enkele soorten blaasspoelvloeistoffen zijn: *'NaCl 0,9% (geldt als eerste keus), Solutio G (10 minuten in de blaas laten; als NaCl ontoereikend is), Solutio R (10 minuten in de blaas laten; als Solutio G ontoereikend is)'*.

Het advies van de Salemprocedure wijkt dus af van het advies uit de richtlijn van Verenso. Blijkbaar is bij de laatste revisie van de procedure uit het verpleeghuis (september 2011) de richtlijn van Verenso niet meegenomen. De discrepantie tussen de Verenso-richtlijn en de procedure van Salem brengt ons tot de volgende onderzoeksvraag:

- Hoe verhoudt de praktijk van chronisch blaas- en katheterspoelen bij verpleeghuisbewoners uit verpleeghuis Salem zich tot de aanbevelingen van de procedure katheterbeleid uit het verpleeghuis zelf en tot de richtlijn Blaaskatheters van Verenso (2011)?

METHODE

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is met behulp van een enquête bij verzorgenden/verpleegkundigen een dwarsdoorsnede-onderzoek uitgevoerd onder alle verpleeghuisbewoners die voor medische zorg onder een arts uit verpleeghuis Salem vallen. Naar aanleiding van een enquête bij de verpleging zijn de bewoners geselecteerd die op vaste tijden blaas- of katheterspoeling krijgen toegediend; van deze bewoners is in kaart gebracht met welke spoelvloeistof, in welke hoeveelheid en met welke frequentie zij gespoeld worden.

De Verenso-richtlijn adviseert om twee keer achter elkaar te spoelen. Dit aspect wordt buiten beschouwing gelaten, omdat het niet betrouwbaar te meten is in een dwarsdoorsnede-onderzoek. Ditzelfde geldt voor de volgende aspecten uit de Salemprocedure: 'spoelvloeistof 10 minuten in de blaas laten' en 'volgen van een stappenplan bij keuze voor soort spoelvloeistof'. Ook deze aspecten zijn buiten beschouwing gelaten.

Nadat de enquête is afgenomen, zijn de resultaten verwerkt in Microsoft Excel 2010. Vervolgens is voor iedere bewoner die een chronisch blaas- of katheterspoeling kreeg, beoordeeld of de praktijk conform het advies van de Verenso richtlijn of conform het advies van de Salemprocedure was. Bij deze beoordeling zijn de volgende criteria aangehouden: - Voor iedere bewoner die om de dag of op maandag-woensdag-vrijdag werd gespoeld met kleine hoeveelheden (10-50 cc) zure blaasspoeling (Solutio R of Solutio G), is de conclusie getrokken dat voor de in kaart gebrachte aspecten het voorschrift past bij het advies van de richtlijn van Verenso.

ACHTERGROND

De richtlijn Blaaskatheters (Verenso, 2011) geeft een ander advies over chronisch blaas- en katheterspoelen dan de eigen procedure van Verpleeghuis Salem. Het is onduidelijk wat de praktijk van chronisch blaas- en katheterspoelen is en hoe deze zich verhoudt tot de adviezen uit de richtlijn van Verenso.

METHODE

Op 9 april 2013 is een dwarsdoorsnede-onderzoek uitgevoerd onder alle verpleeghuisbewoners die voor medische zorg onder een arts van Verpleeghuis Salem vallen.

RESULTATEN

De praktijk van chronisch blaas- en katheterspoelen is heel divers en voor het merendeel van de bewoners niet conform de adviezen uit de eigen procedure en Verenso-richtlijn. Voor 12 van de 18 geïnccludeerde bewoners is de praktijk volgens de Verenso-richtlijn zelfs ongewenst.

DISCUSSIE

Veel verpleeghuizen kennen eigen richtlijnen en procedures. Het is van belang dat deze eigen verpleeghuisrichtlijnen regelmatig geactualiseerd worden naar de richtlijnen van Verenso.

Tabel 1. Baselinekarakteristieken en gemeten variabelen.

Nr	M/V	Leeftijd (jaren)	Indicatie	CAD/SPC	Indicatie katheter	Spoelvloeistof	Hoeveelheid	Frequentie
1	M	85	SOM	CAD	onbekend	NaCl 0,9%	50 cc	2dd
2	M	76	SOM	CAD	onbekend	NaCl 0,9%	100 cc	2 keer per week
3	V	95	SOM	CAD	onbekend	NaCl 0,9%	100 cc	3 keer per week
4	V	88	SOM	CAD	onbekend	NaCl 0,9%	100 cc	1dd
5	V	91	SOM	CAD	retentie	NaCl 0,9%	100 cc	1dd
6	V	98	SOM	CAD	onbekend	NaCl 0,9%	100 cc	1dd
7	V	95	SOM	CAD	huidconditie	NaCl 0,9%	100 cc	2dd
8	M	59	SOM	SPC	huidconditie	NaCl 0,9%	100 cc	3dd
9	M	67	SOM	SPC	retentie	NaCl 0,9%	2 liter	continue blaasspoeling
10	V	85	PG	CAD	retentie	solutio G	10 cc	om de dag
11	V	64	SOM	CAD	retentie	solutio G	50 cc	3 keer per week
12	M	90	SOM	CAD	onbekend	solutio G	50 cc	2dd
13	V	94	SOM	CAD	retentie	solutio G	100 cc	1dd
14	V	86	SOM	CAD	onbekend	solutio R	50 cc	3 keer per week
15	V	91	SOM	CAD	onbekend	solutio R	50 cc	3 keer per week
16	M	86	PG	CAD	onbekend	solutio R	100 cc	1dd
17*	V	93	SOM	CAD	onbekend	NaCl 0,9%	100 cc	op even dagen 1dd
17						solutio G	50 cc	op oneven dagen 1dd
18*	M	81	SOM	CAD	retentie	NaCl 0,9%	100 cc	2dd
18						solutio G	200 cc	1 keer per 2 weken

*Deze bewoners krijgen twee verschillende soorten blaas- of katheterspoelvloeistof toegediend.

– Voor iedere bewoner die dagelijks (één of meerdere malen per dag) werd gespoeld met grotere hoeveelheden (> 50 cc; dit omdat de Salemprocedure expliciet alleen over ‘blaasspoelen’ spreekt) spoelvloeistof (NaCl 0,9%, Solutio R of Solutio G), is de conclusie getrokken dat voor de in kaart gebrachte aspecten het voorschrift past bij het advies van de Salemprocedure.

RESULTATEN

Van de 351 verpleeghuisbewoners die op 9 april 2013 voor medische zorg onder artsen uit Salem vielen, waren er 38 met een verblijfskatheter. Van deze 38 bewoners met een verblijfskatheter waren er 18 die een chronisch blaas- of katheterspoeling kregen toegediend. In tabel 1 is genoteerd met welk soort spoelvloeistof, in welke hoeveelheid en met welke frequentie deze 18 bewoners gespoeld werden; daarnaast zijn enkele baselinekarakteristieken opgenomen (geslacht, leeftijd, type indicatie en type katheter). Wat betreft indicatie voor de katheter: als in de probleemlijst geen indicatie vermeld was, is deze gescoord als ‘onbekend’.

Zoals te zien in tabel 1 is de praktijk van chronisch blaas- of katheterspoelen erg divers. Negen bewoners krijgen alleen NaCl 0,9% toegediend, meestal in een grote hoeveelheid (> 50 cc), de frequentie van toediening varieert. Zeven bewoners worden alleen met een zure spoelvloeistof (Solutio R of G) gespoeld, meestal in een kleine hoeveelheid (50 cc of minder) en met wisselende frequenties. De laatste twee bewoners krijgen twee soorten spoelvloeistof toegediend.

PRAKTIJK EN RICHTLIJNEN

Wanneer de uitkomsten volgens de in de methode geformuleerde criteria worden beoordeeld, kan de volgende conclusie worden getrokken: van de 18 bewoners die chronisch blaas- of katheterspoeling kregen toegediend, werd dit bij n=7 (= 39%) gedaan conform de Salemprocedure en bij n=4 (= 22%) conform de Verenso-richtlijn.

De Salemprocedure en de Verenso-richtlijn vermelden niets over het combineren van verschillende soorten spoel­vloeistoffen of het toedienen van continue blaasspoeling. Daarom wordt voor bewoner 9, 17 en 18 de praktijk van blaas- en katheterspoeling beschouwd als niet passend bij het advies van de Salemprocedure en de Verenso-richtlijn. De richtlijn van Verenso beoordeelt spoelen met hoeveelheden groter dan 50 cc als ongewenst. Zo beschouwd is voor 12 van de 18 bewoners (67%) de praktijk van blaas­spoelen volgens de Verenso-richtlijn ongewenst, omdat zij te grote hoeveelheden spoelvloeistof (‘blaasspoeling’) krij­gen toegediend.

DISCUSSIE

Een aantal zaken uit de resultaten valt op, zowel wat betreft de praktijk van chronisch blaas- of katheterspoelen als de baselinekarakteristieken. Om te beginnen bij een detail uit de baselinekarakteristieken: van 10 van de 18 geïncludeerde bewoners (56%) is in de probleemlijst niet vermeld wat de indicatie voor de verblijfskatheter is. Voor deze bewoners is het dus de vraag of zij om terechte redenen (niet vermeld in de probleemlijst) een verblijfskatheter hebben, of dat zij mogelijk een verblijfskatheter hebben zonder harde indicatie.

Wat betreft de praktijk van chronisch blaas- of katheterspoelen: deze blijkt heel divers te zijn. Omdat voor het merendeel van de bewoners de praktijk niet conform de Salem-procedure is, is het de vraag in hoeverre deze procedure (op dit punt) geïmplementeerd is.

De discrepantie tussen de praktijk en het advies uit de Verenso-richtlijn is nog groter. Het feit dat de procedure van het verpleeghuis op dit punt verschilt van de richtlijn van Verenso kan hier zeker toe bijdragen. Het zou voor individuele verpleeghuizen goed zijn om ernaar te streven zoveel mogelijk de richtlijnen van de beroepsgroep te hanteren en te verwerken in eigen procedures en richtlijnen (indien aanwezig). Dit kost veel tijd en dat zou een reden kunnen zijn waarom dit niet altijd gebeurt. Het in zijn geheel overnemen van richtlijnen en procedures van Verenso in het eigen verpleeghuis is minder arbeidsintensief, echter de implementatie ervan kost uiteraard wel tijd. Een nadeel van Verenso-richtlijnen is dat deze tamelijk uitgebreid zijn; dat geldt ook voor de samenvatting van de richtlijnen. Verpleeghuizen hebben richtlijnen nodig die bruikbaar zijn (dus niet te uitgebreid) en passend bij de specifieke situatie van hun eigen verpleeghuis. Het is dan ook de vraag in hoeverre de huidige richtlijnen van Verenso er geschikt voor zijn om integraal overgenomen te worden.

Verenso brengt regelmatig nieuwe richtlijnen en procedures uit, met als doel dat de inhoud van deze richtlijnen geïmplementeerd wordt in verpleeghuizen. Van artsen werkzaam in verpleeghuizen vraagt dit om regelmatig aandacht te besteden aan het actualiseren van de eigen richtlijnen

(indien aanwezig) en om eveneens regelmatig aandacht te besteden aan de implementatie van de nieuwe richtlijnen op de werkvloer.

Verenso zelf kan echter ook het één en ander doen om de kans groter te maken dat de inhoud van de richtlijn ook daadwerkelijk zijn weg vindt in het verpleeghuis. Om te stimuleren dat richtlijnen en handreikingen van Verenso regelmatig worden geraadpleegd door artsen, is het van belang dat de richtlijnen en handreikingen van Verenso een overzichtelijke samenvatting kennen. Voor de Verenso-richtlijnen is hierop winst te behalen, als ze worden vergeleken met NHG-standaarden.

Specialisten ouderengeneeskunde zullen in de toekomst steeds meer in de eerste lijn en met collega's uit de eerste lijn gaan samenwerken. Zoals we net zagen, verschillen de richtlijnen van specialisten ouderengeneeskunde qua overzichtelijkheid nogal van die van de huisartsen. Om de aansluiting bij de eerste lijn te verbeteren, ligt hier dan ook een uitdaging voor onze beroepsgroep.

LITERATUUR

1. Verenso. *Richtlijn Blaaskatheters, langdurige blaaskatheterisatie bij patiënten met complexe multimorbiditeit*. Utrecht: Verenso, 2011:21.
2. *Verpleeghuis Salem. Procedure katheterbeleid en urineonderzoek. Laatste revisie september 2011.*

Correspondentieadres
loesvanroekel@hotmail.com

Reactie Inge van der Stelt, secretaris werkgroep richtlijnontwikkeling (WRO) van Verenso

In de eerste plaats onze dank voor de keuze van dit onderzoek. Het daadwerkelijk gebruik maken van een ontwikkelde richtlijn is geen vanzelfsprekendheid, we zijn dan ook blij met aandacht hiervoor vanuit de praktijk en hopen op navolging van meer aios en hun begeleiders!

Verenso ontwikkelt richtlijnen voor en door specialisten ouderengeneeskunde, gericht op kwetsbare ouderen met multimorbiditeit en polyfarmacie. Het gaat steeds om complexe problematiek waarbij een op de individuele patiënt toegepast behandelbeleid moet worden opgesteld. Ondanks het feit dat het behandelbeleid van toepassing moet zijn op de specifieke patiënt dient er nog wel sprake te zijn van een 'eenduidig behandelbeleid' binnen een vakgroep specialisten ouderengeneeskunde. Een eenduidig behandelbeleid, afgestemd op de Verenso-richtlijnen, geeft ook richting aan het handelen van paramedici, de verpleging en verzorging. Het bespreken van de richtlijnen binnen een

vakgroep is dan ook een waardevolle investering. Zoals in het artikel wordt aangegeven, dienen verpleeghuisprotocollen te worden aangepast aan landelijke richtlijnen van de beroepsgroep(en). Dat vraagt inderdaad een tijdsinvestering. Nog meer tijd kost het echter als iedere beroepsbeoefenaar zelf de meest actuele stand van zaken moet gaan opzoeken, onderzoeken, verwerken en verspreiden.

Ter bevordering van de implementatie van een richtlijn wordt in het artikel terecht opgemerkt dat een handzame, korte samenvatting noodzakelijk is. De vraag blijft dan wat handzaam is. De, blijkens dit onderzoek onvoldoende opgevolgde, instructie: 'Spoel om de dag de blaaskatheter, 2 keer achter elkaar; met 10 ml tot 50 ml zure spoelvloeistof bij patiënten die snel een verstopte katheter hebben; pas geen blaasspoeling toe' kan nauwelijks korter. Ideeën van leden om de evidence zo toegankelijk mogelijk te maken zijn dan ook van harte welkom!

Correspondentieadres
ivdstelt@verenso.nl

De ziekte van Huntington

Méér dan een bewegingsstoornis

Dr. Erik van Duijn, psychiater, GGZ Delfland, Delft

INTRODUCTIE

De ziekte van Huntington is een, niet-geslachtsgebonden dominant, erfelijke aandoening. Dat betekent dat wanneer een van de ouders is aangedaan, elk kind 50% kans heeft op het krijgen van de ziekte. Het genetisch defect is een mutatie op chromosoom 4. De ziekte van Huntington wordt van oudsher gekarakteriseerd door een typische bewegingsstoornis (chorea), maar ook andere bewegingsstoornissen zijn mogelijk, evenals psychiatrische en cognitieve symptomen. De leeftijd waarop de eerste symptomen optreden ligt meestal tussen de 30 en 50 jaar. Psychiatrische en subtiele cognitieve symptomen gaan vaak vooraf aan de bewegingsstoornissen. De ziekte is progressief. Dit houdt in dat de symptomen gedurende de ziekte verergeren en veranderen als gevolg van voortschrijdende neurodegeneratie.¹

Onderzoek heeft uitgewezen dat vrijwel alle patiënten ook psychiatrische symptomen hebben of gedragsveranderingen vertonen. Voordat er bewegingssymptomen zijn, worden vooral depressie, prikkelbaarheid en dwangmatigheid gezien. Wanneer de ziekte verder is gevorderd, kunnen ook andere psychiatrische symptomen zoals angstklachten, apathie en psychotische verschijnselen optreden. Deze klachten worden niet altijd herkend als symptomen van de ziekte van Huntington. Zeker als mensen nog niet getest zijn, wordt niet vaak aan de ziekte van Huntington gedacht, maar ook als iemand bij eerder genetisch onderzoek drager bleek te zijn, worden psychiatrische klachten lang niet altijd herkend als zijnde symptomen van de ziekte van Huntington als er nog geen bewegingssymptomen zijn. De psychiatrische symptomen zijn dus onderdeel van een com-

plex neuropsychiatrisch beeld met motorische, cognitieve en psychiatrische verschijnselen. In dit artikel worden de mogelijke psychiatrische symptomen en de behandeling daarvan besproken.

De diagnostiek van psychiatrische problemen kan lastig zijn als er comorbide lichamelijke symptomen van de ziekte van Huntington, zoals gewichtsverlies en slaapstoornissen, of cognitieve symptomen aanwezig zijn. Vooral het vaststellen van een depressieve stoornis wordt daardoor bemoeilijkt, omdat gewichtsverlies en slaapstoornissen ook criteria voor het vaststellen van een depressie zijn. Ook de aanwezigheid van bepaalde bewegingssymptomen, zoals een veranderde gezichtsuitdrukking, verminderde communicatie door dysarthrie en een andere spreektoon, kan de diagnostiek beïnvloeden en vertragen. Verder kunnen cognitieve stoornissen en een verminderd ziektebesef ertoe leiden dat patiënten minder hun klachten uiten, vooral in een gevorderd ziektestadium.

Patiënten met de ziekte van Huntington gebruiken vaak meerdere medicijnen. Medicijnen die aanvankelijk werden gegeven om symptomen te bestrijden, maar die bij langdurig gebruik en in combinatie met andere medicijnen negatieve effecten kunnen geven en het klinisch beeld kunnen beïnvloeden. Uit onderzoek is gebleken dat het gebruik van antipsychotica kan leiden tot apathie en het gebruik van tertrabenazine wordt gerelateerd aan depressie en suïcidaliteit. Gezien het progressieve neurodegeneratieve karakter van de ziekte van Huntington moeten het gebruik en de dosering van de medicatie regelmatig worden geëvalueerd.

ACHTERGROND EN DOEL Psychiatrische symptomen zijn belangrijke symptomen van de ziekte van Huntington die al vele jaren voor de bewegingssymptomen aanwezig kunnen zijn.

METHODE In dit artikel wordt een samenvatting gegeven van eerdere overzichtsartikelen en worden behandelmogelijkheden besproken.

RESULTATEN Depressie, prikkelbaarheid en apathie zijn die meest voorkomende symptomen bij de ziekte van Huntington. Apathie is het enige symptoom dat gerelateerd is aan de ziekteprogressie. Er is nauwelijks onderzoek naar de behandeling van psychiatrische symptomen bij de ziekte van Huntington gedaan.

DISCUSSIE Omdat de ziekte van Huntington niet is te genezen, is symptomatische behandeling van psychiatrische symptomen van belang voor het behoud en de verbetering van de kwaliteit van leven van patiënten met de ziekte van Huntington.

CASUS

Via een GGz-instelling wordt een patiënte opgenomen omdat zij, nadat zij in de GGz-instelling was opgenomen voor een crisisinterventie, niet meer naar haar huis terug kon keren. Nadat vier jaar geleden de diagnose ziekte van Huntington was vastgesteld, is zij steeds meer geïsoleerd geraakt. Ze deed de deur niet meer open voor hulpverleners. Alleen haar dochter mocht nog in haar sterk verwaarloosde huis komen. Patiënte had overal briefjes opgehangen, maar kwam het laatste jaar eigenlijk tot weinig. Ze was sterk vermagerd. Als haar dochter voorstelde om haar mee te nemen naar buiten, raakte zij erg gespannen en verzette zij zich hiertegen. In het verpleeghuis werden executieve cognitieve stoornissen vastgesteld en werd gedacht aan een depressie maar leken de symptomen ook te passen bij een apathiesyndroom.

DEPRESSIE

Van alle psychiatrische symptomen van de ziekte van Huntington is depressie het meest onderzocht. Studies gebruiken echter verschillende meetschalen waarmee een depressie wordt vastgesteld. Wanneer formele criteria van de Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-IV) worden gehanteerd, heeft bijna de helft van alle patiënten met de ziekte van Huntington tijdens het leven minimaal eenmaal een depressie gehad. Kernsymptomen van een depressie zijn een sombere, negatieve stemming en een gebrek aan zin om dingen te ondernemen en plezier te beleven. Omdat de ziekte van Huntington een progressieve neurodegeneratieve ziekte is en andere mogelijke symptomen van een depressie zoals gewichtsverlies en slaapstoornissen ook onafhankelijk van een depressie kunnen optreden, gebruiken veel onderzoekers geen formele DSM-IV-criteria omdat die minder goed toepasbaar zijn bij comorbiditeit.

De Unified Huntington's Disease Rating Scale (UHDRS) en de Problem Behaviours Assessment (PBA) scale zijn twee voorbeelden van ziektespecifieke instrumenten die in onderzoek gebruikt worden voor het meten van het vóórkomen en de ernst van psychiatrische symptomen bij de ziekte van Huntington.^{2,3} Uit onderzoek met de UHDRS blijkt dat er in de periode voorafgaand aan het optreden van de eerste bewegingssymptomen meer depressieve symptomen zijn en dat er meer depressie voorkomt bij patiënten die meer afhankelijk worden, bijvoorbeeld vlak voor opname in een verpleeghuis.⁴ Er zijn aanwijzingen dat mensen kort na een slechte testuitslag vaker een depressie ontwikkelen, maar aan de andere kant zijn er ook aanwijzingen dat mensen met een goede testuitslag meer depressief zijn, wat gerelateerd wordt aan schuldgevoelens jegens familieleden met een slechte testuitslag. Depressie komt vooral vaker voor bij mensen met gevoelens van hopeloosheid en bij mensen die eerder een depressie hebben meegemaakt.

MANIE

Een klassieke manie, gekenmerkt door gevoelens van overdreven vrolijkheid, uitgelatenheid, druk zijn en ontremming in gedrag is zeldzaam bij de ziekte van Huntington. Het klinisch beeld van patiënten met de ziekte van Huntington met toegenomen prikkelbaarheid lijkt enigszins op een geagiteerde manie, maar dit is een ander neuropsychiatrisch beeld wat hieronder bij 'prikkelbaarheid' wordt beschreven.

ANGST

Patiënten met de ziekte van Huntington hebben regelmatig spanningsklachten die soms gerelateerd zijn aan zorg over de toekomst, van henzelf of van hun kinderen. Vooral wanneer patiënten slechte of traumatische ervaringen hebben gehad in het ouderlijk gezin door gedragsveranderingen van de aangedane ouder, maken zij zich vaak zorgen dat zij ook zo worden. Deze spannings- en piekerklachten lijken op een gegeneraliseerd angststoornis of 'piekerstoornis' zoals beschreven in de DSM-IV, maar voor een gegeneraliseerde angststoornis moet het piekeren ook over alledaagse dingen gaan, waar de ziekte van Huntington uiteraard niet onder valt. In de praktijk lijken patiënten ook vaker gespannen te zijn als zij cognitieve beperkingen ervaren en toch zo goed mogelijk willen presteren.

DWANGKLACHTEN

Dwangklachten hebben een grote invloed op het sociaal en maatschappelijk functioneren. Subtiele klachten van dwangmatigheid zoals het niet kunnen afwijken van een bepaald patroon, kunnen al tot grote problemen op het werk leiden. Patiënten met dwangklachten hebben vaak ook andere psychiatrische klachten zoals depressie, suïcidale gedachten en psychotische symptomen. Dwanggedachten komen bij patiënten met de ziekte van Huntington vaker voor dan dwanghandelingen. Deze symptomen moeten expliciet worden uitgevraagd omdat patiënten niet snel vertellen over hun dwanggedachten en -handelingen. Slechts een klein deel van dwanggedachten of -handelingen bij patiënten met de ziekte van Huntington voldoet aan de criteria van een formele obsessieve-compulsieve stoornis. Bij de ziekte van Huntington komt een bijzondere vorm van dwangklachten voor, wat 'persevereren' wordt genoemd. Dit wordt gekenmerkt door het herhaaldelijk terugkomen op een bepaald onderwerp.³ Daaraan gerelateerd speelt verminderde 'mentale flexibiliteit' wat betekent dat patiënten zich minder snel en minder goed kunnen aanpassen aan nieuwe omstandigheden.⁵ De verminderde mentale flexibiliteit kan ook als een uiting van een executieve cognitieve stoornis worden beschouwd omdat het gerelateerd is aan stoornissen in planning en organisatie die bij de ziekte van Huntington voorkomen.

PRIKKELBAARHEID

Prikkelbaarheid is een typisch neuropsychiatrisch symptoom dat wordt gekenmerkt door een prikkelbare stemming met een verminderde zelfbeheersing wat kan resulteren in verbale en non-verbale uitbarstingen.⁶ Veel patiënten vertonen al een vorm van prikkelbaarheid voordat er bewegings-symptomen aanwezig zijn. Bij een deel van de patiënten gaat prikkelbaarheid gepaard met agressief gedrag. Agressief gedrag kan ook een gevolg zijn van ervaren onvermogen, bijvoorbeeld wanneer patiënten vragen of opdrachten krijgen die zij door hun cognitieve beperkingen niet kunnen overzien; bij een al bestaande geagiteerde stemming zal dit eerder tot agressief gedrag leiden.

APATHIE

Evenals prikkelbaarheid is apathie een neuropsychiatrisch symptoom dat kan voorkomen als symptoom van bijvoorbeeld depressie, maar ook als een zelfstandig symptoom bij een neurodegeneratieve aandoening.⁷ Apathie wordt gekarakteriseerd als een toestand met verminderde motivatie en initiatief, afname van doelgerichte activiteiten en verminderde emotionele betrokkenheid (empathie, sociale interactie). In onderzoek met de PBA bij patiënten met de ziekte van Huntington werd apathie ook gekenmerkt door verminderde zelfzorg, verminderde kwaliteit van werk en het niet afmaken van activiteiten. Apathie is in onderzoek het enige symptoom dat duidelijk is gerelateerd aan het ziektestadium en de ernst van bewegings-symptomen, wat inhoudt dat apathie toeneemt met de ziekteprogressie.⁸ Bij sommige patiënten is apathie reversibel, maar dit is vooral gerelateerd aan het gebruik van bepaalde medicijnen die apathie kunnen veroorzaken. Als die medicijnen (bijvoorbeeld haloperidol) gestopt worden, neemt bij sommige patiënten de apathie af.

PSYCHOTISCHE SYMPTOMEN

Psychotische symptomen komen bij patiënten met de ziekte van Huntington vaker voor dan bij de algemene bevolking. Vooral paranoïde wanen komen voor. Hallucinaties zijn relatief zeldzaam. In een onderzoek onder ambulante patiënten die al bewegings-symptomen hadden, had ongeveer 5% wanen en ongeveer 1% gehoorshallucinaties.⁹ Psychotische symptomen lijken in een gevorderd stadium vaker voor te komen en gaan regelmatig gepaard met prikkelbaarheid.

BEHANDELING

Het succes van een behandeling hangt in belangrijke mate af van de kwaliteit van de diagnostiek. Zoals eerder genoemd, is er bij de ziekte van Huntington sprake van een complexe verwevenheid van factoren. Voordat er wordt gestart met medicatie, moet zorgvuldig worden nagegaan hoe het symptoom kan worden begrepen en of een niet-medicamenteuze behandeling (zie kader) mogelijk is.

NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING:

Op grond van klinische ervaring worden de volgende niet-medicamenteuze interventies geadviseerd:

Algemeen:

- Optimaliseer de lichamelijke conditie van de patiënt.
- Evalueer de medicatie; polyfarmacie komt frequent voor.
- Optimaliseer de omgeving van de patiënt en verminder stressvolle omstandigheden.
- Optimaliseer leefgewoonten van de patiënt.
- Betrek het steunsysteem (familie en/of verzorgers) bij de behandeling.
- Coördineer de zorg in een multidisciplinair team.
- Geef psycho-educatie over zowel de klachten als over de ziekte van Huntington.
- Overweeg een (kortdurende) psychotherapeutische behandeling gericht op de klachten.

Wanneer patiënten in een intramurale setting verblijven:

- Maak de omgeving relatief prikkelarm.
- Maak duidelijke afspraken en leg die eventueel schriftelijk vast en hang ze op een zichtbare plek op.
- Houd een vaste en regelmatige dagstructuur aan, bij voorkeur in kleine groepen.
- Zorg voor voldoende activiteiten.
- Omgang/bejegeningadvies voor het zorgteam.
- Klinische lessen voor het zorgteam.

Hoewel er geen onderzoek is gedaan naar psychotherapeutische interventies bij de ziekte van Huntington, kan een symptoomgerichte (cognitieve) gedragstherapie toegepast worden bij een patiënt met weinig/geen cognitieve beperkingen. Andere vormen van psychotherapie, zoals steunende patiëntgerichte therapie (individueel of in groepsverband) of systeemtherapie, kunnen ook overwogen worden.

Omdat er tot nu toe geen evidence-based onderzoek is gedaan naar de medicamenteuze behandeling van psychiatrische symptomen, dienen in principe de algemene (multidisciplinaire) behandelrichtlijnen te worden gevolgd (www.ggzrichtlijnen.nl). Bij de keuze van medicatie moet ook rekening gehouden worden met de aard van de bijwerkingen, eventuele contra-indicaties en potentiële interacties. Algemene uitgangspunten voor de medicamenteuze behandeling zoals het regelmatig evalueren van het effect en het registreren van bijwerkingen dienen uiteraard ook bij de ziekte van Huntington gehanteerd te worden.

Bij depressieve klachten wordt aangeraden om het gebruik van antidepressiva te beperken tot patiënten met langer duurende en (matig) ernstige depressieve klachten. Wanneer overgegaan wordt tot een medicamenteuze behandeling van depressie, heeft een selectieve serotonineheropname-

remmer (SSRI; citalopram max. 40 mg/dag of sertraline max. 200 mg/dag) de voorkeur. Wanneer dit ook tot onvoldoende resultaat leidt, dient het algemene behandelalgoritme verder te worden gevolgd.¹⁰ Bij een psychotische depressie moet additie met een antipsychoticum worden overwogen. ECT dient eerder te worden overwogen als er sprake is van een ernstige depressieve stoornis met psychotische kenmerken en/of een slechte somatische conditie. Wanneer er bij een depressieve stoornis tevens slaapproblemen zijn, kan een lage dosering mirtazapine (15 mg) of trazodon (50-100 mg) als additie worden voorgeschreven.

Voor de medicamenteuze behandeling van een angststoornis wordt ook de algemene richtlijn gevolgd en heeft een SSRI (citalopram of sertraline) ook de eerste voorkeur. Eventueel kan daar kortdurend een benzodiazepine aan worden toegevoegd. Bij ernstige of acute angst kan kortdurend een antipsychoticum worden voorgeschreven.

Bij dwangklachten wordt in eerste instantie geadviseerd om gedragsmatige interventies (een vast dagpatroon, duidelijke afspraken met patiënt maken en die zoveel mogelijk schriftelijk vastleggen en op een zichtbare plek ophangen) en (cognitief) psychotherapeutische interventies toe te passen, alvorens te starten met medicatie. Bij de medicamenteuze behandeling van dwangklachten is doorgaans een langdurige behandeling noodzakelijk met een relatief hoge dosering van een SSRI of een TCA. Wanneer een van de twee SSRIs (citalopram of sertraline) geen verbetering geeft, kan worden gewicht naar de andere SSRI of naar clomipramine (max. 250 mg/dag).¹¹ Bij onvoldoende resultaat of wanneer de obsessies een waanachtig karakter hebben, kan een lage dosering haloperidol of risperidon (beide 0,5 tot 2 mg/dag) worden toegevoegd.

Omdat prikkelbaarheid een symptoom kan zijn van een psychiatrische stoornis (vooral psychose, depressie en manie), moet eerst onderzocht worden of er sprake is van een onderliggende psychiatrische stoornis die eerst moet worden behandeld. Wanneer prikkelbaarheid niet in het kader van een psychiatrische stoornissen optreedt, heeft een behandeling met een SSRI de voorkeur. Het behandelalgoritme van prikkelbaarheid is gebaseerd op een internationaal practise-based onderzoek onder meer dan 50 experts op het gebied van de ziekte van Huntington.¹² Uit dit onderzoek kwam naar voren dat als een SSRI niet tot verbetering leidt, de meeste experts kiezen voor een stemmingsstabilisator als volgende stap. Valproïnezuur (500-1500 mg/dag) heeft de voorkeur omdat carbamazepine (400-800 mg/dag) enzym-inductie geeft waardoor het effect van andere medicatie kan afnemen. Alleen bij ernstige prikkelbaarheid of agressie, heeft het de voorkeur om direct een antipsychoticum of een benzodiazepine te geven (eventueel parenteraal).

Over de behandeling van apathie is weinig bekend. Als niet-medicamenteuze interventies niet tot een vermindering van apathie leiden, worden in de literatuur verschillende medicijnen genoemd (onder andere SSRIs, venlafaxine, methylfenidaat en bupropion), maar geen van deze behandelingen is goed onderzocht.

De keuze van een antipsychoticum voor de behandeling van psychose wordt mede bepaald door het eventuele gebruik van een antipsychoticum als symptomatische behandeling van chorea. Soms is het voldoende om de dosering van deze antipsychotische medicatie te verhogen. Het gebruik van klassieke antipsychotica kan echter tot ongewenste bijwerkingen leiden (passiviteit, apathie, slikproblemen en extrapyramidale symptomen), waardoor het functioneren van patiënten verder wordt beperkt. Atypische antipsychotica hebben deze bijwerkingen minder en daarom heeft een behandeling met een atypisch antipsychoticum de voorkeur.

De ziekte van Huntington is een ernstige neuropsychiatrische aandoening die een uiteenlopende klinische manifestatie heeft en doorgaans mensen op jonge leeftijd treft. Hoewel de ziekte niet is te genezen, kan symptomatische behandeling van psychiatrische symptomen de lijdensdruk verminderen en de kwaliteit van leven verbeteren. Hierbij moet samengewerkt worden met psychologen die ook begeleiding kunnen geven aan familieleden die vaak de nieuwe generatie patiënten zijn.

LITERATUUR

1. Harper PS. *Psychiatric aspects of Huntington's disease*. In: *Huntington's disease*. London: Saunders Press, 2nd edition, 1996.
2. Huntington Study Group. *Unified Huntington's Disease Rating Scale: reliability and consistency*. *Mov Disord* 1996;11:136-42.
3. Craufurd D, Thompson JC, Snowden JS. *Behavioural changes in Huntington's disease*. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2001;14:219-26.
4. Paulsen JS, et al. *Depression and stages of Huntington's disease*. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2005;17:496-502.
5. Anderson KE, Louis ED, Stern Y, Marder KS. *Cognitive correlates of obsessive and compulsive symptoms in Huntington's disease*. *Am J Psychiatry* 2001;158:799-801.
6. Snaith RP, Taylor CM. *Irritability: definition, assessment and associated factors*. *Br J Psychiatry* 1985;147:127-36.
7. Naarding P, Janzing JG, Eling P, Werf S van der, Kemer B. *Apathy is not depression in Huntington's disease*. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2009;21:266-70.
8. Duijn E van, Reedeker W, Giltay EJ, Roos RAC, Mast RC van der. *Correlates of apathy in Huntington's disease*. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2010;22:287-94.
9. Pflanz S, Besson JAO, Ebmeier KP, Simpson S. *The clinical manifestation of mental disorder in Huntington's disease: a retrospective case report study of disease progression*. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:53-60.

10. Duijn E van, Roos RAC, Smarius LJ, Mast RC van der. Electroconvulsieve therapie in patiënten met de ziekte van Huntington en depressie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:2141-4.
11. Anderson K, Craufurd D, Edmondson MC, Goodman N, Groves M, Duijn E van, Kammen DP van, Goodman L. An international survey-based algorithm for the pharmacologic treatment of obsessive-compulsive behaviors in Huntington's disease. *PLoS Curr* 2011;RRN1261.
12. Groves M, Duijn E van, Anderson K, Craufurd D, Edmondson MC, Goodman N, Kammen DP van, Goodman L. An international survey-based algorithm for the pharmacologic treatment of irritability in Huntington's disease. *PLoS Curr* 2011;RRN1259.

Correspondentieadres
e.vanduijn@ggz-delfland.nl

Effectief zoeken en beoordelen van medische literatuur

Martin W.F. van Leen, specialist ouderengeneeskunde, Avoord Zorg en Wonen te Etten-Leur



Auteurs: N. Kleefstra,
G.S. Mijnhout, J.O.M. Zaat,
H.J.G. Bilo, S.T. Houweling
Aantal pag: 115
Uitgeverij: Langerhans School
Of Diabetes BV
ISBN: 9789 078380122
Prijs: € 29,95
Aantal sterren: 4

In acht hoofdstukken wordt systematisch het gehele proces van vraagstelling en afbakening rond een zoekactie verwoord. Elke stap wordt voorzien van afbeeldingen uit zoekmachines als PubMed. Ook mogelijke functies die u op een later tijdstip van nut kunnen zijn worden besproken. In het laatste hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het goed beoordelen van artikelen. Aan de hand van checklisten leert u systematisch een artikel te analyseren. Voor diegenen die zich willen wagen aan een zoekactie en/of lezen van artikelen is dit boekje de aanschaf zeker waard.

Steeds meer worden we geacht evidence based te werken. Dit vereist nogal enig zoekwerk in allerlei zoekmachines. Voor degene die het frequent doen is het geen probleem, maar voor anderen vaak een erg onzekere exercitie. Dit boekje, alweer de derde editie, is eenvoudig leesbaar. Aan de hand van voorbeelden worden zeer duidelijke handvatten gegeven om een zoekactie om te zetten in een succesvol proces.

Correspondentieadres
m.vanleen@avoord.nl

Veranderingen

Mieke Draijer, voorzitter Verenso

In deze editie van het Tijdschrift richt ik mij graag nog een laatste keer tot u als voorzitter van Verenso. Vol vertrouwen draag ik daarna het voorzitterschap over aan Nienke Nieuwenhuizen, de nieuwe voorzitter.

Vanuit haar rol als vicevoorzitter van de raad van toezicht kent ze de vereniging goed en zoals ik haar als persoon ken, met visie op het vak en vol ambitie, ben ik ervan overtuigd dat zij de vereniging weer een stap verder kan brengen. Het werk voor een vereniging is nooit klaar, nieuwe ontwikkelingen volgen elkaar snel op. En zeker in deze tijd liggen er mooie uitdagingen, kansen en projecten voor haar in het verschiet om mee aan de slag te gaan. Maar niet alleen voor haar. Wij zullen het uiteindelijk met zijn allen moeten gaan waarmaken.

De overheid is van plan om in 2015 een nieuwe wet in te voeren om de langdurige zorg op een eigentijdse manier te organiseren. De Wet LZ (Langdurige Zorg) wordt de vervanger van de AWBZ en gaat zeker gevolgen krijgen voor het werk van de specialist ouderengeneeskunde en voor Verenso als vereniging. Het biedt kansen voor de specialist ouderengeneeskunde om de behandeling van kwetsbare ouderen in de thuissituatie beter te organiseren. Het verschil tussen verpleeg-, en verzorgingshuizen is dan definitief geschiedenis. Een goede samenwerking met de huisartsen is essentieel om samen te komen tot goede kwaliteit van behandeling. Nienke Nieuwenhuizen heeft met vooruitziende blik dit thema tot haar specialisatie gemaakt en is in 2012 gestart met een promotietraject op dit onderwerp. Wat ons gaat helpen is dat in de begroting van VWS de overheveling van behandeling van AWBZ naar Zorgverzekeringswet al is opgenomen. Ook een mooie kans voor het bieden van integrale multidisciplinaire behandeling met de specialist ouderengeneeskunde in 'the lead'...

Een visie vanuit Verenso op de toekomst van de specialist ouderengeneeskunde binnen de veranderende ouderenzorg kan dan ook niet uitblijven. In de algemene ledenvergadering van 28 november jongstleden is besloten om met de vereniging een traject in te gaan om tot een gedragen



en goed uitgewerkte visie te komen. Doel van dit traject is het versterken van de positie van de specialist ouderengeneeskunde en Verenso als onmisbare gesprekspartner voor andere zorgverleners en beleidsmakers in de zorg. Een boeiende en uitdagende klus die Verenso zichzelf heeft opgedragen.

Ik heb de afgelopen jaren voor mijzelf veel inspiratie uit het werk voor de vereniging gehaald, veel geleerd en andersom geprobeerd anderen zoveel mogelijk te leren en de vereniging verder te professionaliseren. Ik kijk terug op een hele mooie tijd. Niet altijd gemakkelijk, maar het geeft heel veel voldoening.

Nienke, ik wens jou voor de komende jaren veel plezier en succes in jouw functie als voorzitter van Verenso!

Ten slotte wens ik u alvast fijne feestdagen en een mooie jaarwisseling toe, als aanloop naar een gezond en gelukkig 2014! En tot ziens!

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

Noot van de redactie:

Dit is de laatste column van Mieke Draijer in haar rol als voorzitter van Verenso. De redactie wil haar graag hartelijk bedanken voor haar bijdragen aan het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde gedurende de afgelopen jaren. We hebben haar columns met veel plezier gevolgd: soms tegendraads en prikkelend, soms inspirerend, maar altijd vol bevoegenheid en vakambitie. We wensen Mieke veel geluk en succes toe bij de zaken waar ze zich in de toekomst op zal toeleggen.

Leergang Ouderengeneeskunde

24 januari, 7 februari, 7 maart, 4 april en 25 april	Geriatrische Revalidatie – 5-daagse cursus - (Gerion)
30 januari	Ouderengeneeskunde: complex of niet? (Boerhaave Nascholing)
3 t/m 6 februari	<p>Multidisciplinaire Masterclass Filosofie: Levinas, zekerheid over onzekerheid (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg)</p> <p>Voortdurend neemt u als arts verzorger beslissingen, ondersteund en gestuurd door een uitdijend aantal voorschriften en protocollen. Kunnen en mogen die regels altijd het uitgangspunt vormen voor handelen? Is er nog een dieper liggende regel waarmee u kunt bepalen wanneer die regels mogen worden toegepast? Een laatste regel waaraan u de juistheid of onjuistheid van eigen beslissingen kunt toetsen? Over de juistheid van die beslissingen bestaat bij artsen vaak onzekerheid. Waar komt die onzekerheid vandaan, en is die op te lossen? Op al deze vragen zoeken we een antwoord via een filosofische bezinning op uw dagelijkse praktijk. Daarvoor maken we vooral gebruik van de filosofie van E. Levinas, de diepzinnigste denker van de 20ste eeuw (Mijn filosofie is door Auschwitz heen gegaan), en van de romanliteratuur. U krijgt dan ook veel romantips mee naar huis. Uiteindelijk mondt de cursus uit in het antwoord op de vraag hoe het best helpen verwezenlijkt kan worden. Accreditatie is aangevraagd bij Cluster 1 voor 12 punten.</p>
6 februari	<p>E-health binnen en voor de ouderenzorg (PAO Heyendael)</p> <p>Binnen de ouderenzorg zijn er tal van ontwikkelingen gaande. Zo is aan de ene kant de oudere patiënt steeds mondiger en beter in staat om eigen regie te voeren. Aan de andere kant hebben verzorgingsinstellingen, ziekenhuizen te kampen met krappere wordende budgetten die nopen om slim na te denken over de inzet van techniek binnen de zorg. Met deze cursus hopen we antwoord te geven op een aantal vragen die leven binnen bovenstaande ontwikkelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe kan ik de patiënt de regie geven en evengoed als organisatie op de kosten letten? • Welke nieuwe technieken en Apps zijn er gemakkelijk toepasbaar bij de instelling waar ik werk? • Hoe kan ik social media op een efficiënte en effectieve manier inzetten binnen het zorgproces? • Hoe krijg ik mijn instelling en mijn collega's mee in de technologische vooruitgang?
6 en 7 februari	Dé cursus over huidkanker in de eerste lijn (Boerhaave Nascholing)
14 februari, 7 maart, 4 april, 9 mei en 13 juni	Aan de slag, specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen sterk voor kwetsbare ouderen thuis (Gerion)
Maart	<p>Kaderopleiding specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn (Boerhaave nascholing)</p> <p>De kaderopleiding richt zich op specialisten ouderengeneeskunde die werkzaamheden in de eerste lijn verrichten en de daarbij behorende competenties willen ontwikkelen, die nodig zijn om in samenwerking met de huisarts ouderen met complexe (multi)morbiditeit in de thuissituatie te behandelen. De belangrijkste thema's zijn: profilering, ontwikkeling voortrekkersrol, wetenschappelijke vorming en kennisontwikkeling, communicatie, consultatieve en docentvaardigheden, opzetten van een vernieuwingsproject en netwerkontwikkeling. De opleiding duurt twee jaar en bestaat uit 20 onderwijsdagen, die deels in tweedaagse blokken op een locatie in het midden van het land gegeven worden. Op acht onderwijsdagen zijn er gezamenlijke programma's met de NHG kaderopleiding ouderengeneeskunde voor huisartsen in Leiden.</p>
13 maart	Cicero Symposium (Gerion)
20 en 21 maart	<p>Masterclass Lijden en dood in de filosofie (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg)</p> <p>De inhoud van deze Masterclass draait om de vraag naar de existentiële betekenis van lijden en dood – naar de zinloosheid ervan, maar juist ook naar de mogelijke zin voor het menselijke bestaan. Deze cursus verdiept zich in het volle existentiële gewicht (negatief en positief), of beter: in de gewichtigheid van het lijden en de dood voor de mens die een authentiek bestaan wil leiden. Met andere woorden: de vraag naar de zin en zinloosheid staat centraal.</p>
4 en 11 april	<p>'Denk veilig, kies veilig', Farmacotherapie en medicatieveiligheid bij ouderen in instellingen (Gerion)</p> <p>Farmacotherapie bij ouderen vereist maatwerk. Problemen kunnen ontstaan door veranderde farmacokinetiek/-dynamiek, interacties, inappropriete medicatie, bijwerkingen, maar ook door onderbehandeling. Vaak ontbreekt evidence voor werkzaamheid van geneesmiddelen bij ouderen met meerdere aandoeningen. Bijwerkingen bij ouderen worden door specifieke presentatie niet altijd herkend en weinig gemeld.</p> <p>De specialist ouderengeneeskunde moet alert en deskundig voorschrijven, blijven monitoren en regelmatig de voorgeschreven medicatie evalueren. Dit kan de arts alleen realiseren in goed samenspel met een apotheker, die een bewakende en ondersteunende rol speelt.</p>

10 april	Spier- en gewrichtsklachten (Boerhaave Nascholing)
Voorjaar	De ouderenarts en de patiënt met een verstandelijke beperking (Gerion) <i>Een cursus voor specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen die structureel werkzaam zijn in de VG-sector.</i>
Voorjaar	Multidisciplinaire Masterclass Spiritualiteit in de palliatieve zorg (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg i.s.m. prof. Carlo Leget, Joep van de Geer, geestelijk verzorger MC Leeuwarden, IKNL) <i>Binnen de zorgsector zijn geestelijk verzorgers bij uitstek deskundig op dit terrein. Het begrip spiritualiteit roept echter veel verschillende beelden bij de verschillende zorgverleners op, met als gevolg dat er weinig diepgaande uitwisseling is ontstaan. Vanuit de eigen ervaring van de deelnemers op het gebied van palliatief terminale zorg, stervensbegeleiding, rouwverwerking en geestelijke verzorging zoeken we naar een passende invulling van het begrip spirituele zorg in de huidige context van de Nederlandse gezondheidszorg, met specifieke aandacht voor de (ondersteunende) expertrol van geestelijk verzorgers. Een multidisciplinaire cursus: 50% geestelijk verzorgers 50% andere disciplines (artsen, verpleegkundigen niveau 5, maatschappelijk werkers, psychologen en leidinggevenden). Duo's (geestelijk verzorger samen met andere discipline) uit dezelfde organisatie krijgen voorrang voor deelname! Accreditatie is aangevraagd voor 36 punten.</i>



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, CAT, opiniërend artikel, congressverslagen, samenvattingen van proefschriften, brieven aan de hoofdredacteur, et cetera.

INDIENEN VAN EEN BIJDRAGE

Tekst

- De eerste pagina dient de achternaam, voornaam, voorletters, titel(s), functie en eerste werkgever van de auteurs te bevatten alsmede het e-mailadres van de corresponderende auteur. Als u zelf geen titel vermeldt, wordt er geen toegevoegd.
 - Voorbeeld: dr. Jan V.B. Voorbeeld, specialist ouderengeneeskunde – De Zonnewende te Rotterdam
- Maak de tekst voor een wetenschappelijk- of onderzoeksartikel niet langer dan 2400 woorden. Dit is exclusief eventuele tabellen, figuren, samenvatting en referenties. Voorzie een wetenschappelijk- of onderzoeksartikel van een samenvatting (maximaal 150 woorden) in het Nederlands en gebruik hiervoor de volgende indeling: Achtergrond en doel – Resultaten – Methode – Discussie.
- 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 maximaal 70 karakters.
- Titels van alinea's, paragrafen en subkopjes zijn maximaal 30 karakters (1 regel).
- Geef in de bijdrage aan waar de tabellen, figuren en 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 de stofnaam.
- Gebruik de nieuwste officiële spelling (het Groene boekje).
- Schrijf in de tekst getallen tot tien voluit, voor zover dat niet storend is.
- Gebruik dubbele aanhalingstekens bij citaten ("citaat") en gebruik binnen de tekst verder alleen enkele aanhalingstekens.
- Schrijf afkortingen de eerste keer waar deze in de tekst verschijnt voluit (dit geldt ook voor de term 'specialist ouderengeneeskunde'), maar gebruik zo min mogelijk afkortingen en zo mogelijk alleen gangbare afkortingen.
- 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 grafiek, tabel en illustratie van een onderschrift (toelichting).
- Meegestuurde 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 dient voor een wetenschappelijk- of praktijkartikel niet langer te zijn dan **vijftien** referenties. Bij meer dan vijftien referenties wordt aangegeven dat de volledige literatuurlijst is op te vragen bij de auteur. Voor andere artikelen geldt een maximum van tien.

- De literatuurlijst 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.
- De referenties worden volgens Vancouver regels weergegeven. Maak voor vermelding van de naam van een tijdschrift gebruik van de standaard afkorting van de Index Medicus. Schrijf bij twijfel de naam voluit.
 - Voorbeeld: 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 of 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 ermee akkoord gaan dat zij vermeld worden als (mede)auteur;
- zij ervan op de hoogte zijn dat de redactie de bijdrage ter beoordeling kan voorleggen aan anderen dan de redactieleden;
- zij het document 'richtlijnen voor auteurs' gelezen heeft en hiermee akkoord gaan.
- toestemming voor het betreffende onderzoek van een medisch-ethische commissie is verkregen in geval van een publicaties over onderzoek waarbij derden betrokken zijn (geweest). Het aanmeldnummer dient vermeld te worden in artikel. Voor case reports geldt dat schriftelijk toestemming voor publicatie is verkregen bij de patient of diens wettelijk vertegenwoordiger. 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 corresponderende auteur krijgt eenmaal de gelegenheid om de drukproef te corrigeren. Dit geldt alleen voor aperte onjuistheden. De 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 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. Daarnaast behoudt zij het recht om teksten en titels aan te passen conform de in dit document gestelde richtlijnen.

REDACTIEADRES

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

INLICHTINGEN

Martin W.F. van Leen, hoofdredacteur
m.van.leen@avoord.nl