

37e jaargang no. 2 | april 2012



Raadselachtige mishandeling

Betere antistollingsbehandeling door vernieuwde samenwerking
tussen trombosedienst en zorginstellingen

Slechte mondgezondheid, een geriatrische reus in opkomst?

Een specialist ouderengeneeskunde in Havana

verenSo
specialisten in
ouderengeneeskunde

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

de nieuwe
doorbraak bij obstipatie

MOVICOLON[®] Liquid Orange

nieuwe formule

- snelle bereiding
- plakt en vlekt niet
- significanter effectiever dan lactulose¹
- beter verdraagbaar dan lactulose¹
- eenvoudige flexibele dosering

het vertrouwde
macrogol nu in
uniek
CONCENTRAAT



MOVICOLON[®]
Liquid Orange

macrogol 3350 (13,125 g), natriumchloride (350,7 mg),
natriumwaterstofcarbonaat (178,5 mg), kaliumchloride (46,6 mg)

Colofon

Hoofredacteur

Dr. Jos W.P.M. Konings

Redactie

Prof. dr. Wilco P. Achterberg
Drs. Jacobien F. Erbrink
Drs. Aafke J. de Groot
Drs. Martin W.F. van Leen
Dr. Dika H.J. Luijendijk
Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

Eindredactie

Drs. Marjolijn Bontje, DCHG
Drs. Lauri P.M. Faas, Verenso
Judith Heidstra, Verenso

Redactieadres en inleveren kopij

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

Abonnementen

Abonnement Nederland € 63,00 per kalenderjaar
Abonnement buitenland € 90,00 per kalenderjaar
E-mail: info@dchg.nl

Uitgever, eindredactie en advertenties

DCHG medische communicatie
Hendrik Figeeweg 3G-20
2031 BJ Haarlem
Telefoon: 023 5514888
Fax: 023 5515522
E-mail: marjolijn.bontje@dchg.nl
www.dchg.nl
Issn: 1879-4637

Fotografie

Mieke Draijer: Mustafa Gumussu

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

Copyright© 2012

Inhoudsopgave

54 Redactioneel

Klinische les

55 Raadselachtige mishandeling

Praktijkartikel

58 Palliatieve zorg zonder euthanasie?

71 Een screenings-ECG bij elke opname in het verpleeghuis?

Klinische partij

62 Betere antistollingsbehandeling door vernieuwde samenwerking tussen trombosedienst en zorginstellingen

Gesignaleerd

70 Evidence voor de effectiviteit van CGA toegepast op geriatrische ziekenhuisafdelingen

Onderzoek

75 De Tilburg Frailty Indicator

Wetenschap en praktijk

67 Samen sterker. Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde

86 Samenwerking in academische netwerken

99 Verankering gewone leerstoel ouderengeneeskunde in Maastricht

Hora est

89 Slechte mondgezondheid, een geriatrische reus in opkomst?

90 Having a feel for others' pain

Buitenland

80 Oud en der dagen zat: Gluren bij de burens

92 Een bezoek aan Havana

Forum

95 Reactie op artikel en ontvangen commentaar

Bureau Verenso

96 Ouderenspsychiatrie in Amsterdam

Goede ketenzorg en samenwerking met de GGZ

98 Verenso-BEURS voor onderzoek

Boekbespreking

57 Angst bij ouderen

100 De meeste mensen gaan hier dood

Symposiumverslag

101 Ondertussen in Tilburg

Amuse

103 't Hijgend Hert

Van de voorzitter

104 Doen waar je echt voor bent!?

Leergang Ouderengeneeskunde

105 Leergang Ouderengeneeskunde

106 Ouderengeneeskunde 2.0

Richtlijnen voor de auteurs

Professionaliseren is delegeren en specialiseren

Jos Konings, hoofdredacteur



Dit nummer opent met een bijzondere klinische les die binnen de redactie nogal wat wenkbrauwen deed fronsen. Na enige discussie was de unanieme conclusie dat publicatie van deze casus vanzelfsprekend was. Piet van Leeuwen, specialist ouderengeneeskunde die zich al sinds vele jaren intensief heeft toegelegd op palliatieve zorg en hospitiuuzorg, stelt op basis van zijn ruime ervaring de vraag of palliatieve zorg zonder euthanasie kan. Hij wil met zijn artikel een bijdrage leveren aan de zoektocht naar een passend antwoord op de vraag wat je als arts kunt betekenen voor een terminale patiënt in de laatste fase zonder diens leven actief te beëindigen.

In het artikel van Wouter de Ruijter, huisarts en onderzoeker, wordt een antwoord gegeven op de vraag of een screenings-ECG bij elke verpleeghuisopname zinvol is. Hij stelt onder meer dat voor elke diagnostische test geldt dat je je als arts vertrouwd maakt met de testeigenschappen ervan. En dat geldt dan nog in versterkte mate wanneer deze test niet bij klachten of symptomen wordt ingezet maar routinematig bij elke opname. Zijn conclusie, niet doen als screening maar uitsluitend op indicatie, zal geen verbazing wekken. Het lezen van de onderbouwing naar deze conclusie toe is zeer de moeite waard.

Marja Kaag e.a. beschrijven een nieuwe vorm van samenwerking tussen trombosedienst en ouderenzorginstellingen door de implementatie van de Near-Patient Testing (NPT). NPT leidt volgens de auteurs, mits goed begeleid, tot betere resultaten. Dat wil zeggen: de INR zit vaker binnen de therapeutische range en er zijn minder vaak complicaties. Gezien de risico's die verbonden zijn aan antistollingsmedicatie is het alleszins van belang om te komen tot kwaliteitsverbetering en verbetering van de communicatie tussen trombosediensten en ouderenzorginstellingen.

Verder is er in dit nummer aandacht voor de validiteit en betrouwbaarheid van de Tilburg Frailty Indicator (TFI), een vergelijking van zorg en patiëntuitkomst in verpleeghuizen in een zevental Europese landen in het SHELTER-project en een bezoek van Jan Lavrijsen, specialist ouderengeneeskunde en onderzoeker, aan het congres over bewustzijnsstoornissen in Havana met speciale aandacht voor ethische dilemma's en medische beslissingen rond het levenseinde. De rubriek 'Wetenschap en praktijk' gaat over de samenwerking in academische netwerken, de hernieuwde samenwerking tussen huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde aan het VUmc en de verankering van de gewone leerstoel ouderengeneeskunde te Maastricht.

Mieke Draijer vraagt in haar voorzitterscolumn speciale aandacht voor het beroepsprofiel van de specialist ouderengeneeskunde en de presentatie ervan tijdens de Algemene Ledenvergadering op 24 mei. 'We moeten doen waar we goed in zijn en laten zien waar onze meerwaarde zit'; zo stelt zij. Om dat goed te kunnen doen met de beschikbare tijd is taakdelegatie met behulp van de recent daarover verschenen handreiking noodzakelijk. Daarnaast is, ter verdere kwaliteitsverbetering, een vereiste dat afzonderlijke specialisten ouderengeneeskunde zich gaan specialiseren in geriatrische revalidatie, psychogeriatric, palliatieve zorg of de zorg voor bijzondere doelgroepen als Korsakov, gerontopsychiatrie of Huntington. Veel specialisten ouderengeneeskunde hebben die boodschap al begrepen en opgepakt. De kaderopleidingen voor verschillende bovengenoemde onderdelen van onze dagelijkse praktijk zitten overvol. Dat is zeer bemoedigend.

Correspondentieadres
jkonings@zuweezorg.nl

Raadselachtige mishandeling

Drs. Tom A.T.M. Bronner, specialist ouderengeneeskunde, verpleeghuis Rozenholm Aalsmeer

Dr. Eric E.J. Ligtoet, arts-microbioloog, Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid Kennemerland

INLEIDING

Op de psychogeriatrische afdeling van een Woon- en Zorgcentrum werden bij een vrouw met de ziekte van Alzheimer meerdere lelijke verwondingen aangetroffen. De oorzaak was in eerste instantie mysterieus. Er leek sprake te zijn van mishandeling, maar wie was de mogelijke sinistere dader? In de loop der gebeurtenissen werd dat duidelijk, zodat de definitieve diagnose gesteld kon worden. Daarna werden maatregelen genomen voor een adequate behandeling, een correcte signalering en afdoende preventie.

CASUS

Eind september 2011 wordt op een maandagochtend een 83-jarige bewoonster zittend op de rand van haar bed, verward, onder het bloed en met vele kleine wonden aangetroffen. De arts constateert wel 20 bloedende wondjes op het behaarde hoofd, het gelaat, de hals, de linkerarm, beide handen, het linkerbeen en de linkervoet. Het bed staat met de rechterkant langs een muur tegenover openslaande deuren, die toegang geven tot de gemeenschappelijke tuin. De zondag ervoor was het een warme najaarsdag. Daardoor stonden de deuren overdag open en werden ze pas 's avonds bij het naar bed gaan weer gesloten.

De kamer van 3x4 meter staat vol met klein meubilair, zoals een salontafel, dressoir, staande klok, wandkast en stoelen. Het meubilair is niet beschadigd. Er zijn geen bloedsporen in de kamer. De bewoonster verblijft sinds twee jaar op de gesloten kleine PG-afdeling (tien bewoners) van het verzorgingshuis wegens een voortschrijdende dementie van het type Alzheimer. Ze is een vriendelijke dame die geen weerstanden of negatieve reacties oproept bij medebewoners of personeel. De kleine groep personeel werkt op een professionele betrokken wijze. Het medisch dossier van deze patiënt vermeldt verder: hypertensie, hartklepstenoses, hartfalen en een matige nierfunctie.

In eerste instantie worden de diverse wonden schoongemaakt en gedesinfecteerd. Voor arts en verzorgend personeel is het onduidelijk wat de oorzaak van deze verwondingen kan zijn. Gedacht wordt aan een val te midden van het meubilair, eventueel door een (eerste) epileptisch insult. De gearriveerde zoon oppert voorzichtig de mogelijkheid van mishandeling. Voor beide suggesties worden op dat moment geen goede aanknopingspunten gevonden, totdat de heersende consternatie verbroken wordt door de schrille gil van een verzorgende: 'een rat, een rat!'.



Pogingen van een koene verpleegkundige en de arts om de rat met behulp van stokken en bezems te vangen mislukten. Daarom wordt de vrouw van haar kamer geëvacueerd naar de logeerkamer en wordt de gemeentelijke ongediertebestrijdingsdienst ingeschakeld om de rat onschadelijk te maken. De vrouw krijgt tetanus immunoglobuline en toxoid toegediend en er wordt gestart met een amoxicilline-clavulaanzuur kuur. Ze wordt de dagen daarna goed geobserveerd. Gelet wordt op wondinfectie, koorts, verschijnselen van algemene malaise en andere ziektesymptomen, zoals haematurie. Gelukkig knapt ze snel weer op zonder complicaties. Ze vertoont ook geen verschijnselen van angst of onrust. Ze lijkt zich door haar cognitieve beperkingen niets meer van de schermutselingen met de rat te herinneren, een van de weinige voordelen van de ziekte van Alzheimer.

DIAGNOSE

Het betrof dus duidelijk wonden ten gevolge van het bijten door een rat. Daarbij dient met de hieronder beschreven complicaties rekening gehouden te worden.

OVERWEGINGEN

Na een beet van een dier en zeker in die gevallen dat het geen huisdier betreft, wordt dikwijls gevreesd voor de meest 'enge' complicaties. In het geval van rattenbeten voor bijvoorbeeld Rat Bite Fever, leptospirose, tularemie of zelfs de pest. Behalve aan dit soort bijzondere en vaak exotische complicaties moet in eerste instantie gedacht worden aan de gangbare triviale banale bacteriële infecties als een wondinfectie veroorzaakt door *Staphylococcus aureus* en β -haemolytische streptococ van groep A.

Waar het om gaat is dat het gezondheidsrisico na een incident zo veel mogelijk wordt beperkt. Er dient een goede risico-inschatting te worden gemaakt. De intensiteit van blootstelling aan pathogene micro-organismen bij incidenten

met dieren is sterk afhankelijk van de mate waarin de huid en slijmvliezen beschadigd zijn. Daarnaast kunnen ook toxinen een belangrijke rol spelen bij de risico-inschatting en het te nemen stappenplan. Eén en ander wordt fraai beschreven in het Draaiboek Dierenbeten op de website van het RIVM.

In deze casus is patiënte conform de richtlijnen van het NHG profylactisch behandeld met amoxicilline-clavulaanzuur (preventie van wondinfectie met *Staphylococcus aureus* en β -haemolytische streptococ) en tetanusimmunisatie. Een afwachtend beleid werd gevoerd ten aanzien van het eventueel optreden van zoönosen veroorzaakt door knaagdieren.

BEHANDELING EN MAATREGELEN

Voor het instellen van een juiste behandeling werd contact opgenomen met de medisch microbioloog van het Streeklaboratorium en met de arts Infectieziekten van de GGD. Tevens werd het Draaiboek voor Dierenbeten op de website van het RIVM bekeken: www.rivm.nl/dierenbeten/draaiboek. Het advies was om in eerste instantie tetanusprofylaxe uit te voeren en een breed spectrum antibioticum, zoals ook gebruikelijk bij honden- of kattenbeten, voor te schrijven. De patiënte werd geobserveerd op complicaties. Uiteindelijk is zij volledig en zonder complicaties hersteld.

PREVENTIE

De kozijnen van alle kamers met naar de tuin openslaande deuren werden al de volgende dag voorzien van één meter hoge schotten, om binnenlopen van ongedierte vanuit de tuin te verhinderen. Op korte termijn zullen de openslaande deuren vervangen worden door kozijnen met hoog geplaatste vensters. Door de gemeente werden algemene maatregelen voor de bestrijding van ratten in het dorp genomen. Het hele verzorgingshuis werd meerdere keren geïnspecteerd op ongedierte; daartoe werden geen aanwijzingen meer gevonden.

Zoönose	Agens	Species	Transmissieroute	Opmerkingen	Mogelijke ernstige consequentie
Rat Bite Fever	<i>Streptobacillus moniliformis</i> <i>Spirillum minus</i>	knaagdier	beten, feco-oraal	Zie LCI-richtlijn	endo-pericarditis arthritis
Lymphocytic Choriomeningitis	LCM-virus	knaagdier	beten, direct contact		meningo-encefalomyelitis
Leptospirose	<i>Leptospira</i> spp.		expositie mucosa, direct contact		hepato-renaal falen
Haemorrhagic Fever	Hantavirus	knaagdier	knaagdier feces		resp. insufficiëntie
Hantavirus pulmonary syndrome					
Tularaemie	<i>Francisella tularensis</i>	o.a. knaagdier	direct contact		resp. insufficiëntie
Yersiniosis	<i>Yersinia pestis</i>	o.a. knaagdier	direct contact		builenpest

Tabel 1.

MELDING

Direct na de vondst van de rat werden de leidinggevenden en de directie van het huis gewaarschuwd. De Geneeskundige Inspectie, IGZ, werd op de hoogte gebracht evenals de GGD.

CONCLUSIE

Bij multipale wonden van een bewoner in een verpleeg- of verzorgingshuis dient aan mishandeling door ongedierte gedacht te worden. Voor advies over behandeling en pre-

ventie kan contact opgenomen worden met de medisch microbioloog, de GGD en het RIVM. Het voorval dient gemeld te worden bij GGD en IGZ.

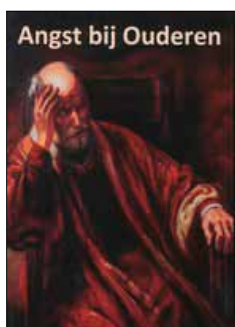
LITERATUUR

1. Draaiboek Dierenbeten, september 2011: www.rivm.nl

Correspondentieadres
tbronner@amstelring.nl

Angst bij ouderen

Martin Smalbrugge



Auteur: Jan van Ingen Schenau
ISBN: 978-90-814505-4-6
Prijs: € 19,90

Angststoornissen bij ouderen zijn een 'vergeten' ziekte: er wordt niet aan gedacht door patiënten zelf en niet door hun hulpverleners. Als er aan gedacht wordt, wordt er lang niet altijd een passende behandeling ingezet.

In een eigen beheer uitgegeven boek heeft de redacteur een keur aan auteurs, die allen op het gebied van onderzoek en behandeling van angst bij ouderen hun sporen verdiend hebben, bereid gevonden angst bij ouderen in de breedte te belichten.

Het boek begint met een kennistoets om u 'op te warmen' en gaat uitgebreid in op angst als verschijnsel/symptoom en het brede palet van de angststoornissen zoals we die in de DSM-IV TR ontmoeten. Allerlei problemen rond herkenning en diagnostiek bij ouderen worden besproken en de therapeutische (on)mogelijkheden komen eveneens breed aan bod.

Duidelijk wordt dat er in de afgelopen twee decennia veel meer kennis beschikbaar is gekomen over diagnostiek en behandeling van angst bij ouderen, maar dat we er nog lang niet zijn; wat er is gebruiken we nog te weinig en we weten nog erg veel niet.

Het boek geeft in kort bestek een overzicht van de stand van zaken van angst bij ouderen en is aan te raden voor wie zich op dit gebied snel en toegankelijk wil inlezen. De bijdragen hebben soms overlap, evenals forse verschillen in stijl. Dat is bijna onvermijdelijk gezien het aantal auteurs dat een bijdrage leverde.

Correspondentieadres
m.smalbrugge@vumc.nl

Palliatieve zorg zonder euthanasie?

Drs. Piet W. van Leeuwen, specialist ouderengeneeskunde en hospice-arts, Johanneshospitium Vleuten en Wilnis

Het thema euthanasie blijft een actueel vraagstuk in Nederland. De levenseindekliniek is daarbij een nieuw concept, waarbij het inwilligen van een euthanasiewens het leidinggevende principe is. In onderstaand artikel wordt een andere kant van het spectrum van palliatieve zorg belicht: laatste zorg waarbij een euthanasiewens in eerste instantie wordt gezien als een uitdaging om te zoeken naar de vraag achter de vraag. Een specialist ouderengeneeskunde wordt meer dan wie dan ook geconfronteerd met de vraag hoe je iemand kunt bijstaan in de laatste levensfase. Wat zijn de mogelijkheden en de uitdagingen van palliatieve zorg zonder euthanasie?

EUTHANASIEVERZOEKEN

De euthanasiepraktijk in Nederland wordt sinds 1990 elke vijf jaar onderzocht binnen het kader van de 'Evaluatie wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding'. Op dit moment moeten we het nog doen met cijfers uit 2007 met daarin de volgende schattingen:

Uit deze schattingen kan worden opgemaakt dat ongeveer

- Verzoeken aan arts voor medewerking aan euthanasie te zijner tijd: 29.000
- Verzoeken aan arts voor daadwerkelijke uitvoering van euthanasie: 8.400
- Daadwerkelijke uitvoering euthanasie: 2.325*

- NB. Jaarlijks aantal sterfgevallen in Nederland: plm. 135.000

* Uit de jaarverslagen van de vijf regionale toetsingscommissies euthanasie valt op te maken dat dit een stijgende lijn vertoont. In het jaarverslag 2010 gaat het om 3136 meldingen.

70% van de verzoeken om 'euthanasie te zijner tijd' niet wordt gevolgd door een daadwerkelijk verzoek en dat van die laatste groep patiënten uiteindelijk 75% overlijdt zonder euthanasie. Wat gebeurt er met al die niet ingeloste euthanasieverzoeken? Verdampen ze, worden ze afgewezen? Hoe komt het dat veel patiënten gaandeweg het ziekteproces afzien van hun euthanasiewens? Wat heeft dat te maken met de attitude van hun naasten, van hun hulpverleners, van de betrokken arts? Hoe gaat het verder met de groep patiënten bij wie de SCEN-arts een negatief advies afgeeft (dit gebeurt bij ongeveer 20% van de daadwerkelijke verzoeken)? Hoe zou je hen het beste kunnen helpen?

EIGEN ERVARING

Na vele jaren verpleeghuiservaring ben ik als specialist ouderengeneeskunde nu ruim tien jaar werkzaam in twee high-care hospices. De bewoners die hier verblijven zijn voor hun opname geïnformeerd over het feit dat ze in deze hospices wel optimale palliatieve zorg kunnen verwachten, maar geen actieve levensverlenging of -bekorting (euthanasie). Er worden per jaar gemiddeld 160 mensen opgenomen. Ook al wordt de uitvoering van euthanasie niet gezien als een onderdeel van de geboden hulp, we zijn wel degelijk vertrouwd met de vraag naar euthanasie. Er zijn bewoners die een euthanasieverklaring met zich meebrengen en het komt voor dat een euthanasieverzoek als het ware opeens op komt zetten terwijl men dat helemaal niet van zichzelf verwacht had. Dat doet zich zo'n tien keer per jaar voor. We ervaren dat als de meest intense hulpvraag die gesteld kan worden. In dit artikel zal worden aangegeven hoe daar vervolgens door ons mee wordt omgegaan. Overigens willen we zeker niet beweren dat we daar beter mee omgaan dan anderen. Het is wel iets waar we veel expertise over hebben opgebouwd die mogelijk van nut is voor anderen. Als een verzoek om euthanasie persisteert dan wordt er samen met de patiënt en de familie gezocht naar een mogelijkheid om deze wens elders te laten realiseren. In de afgelopen 20 jaar zijn op die wijze vijf mensen uiteindelijk thuis gestorven.

Goede palliatieve zorg kan de vraag naar euthanasie niet voorkomen

DOODGAAN EN DOOD WILLEN GAAN

Naar mijn idee kan iedereen, maar dan ook werkelijk iedereen die ernstig ziek is en/of lijdt op een gegeven moment het gevoel krijgen: zo wil of kan ik niet verder. Niet iedereen zal dat gevoel uiten en niet iedereen zal zo'n inwendige noodkreet omzetten in een euthanasieverzoek. Vroeger werd in zo'n situatie veeleer 'hulp van boven' gezocht, bijvoorbeeld in de vorm van een smeekbede als 'Ach Heer, kom mij toch halen'. Nu wordt de arts gezien als degene die mogelijk verlossing kan brengen. Dat mensen in hun laatste levensfase kunnen snakken naar een uitweg uit hun lijden is iets van alle tijden. Het zegt weinig of niets over de kwaliteit van de geboden zorg. Er wordt wel eens gesuggereerd dat goede palliatieve zorg de vraag naar euthanasie kan voorkomen, maar dat is bezijden de waarheid. Ondanks zeer goede zorg kunnen gevoelens van wanhoop, onmacht en uitzichtloosheid op enig moment de overhand krijgen tijdens een ziekte- of sterfbed. Hulpverleners in de

Patiënt	Naasten	Arts
<ul style="list-style-type: none"> • Afscheid moeten nemen van het leven en van dierbaren • Lichamelijke klachten zoals pijn • Waarom ik? • Angst • Controleverlies • Afhankelijkheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Afscheid moeten nemen van een dierbare • Machteloosheid • Wens om alles voor de ander te doen • Het zien lijden van de patiënt 	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionele betrokkenheid • Wens om redder te zijn • Zich onder druk gezet voelen • Denken dat hij elk lijden moet kunnen oplossen

palliatieve zorg zullen altijd geconfronteerd worden met deze existentiële noodkreet.

PATIËNT LANGER LATEN LIJDEN?

Het lijden van de patiënt staat nooit los van het lijden van degenen die om hem/haar heen staan. Lijden is in zekere zin besmettelijk: het infecteert alle betrokkenen en reso-neert in alle omstanders. Medelijden wil echter niet zeggen dat iedereen daarbij hetzelfde lijden ondergaat. In bovenstaande tabel heb ik een poging gedaan om de lijdensdruk van verschillende betrokkenen in kaart te brengen.

Patiënt, naasten en arts hebben te maken met persoonlijke factoren die een positieve dan wel een negatieve invloed hebben op hun beleving van het lijden, zoals eerdere ervaringen, de eigen levensfilosofie, het gevoel over wat je wel of niet aankunt en dergelijke. De vraag die daarom steeds weer gesteld moet worden, is wie er precies lijdt en wat daar de reden van is. Naasten kunnen zich vaak enorm geholpen voelen wanneer zij erkenning krijgen voor het feit dat ‘zien lijden meer pijn doet dan lijden’. Het helpt hen om met andere ogen te kijken naar hetgeen hun geliefde overkomt. Artsen voelen lucht als ze zich distantiëren van de mythe ‘pijn hoeft tegenwoordig niet meer’. Het verlichten van lijden heeft vaak te maken met erkenning en ruimte maken voor een andere manier van zien of van zijn.

NAAST ELKAAR, TEGENOVER ELKAAR

Wanneer iemand niet langer ‘zó’ verder wil gaan en de arts om euthanasie vraagt, kan dat soms leiden tot een grote kloof tussen patiënt en arts. De patiënt wil dat er met hem wordt meegeleefd en dat hij de arts daarbij onvoorwaardelijk aan zijn kant vindt. Op het moment dat de arts echter uitgebreid de wettelijke zorgvuldigheidseisen naar voren brengt en toelicht, kan het gebeuren dat de patiënt hem niet ervaart als hulpverlener, maar meer als een beoordelaar. Het kan voor de patiënt aanvoelen alsof zijn lijden onderwerp van discussie is geworden, waarbij hij ook eventueel nog een tweede arts moet gaan overtuigen van de ernst van zijn lijden. Uit een evaluatie blijkt dat 30% van de nabestaanden de bemoeienis van een SCEN-arts in de laatste fase niet kan waarderen (‘alsof er examen moet worden gedaan’). Maar ook de arts kan een kloof ervaren tussen zijn beroepsopvatting en het contact met de patiënt en diens familie. Hij moet zich verweren tegen het beeld als zou een arts in Nederland tegenwoordig ‘gewoon’ de plicht hebben om mee te werken aan euthanasie. Het is tegenover een patiënt in nood moeilijk uit te leggen waarom euthanasie

helemaal niet zo’n logische, laat staan simpele handeling is. En toch lijkt het voor de patiënt zo’n ideale oplossing op dat moment.

SAMEN ZOEKEN ZONDER EINDPLAATJE

Als een patiënt mij confronteert met een euthanasieverzoek in de zin van: ‘dokter, alsjeblieft doe iets, nu!’ dan maak ik duidelijk dat ik heel graag wil helpen, dat ik zie hoe hoog de nood is en dat ik het waardeer dat er op mij een beroep wordt gedaan. Ik leg uit dat ik geen hulp kan bieden in de vorm van een dodelijke injectie. Maar dat ik wel zo snel mogelijk wil weten wat er precies aan de hand is. En dat ik het fijn vind als er bij het verdere gesprek iemand meeluistert en meedenkt. We vragen dan wie de patiënt erbij wil hebben en ik vraag of het goed is dat een verpleegkundige bij het gesprek aanwezig is. Deze extra gesprekspartners kunnen zicht hebben op andere aspecten, hebben een ander-soortige band met de patiënt en vervullen ook een wezenlijke rol als getuige. De patiënt weet zich ook door hen gezien en gehoord. Zo komen we snel diezelfde ochtend, middag of avond bij elkaar en dan gaat het alleen nog maar om één centrale vraag: ‘wat maakt dat u zo niet verder kunt?’ Degene om wie het gaat hoeft ons niet te overtuigen van het feit dat hij er helemaal doorheen zit, dat hij ondraaglijk lijdt. Dat is glashelder: anders zou hij niet verlangen naar een spoedige dood. Geen onderhandeling dus, maar een voorzichtige uitnodiging om deelgenoot te worden van wat er omgaat in iemand die zich zo hopeloos voelt en zo ondraaglijk lijdt.

ZO TREK IK HET NIET MEER...

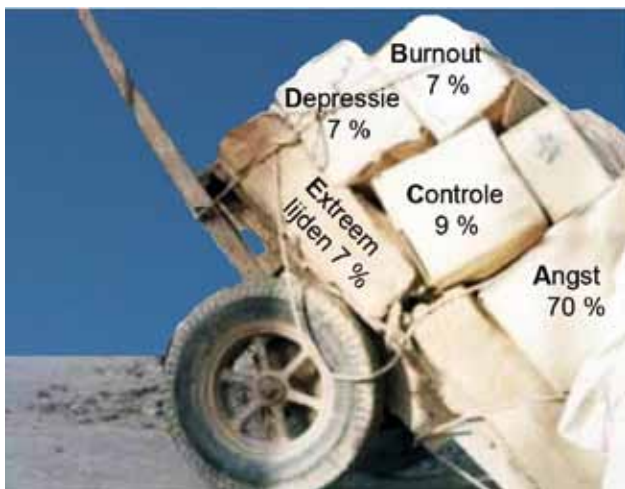
Misschien geeft onderstaand plaatje wel een goed beeld van wat ondraaglijk lijden is en van het gevoel ‘zo trek ik het niet meer’. Het is duidelijk dat hier iets moet gebeuren. Dit kan zo niet doorgaan. We verwachten dat mensen zul-



len toesnellen om de zaak weer in evenwicht te brengen en het zo weer 'draaglijk' te maken voor dit dier in nood. Zo zou het moeten gaan. Bestaat er een parallel met een medemens die om euthanasie vraagt? Ook dan kunnen we het gevoel hebben dat er snel iets moet gebeuren, dat het zo niet langer kan. Ook dan kunnen we ons heel goed voorstellen dat die ander zo niet verder kan. Zouden we ons in zo'n situatie dan ook niet af moeten vragen onder welke last deze patiënt bijna bezwijkt? Wat kan hij of zij niet meer trekken? En hoe kan die last zodanig verlicht worden dat het toch weer draaglijk wordt? Wat iemand wel of niet als een last ervaart, is sterk individueel bepaald. Toch is het denkbaar dat er bepaalde zaken zijn die bovengemiddeld bijdragen aan het gevoel ondraaglijk te (zullen) lijden. Ik wil een poging doen om een aantal hoofdoorzaken in kaart te brengen en ben daarbij schatplichtig aan dr. Ben Zylicz.² Hij benoemde vijf belangrijke thema's die kunnen leiden tot een euthanasieverzoek en zette ze op volgorde wat betreft de beginletters: A, B, C, D en E.

HET ALFABET VAN ONDRAAGLIJK LIJDEN

De letters staan voor: A(ngst), B(urn-out), C(ontrolle), D(epressie) en E(xtrem lijden). **Angst** vormt vermoedelijk de grootste factor: angst voor pijn, angst om te stikken, angst voor verlies van waardigheid, angst om de ander tot last te zijn enzovoort. Kortom: *ik wil niet meer, of: ik durf niet meer*. **Burn-out** is een overweldigend gevoel van uitputting. Uitputting door het hele ziekteproces. Dit kan leiden tot het gevoel: *ik kan niet meer*. **Controlle** is iets dat voor sommigen een allesbepalende behoefte is. Jezelf overgeven aan een onvoorspelbare laatste levensfase, waarbij je afhankelijk bent van anderen, vormt voor zo iemand een bijna onmogelijke opgave. 'Loslaten' (een begrip dat vaak te pas en te onpas wordt gebruikt) is voor iemand die altijd 'in control' dacht te zijn een heel moeilijke opgave en dus kan de gedachte ontstaan: *ik laat dit niet gebeuren*. **Depressie** kan een last zijn die iemands laatste levensfase overschaduwt. Met als bijkomende dwanggedachte: *ik wil dood, ik moet dood*. **Extrem lijden** (bijvoorbeeld als iemand continu gebukt gaat onder pijn, misselijkheid of jeuk) kan iemand zodanig overweldigden dat hij aangeeft: *zo trek ik het niet langer*.



De percentages op deze afbeelding zijn schattingen in welke mate de betreffende last bijdraagt aan het totaal aan euthanasieverzoeken.

ONZICHTBAAR, ONHOORBAAR LIJDEN

In tegenstelling tot het plaatje van de ezelkar kunnen we bij een ander niet zomaar aanwijzen wat hij met zich meedraagt aan last. Het kan zijn dat iemand zich zo gevangen voelt in het lijden dat hij dit niet goed kan of wil delen met een ander. Zo kan iemand zich met zijn lijden opgesloten voelen in zichzelf. Terwijl een doorbraak alleen mogelijk is als iemand zich durft te openen. Alleen de persoon zelf heeft de sleutel van die speciale deur. Anderen kunnen daar wel een beslissende rol bij spelen en de deur aan hun kant openhouden. Ik ervaar een euthanasieverzoek als een ultieme mogelijkheid om met iemand in contact te komen over zijn/ haar worsteling. Het feit dat iemand mij vraagt zijn/haar leven te helpen beëindigen, beschouw ik daarbij als het ultieme bewijs dat die persoon helemaal klem zit. Er moet iets gebeuren. Ik leg (nogmaals) uit dat er bij mij en in het hospice geen euthanasie voorhanden is, maar dat we heel graag iets willen doen om het lijden te verzachten. En dat ik daarom graag precies wil weten wat er speelt: wat maakt dat u zo niet verder kunt? Die vraag, berustend op oprechte belangstelling, zonder tijdsdruk en liefst gesteld in aanwezigheid van een paar vertrouwenspersonen, kan de patiënt helpen om zijn nood te delen. Het vraagt om een open en uitsluitend luisterende houding, zonder oordeel, zonder meetlat ('euthanasie-examen'), zonder vooropgezet plan of uitkomst. Louter door zo'n intieme en persoonlijke vraag kan een luikje bij de patiënt opengaan waaruit diens diepste lijden als het ware ontsnapt. Soms kan ik wat helpen door te benoemen wat door anderen als ondraaglijk wordt ervaren en ik gebruik daarbij ook wel het ABCDE-rijtje. Tijdens zo'n opsomming kan er ineens herkenning zijn bij de patiënt of bij diens naasten. Die (h)erkenning kan voor grote opluchting zorgen en het is vaak een heel emotioneel moment. Het verbreken van de eenzaamheid in dit lijden is het kantelpunt waar het om draait.

ONTLADING: EEN KLEIN WONDER

De verhalen waar ik in de afgelopen jaren getuige van ben geweest, bevatten vaak elementen van het alfabet van ondraaglijk lijden. Angst is vaak een belangrijk thema, de euthanasiewens is dan als het ware een angstkreet die vraagt om geruststelling. We weten overigens dat veel angsten gaandeweg spontaan verminderen. Het blijkt allemaal toch net weer anders te zijn dan de schrikbeelden die men zich had voorgesteld. Dat fenomeen verklaart waarom er ook in de hospices waar ik werk veel euthanasieverklaringen onaangeroerd in het nachtkastje blijven liggen. Een fundamentele en vaak eenzame angst is de angst om niet langer geliefd te zijn nu men zo verzwakt is. Pas wanneer zoiets wordt uitgesproken (en daar is in zekere zin moed voor nodig) ontstaat er voor die persoon ruimte om te ontdekken dat de ontvangen liefde geenszins afhankelijk is van uiterlijke

kenmerken, zoals de lichamelijke conditie van iemand. Dat speelt ook vaak een rol bij iemand met een sterke controlebehoefte. Diens zelfbeeld verdraagt het niet om afhankelijk en afwachtend te zijn in de laatste fase. Het feit dat anderen ook van je blijven houden wanneer je die 'eigenschap' moet loslaten, kan heel bevrijdend zijn. Om jezelf dat toe te staan heb je anderen nodig die jou los kunnen zien van je controlebehoefte. Ten aanzien van burn-out, depressie en extreem lijden nog het volgende: bij dit soort lijden kan er een sterke sedatiewens ontstaan. Onze ervaring is dat, naast (h)erkenning van dit lijden, er zeker ook middels medicatie iets gedaan kan worden om de patiënt te steunen. Dat kan heel goed door iemand af en toe 'een time-out' van een paar uur te bezorgen met behulp van een gift (s.c. of per os) van 7,5 à 15 mg midazolam. Soms klaart een depressie volledig en snel op met behulp van methylfenidaat. Tot op het laatst blijft complementaire zorg van groot belang, zoals muziektherapie en voetmassage. Laatst zorgden we voor iemand die dag in, dag uit alleen maar verlangde naar het einde. Toen haar oudere zus besloot om elke dag een paar uur bij haar in bed te gaan liggen, leek ze helemaal verlost van dat uitzichtloze wachtkamergevoel. Ze keek daardoor in haar laatste dagen toch steeds nog uit naar de volgende dag...

BESLUIT

Een terminale ziekte betekent een stortvloed aan veranderingen. Zaken kunnen zodanig gaan kantelen dat alles uit balans raakt en het hele bestaan in de lucht komt te hangen. Hoe iemand daarmee omgaat heeft te maken met het voorafgaande leven en met de eigen persoonlijkheid. Wanneer iemand in existentiële nood verkeert, niet meer verder kan en om hulp vraagt, zijn anderen hard nodig. Die hulp vormt een cruciaal onderdeel van palliatieve zorg. Ik hoop dat ik met dit artikel een bijdrage heb geleverd aan de zoektocht naar een passend antwoord op de vraag wat je kunt doen of zijn voor een ander in de laatste fase van zijn leven, zonder de noodzaak diens leven te beëindigen.

LITERATUUR

1. *Rapport Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, mei 2007.*
2. *Willems D. Symposiumverslag 'Evaluatie SCEN; wat is goede steun en consultatie' AMC, 21 april 2010.*
3. *Enklaar J. Terminus; Dr. Ben Zylicz en de kunst van het sterven, 1999, ISBN 9058070212.*
4. *NB. Dit artikel is een bewerking van twee artikelen in het tijdschrift Pallium, jaargang 2010, nr. 3 en 4.*

Correspondentieadres
pietwvanleeuwen@hetnet.nl

Betere antistollingsbehandeling

Vernieuwde samenwerking tussen trombosedienst en zorginstellingen

Drs. Marja E.C. Kaag, projectmanager, Portavita Amsterdam

Drs. Jeroen J.M. Deijns, specialist ouderengeneeskunde Zorgplein Maaswaarden, Wijk en Aalburg

Heidi G.M. van den Brink, manager dienstverlening Star-MDC, Rotterdam

INLEIDING

Veel bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen gebruiken vitamine K-antagonisten. De behandeling van deze patiënten kan op diverse manieren worden georganiseerd. Vaak komt de trombosedienst langs om de patiënten te prikken, waarna ook het doseren door de trombosedienst wordt gedaan. In andere gevallen gebeurt het prikken binnen de instelling zelf (al dan niet veneus), waarna de patiënt gedoseerd wordt door ofwel de trombosedienst, ofwel de specialist ouderengeneeskunde. Al deze beroepsbeoefeningen maken daarom deel uit van de behandelketen van trombosezorg.

Er zijn in de afgelopen jaren enkele rapporten verschenen die kritisch zijn over deze ‘tromboseketen’. Uit de HARM-studie blijkt dat bij bijna een kwart van de potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames door bijwerking van geneesmiddelen, antistollingsmedicatie is betrokken.¹ In bijna de helft daarvan betreft dit coumarines. Verondersteld wordt dat de oorzaak van deze fouten niet ligt bij individuen, maar bij ‘het systeem’. Voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) was dit reden om een aantal onderzoeken te starten naar de samenwerking in de behandelketen, met als invalshoek patiëntveiligheid. Eén daarvan, het onderzoek van de RIVM, richtte zich op knelpunten en risico’s in de tromboseketen.² In haar samenvattende eindrapport concludeert de IGZ dat deze behandelketen niet goed functioneert: het ontbreekt aan een geformaliseerde samenwerking en er is sprake van organisatorische knelpunten.³

De dagelijkse praktijk in zorginstellingen bevestigt dit beeld. Medicatie wordt in veel gevallen ‘gebaxterd’ (vooraf door de apotheek ingepakt). Aangezien het aantal coumarinetabletten tevoren niet bekend is, worden deze apart afgeleverd. De medewerkers in de zorginstellingen zijn niet (voldoende) op de hoogte van het belang en de gevaren van de behandeling. Beide factoren tezamen leiden soms tot slordigheden in de toediening van de tabletjes en in het vastleggen van niet-innemen. Eventuele complicaties (tia’s, blauwe plekken) worden niet gezien of niet in verband gebracht met de antistollingsbehandeling.

Sinds enige jaren heeft de samenwerking tussen zorginstellingen en de trombosedienst een nieuwe impuls gekregen door de implementatie van Near-Patient Testing (NPT). Bij deze werkwijze worden zorgmedewerkers in de instelling door de trombosedienst getraind in de antistollingsbehandeling en in het prikken van de coumarinegebruikende patiënten met behulp van een vingerprik. Daarnaast wordt de werking van het Keten Informatie Systeem (KIS) uitgelegd.

De International Normalized Ratio (INR) en eventuele mededeling(en) worden door de zorgmedewerker vastgelegd in een Keten Informatie System (KIS) waartoe ook de trombosedienst toegang heeft. De trombosedienst stelt naar aanleiding van deze gegevens een doseervoorstel vast. Ten slotte verwerkt de zorgmedewerker de gegevens uit deze ‘doseerbrief’ in de medicatie van de patiënt. Naast deze gewijzigde samenwerking hebben de (geautoriseerde) medewerkers in de zorginstelling door gebruikmaking van het KIS toegang tot allerlei gegevens rond de antistollingsbehandeling, zoals de indicatie en de historie van INRs. Een bijkomend voordeel is dat een vingerprik makkelijker is in te plannen in de dagelijkse dynamiek van een zorginstelling dan de ongeplande bezoeken van de trombosedienst. Daarnaast is een vingerprik veel patiëntvriendelijker. De antistollingsbehandeling, waarbij vele behandelaren zijn betrokken (specialist ouderengeneeskunde, indicerend specialist, huisarts), wordt gecoördineerd door de trombosedienst. De zorginstelling ontvangt voor het uitvoeren van de gedelegeerde taken een deel van het tarief dat de trombosedienst voor de behandeling declareert.

In 2010 werd een wetenschappelijk onderzoek naar de resultaten van Near-Patient Testing afgerond.⁴ Hieruit bleek dat de behandelresultaten bij deze werkwijze significant verbeteren ten opzichte van de reguliere werkwijze. Dit artikel geeft een beschrijving van het onderzoek en de resultaten.

DOEL NPT-ONDERZOEK

Near-Patient Testing werd geïntroduceerd als antwoord op de nadelen die aan de klassieke manier van werken kleven. Bij NPT wordt de INR in het bijzijn van de patiënt bepaald zodat er meer en betere informatie kan worden ingewonnen bij een afwijkende uitslag. De doseerbrieven kunnen niet meer zoekraken, de organisatie bepaalt zelf het tijdstip van prikken, de patiënten krijgen een vingerprik in plaats van een veneuze bloedafname, de prikhandeling wordt verricht door de eigen zorgmedewerkers en niet door de trombosedienst, en last but not least: de communicatielijnen tussen de zorgmedewerkers en de trombosedienst worden aanzienlijk korter.

Om er zeker van te zijn dat met NPT minstens even goede behandelresultaten worden behaald als met de reguliere werkwijze, werd een wetenschappelijk onderzoek gestart. De doelstelling werd als volgt geformuleerd: 'Beschrijving van de effectiviteit en veiligheid en de voorwaarden voor introductie van een nieuwe methode (Near-Patient Testing) om patiënten in een zorginstelling met een indicatie voor een antistollingsbehandeling te monitoren.'

De communicatielijnen worden aanzienlijk korter

METHODE

Als methode werd gekozen voor een niet-gerandomiseerd, vergelijkend onderzoek tussen patiënten in zorginstellingen bij wie Near-Patient Testing werd toegepast (interventiegroep) en patiënten in zorginstellingen die volgens de klassieke methode werden gemonitord (controlegroep). In totaal leverde dit een interventiegroep op van 10 trombosediensten en 21 zorginstellingen. Dit betrof zowel verzorgingshuizen als verpleeghuizen als een combinatie daarvan. In één geval was de zorginstelling een organisatie voor de ondersteuning van mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking. De controlegroep bestond uit negen trombosediensten en 18 zorginstellingen. De inclusieperiode voor de interventiegroep liep van mei 2008 tot en met juli 2009 en voor de controlegroep van april t/m september 2009.

De dataverzameling vond plaats op twee manieren. Kwantitatieve data werden verzameld door gebruik te maken van de database van de deelnemende trombosediensten. Voor het kwalitatieve deel werden schriftelijke enquêtes en telefonische interviews afgenomen bij betrokken medewerkers van de trombosediensten en zorginstellingen en daarnaast een mondelinge enquête bij de patiënten. De uitkomstmaten werden verdeeld in primaire en secundaire uitkomstmaten. Primair werd gekeken naar de 'effectiviteit' en 'veiligheid' van de behandeling. Voor het effect van de

behandeling werd gekeken of de INR van de patiënt zich al dan niet binnen de therapeutische range bevond. Als maten voor veiligheid werden gekozen: het aantal complicaties en het aantal keren dat vitamine K moest worden voorgeschreven (gebruik van het antidotum vitamine K brengt een zeker risico met zich mee. Het duurt enige uren voordat het effect van vitamine K intreedt en dit effect is onvoorspelbaar).

Ook werd gekeken naar de 'tijdigheid' van de meting. Een 'tijdige' meting is een meting die valt vóór of op de datum die de uitkomst is van 'prikdatum + tolerantieperiode ('reserveperiode' van een aantal dagen waarin het prikken is geïndiceerd en de dosering doorloopt). De secundaire uitkomstmaten hadden betrekking op de tevredenheid over het proces. Deze werd gemeten aan de hand van verschillende telefonische en schriftelijke vragenlijsten voor medewerkers van de trombosedienst en voor medewerkers van de zorginstellingen. Informatie over de training werd één maand na de start met Near-Patient Testing verzameld, informatie over de tevredenheid na een half jaar. Daarnaast werd na een half jaar een korte gestructureerde enquête bij de patiënt afgenomen door een zorgmedewerker.

DE PATIËNTEN

De dataverzameling bij zowel de interventie- als de controlegroep betrof: alle INRs, alle complicaties en alle keren dat vitamine K werd toegediend gedurende de interventieperiode. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen intensiteitsgroep 1 en intensiteitsgroep 2. De intensiteitsgroep is afhankelijk van de indicatie. De eerste intensiteitsgroep betreffen indicaties met een streefgebied tussen 2.5 en 3.5 en een therapeutische range tussen 2.0 en 3.5 (de therapeutische range start 0.5 lager dan het streefgebied). De 2^e intensiteitsgroep betreffen indicaties met een streefgebied tussen 3.00 en 4.00 en een therapeutische range tussen 2.5 en 4.00. Voor een overzicht van indicaties met bijbehorende intensiteitgroep, zie <http://www.fnt.nl/artsen/streefwaarden-cumarinebehandeling>.

In zowel de controlegroep als de interventiegroep kunnen nieuwe (instabiele) patiënten zijn ingestroomd tijdens de interventieperiode. De dataverzameling voor de interventiegroep werd gestart een maand nadat was overgegaan op Near-Patient Testing.

STATISTISCHE BEWERKING

Analyses werden gedaan met SPSS 16.0. De gebruikte toetsen zijn een ANOVA voor de verschillen in gemiddelden en een χ^2 -toets voor verschillen in het aantal patiënten tussen de controlegroep en de interventiegroep, zoals bij de percentages INR binnen de therapeutische range, de aanwezigheid van complicaties en het gebruik van vitamine K. De secundaire uitkomstmaten zijn beschrijvend van aard.

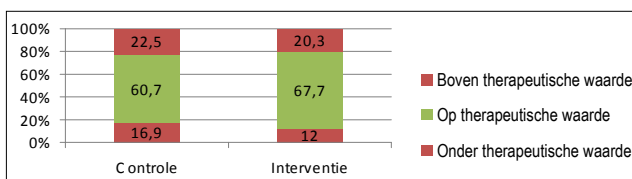
Variabele	Soort	Controlegroep (%)	Interventiegroep (%)
Leeftijd (in jaartallen)		85,3	83,0
Geslacht	Vrouw	299 (68,9)	267 (70,6)
Indicatie	Boezemfibrilleren	273 (62,9)	229 (60,6)
	Dvt been/bekken	16 (3,7)	17 (4,5)
	Longembolie e.c.i.	15 (3,5)	6 (1,6)
	Paroxysmaal boezemfibrilleren	14 (3,2)	5 (1,3)
	Dvt recidief	13 (3,0)	5 (1,3)
	Klepprothese	12 (2,8)	22 (5,8)
	Hartinfarct	11 (2,5)	10 (2,6)
	Cerebrovasculaire insufficiëntie	6 (1,4)	11 (2,9)
	Overige (<10)	74 (17,1)	73 (19,3)
	Anticoagulans	Acenocoumarol	402 (92,6)
Fenprocoumon		31 (7,1)	38 (10,1)
Overige		1 (0,2)	0 (0,0)
Intensiteit	1 ^e intensiteitsgroep	357 (82,3)	292 (77,2)
	2 ^e intensiteitsgroep	77 (17,7)	86 (22,8)
Totaal		434 (100)	378 (100)

Tabel 1. Vergelijking van de controlegroep en de interventiegroep.

RESULTATEN

Tabel 1 laat zien dat de interventiegroep en de controlegroep goed vergelijkbaar zijn op een aantal belangrijke persoons- en behandelkenmerken. De leeftijd van patiënten in de controlegroep is iets hoger. Bij de indicaties voor de antistollingsbehandeling zitten enkele geringe verschillen in de indicaties die minder vaak voorkomen. Ook qua intensiteitsgroep en qua antistollingsmedicatie zijn er bij de ANOVA-toets geen statistisch significante verschillen gevonden.

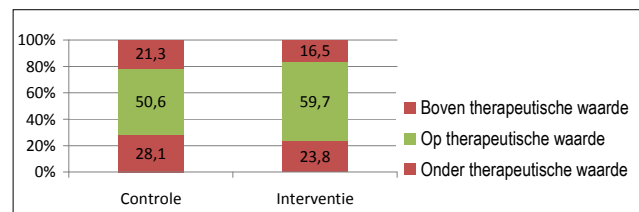
De effectiviteit van de behandeling werd gemeten naar het aantal INRs dat zich binnen de therapeutische range bevindt. Alle verzamelde INRs van zowel de controlegroep als de interventiegroep werden daarom vergeleken met de therapeutische range van de individuele patiënt. De uitkomsten zijn te vinden in figuur 1 en 2.



Figuur 1. Verdeling van de INR'n tussen controlegroep en interventiegroep voor de lage intensiteit

* $p < 0,05$ (χ^2 -toets op het gemiddelde dat binnen de therapeutische range zit)

Het verschil tussen controlegroep en interventiegroep is bij de lage intensiteitsgroep significant: in de interventiegroep bevinden zich 7% meer patiënten binnen de therapeutische range. Het verschil tussen controlegroep en interventiegroep is ook bij de hoge intensiteitsgroep significant: in de interventiegroep bevinden zich ruim 9% meer patiënten binnen de therapeutische range.



Figuur 2. Verdeling van de INR'n tussen controlegroep en interventiegroep voor de hoge intensiteit

* $p < 0,05$ (χ^2 -toets op het gemiddelde dat binnen de therapeutische range zit)

Een belangrijke graadmeter voor de veiligheid van de behandeling is het al dan niet vóórkomen van complicaties. In dit onderzoek werden als complicatie meegenomen: alle bloedingen, CVA (aard onbekend) en trombose/embolie. In tabel 2 worden de controlegroep en de interventiegroep in dit opzicht met elkaar vergeleken. De mate van veiligheid van de behandeling werd daarnaast afgemeten aan het gebruik van vitamine K, zie tabel 3.

Uit bovenstaande tabellen blijkt dat bij Near-Patient Testing significant minder complicaties voorkwamen. Ook werd significant minder vaak een vitamine K-toediening noodzakelijk geacht.

Verschillen in 'tijdigheid' van de meting werden niet gevonden: in beide groepen werd de INR op tijd gemeten. Uit de procesevaluatie werd duidelijk dat patiënten, trombose-diensten en medewerkers van zorginstellingen zeer tevreden zijn over Near-Patient Testing. De methode is goed toepasbaar en te implementeren binnen de huidige organisatie van zorginstellingen en trombose-diensten.

Complicaties	Controlegroep	Interventiegroep
Aantal complicaties	83*	36*
Aantal patiënten met complicaties	47*	22*
Totaal aantal patiënten	434	378
% Patiënten met complicaties t.o. alle patiënten	12,21*	6,11*

Tabel 2. Vergelijking complicaties tussen controle- en interventiegroep
*p<0.05 (χ^2 -toets)

Vit. K-gebruik	Controlegroep	Interventiegroep
Aantal keren vitamine K	35*	15*
Aantal patiënten met vitamine K gebruik	29*	12*
Totaal aantal patiënten	434	378
% patiënten met vit. K. t.o.v. alle patiënten	7,53*	3,33*

Tabel 3. Vergelijking gebruik vitamine K tussen controle- en interventiegroep * p< 0.05 (χ^2 -toets)

CONCLUSIE

De conclusie van het onderzoek luidt dat Near-Patient Testing in zorginstellingen, mits goed begeleid, tenminste tot een gelijk en waarschijnlijk zelfs tot een beter behandelresultaat leidt dan de reguliere methode. Near-Patient Testing kan daarmee een effectieve, veilige en dus verantwoorde nieuwe manier zijn van het controleren van bewoners van een zorginstelling met een indicatie voor antistollingsbehandeling met vitamine K-antagonisten. Voorwaarde is dat er een begeleiding plaatsvindt die vergelijkbaar is met die bij het zelfmanagement van patiënten.

DISCUSSIE

In het Inspectierapport¹ wordt ervan uitgegaan dat het beter inrichten van de tromboseketen tot betere behandelresultaten leidt. Near-Patient Testing, met gebruikmaking van een Keten Informatie Systeem, zorgt voor een betere samenwerking tussen organisaties die een deel van deze keten uitmaken, namelijk de trombose-dienst en zorginstellingen. Het onderzoek toont aan dat dit inderdaad tot betere behandelresultaten leidt.

Niet onderzocht is aan welk procesonderdeel van Near-Patient Testing de betere behandelresultaten te danken zijn. Geluiden uit de praktijk wijzen vooral op de verbeterde

communicatie tussen de medewerkers van de trombose-dienst en de zorginstelling. Men kent elkaar door de trainingen waardoor de drempels lager worden. De communicatie via het KIS is eenvoudig. Bovendien worden de – beveiligd uitgewisselde – berichten vastgelegd in het patiëntdossier. Ook het meten-bij-de-patiënt levert een positieve bijdrage. Nadere informatie die van belang is voor de dosering hoeft niet achteraf te worden achterhaald, maar kan direct worden ingewonnen. Het verhoogde kennisniveau van de getrainde medewerkers is naar verwachting ook debet aan de betere resultaten. Daarbij komt dat het KIS vraagt naar het al dan niet innemen van tabletjes, informatie die zonder het KIS verloren gaat. Door gebruikmaking van het KIS kunnen tevens verschillen aan het licht komen tussen de medicatie per patiënt, zoals die door beide organisaties zijn vastgelegd in de dossiers.

Al deze verbeteringen hebben betrekking op 'het systeem' van de behandelketen. Er is duidelijkheid over verantwoordelijkheden, de onderlinge communicatie wordt beter ondersteund, het behandelproces is eenduidig en het KIS dwingt af dat rollen en bevoegdheden worden vastgelegd.

In de praktijk blijkt Near-Patient Testing tot grote voldoening te leiden bij alle betrokkenen. Reden waarom het aantal zorginstellingen dat hiermee werkt tot zo'n 157 is gegroeid. Zij doen dit in samenwerking met de 24 trombose-diensten die Near-Patient Testing aanbieden aan de zorginstellingen in hun regio. Het aantal volgens NPT behandelde patiënten ligt rond de 2600 (cijfers april 2012).

De gunstige uitkomsten van het wetenschappelijk onderzoek hebben de FNT (Federatie Nederlandse Trombose-diensten) geïnspireerd om het voortouw te nemen bij de aanvraag van een 'NPT-behandeltarief' bij de NZa. De basis voor deze tariefaanvraag wordt gevormd door een voorstel voor een NPT-behandelprotocol. In het tarief is opgenomen hoe groot de vergoeding moet zijn voor de zorginstelling voor het uitvoeren van de gedelegeerde taken. Het nieuwe NPT-tarief is per 1 januari 2012 vastgesteld voor niet-ziekenhuistrombose-diensten. Ziekenhuistrombose-diensten kunnen het begeleidingstarief voor zelfmetende patiënten declareren zolang er nog geen NPT-tarief is vastgesteld.

Het gebruikte KIS biedt de mogelijkheid om ook andere zorgverleners in de tromboseketen – evenals de patiënt zelf – toegang te geven. De eerste apothekers en thuiszorginstellingen zijn al aangesloten. Ook is een start gemaakt met het verlenen van inzage aan ziekenhuismedewerkers. Near-Patient Testing, ondersteund door een KIS, kan zo de steen zijn die de vijver van de gehele tromboseketen in beweging brengt.

SAMENVATTING

De tromboseketen ligt onder vuur: er zijn de afgelopen jaren een paar studies verschenen die de kwaliteit van de samenwerking, de communicatie en de eenheid in behandelbeleid in deze keten in twijfel trekken. Medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen maken deel uit van de tromboseketen, omdat veel bewoners in zorginstellingen vitamine K-antagonisten gebruiken.

De laatste jaren is tussen de trombosedienst en de zorginstellingen een nieuwe vorm van samenwerking ontwikkeld. Deze houdt in dat het coördineren van de antistollingsbehandeling en het doseren door de trombosedienst gebeurt, terwijl het prikken van de patiënten wordt uitbesteed aan enkele medewerkers in de zorginstelling. De patiënten worden geprikt met een zogenaamd 'zelfmeetapparaat'. De communicatie tussen trombosedienst en zorginstelling vindt plaats met behulp van een Keten Informatie Systeem waartoe beide organisaties toegang hebben. In het kader van de taakdelegatie geeft de trombosedienst de medewerkers van de zorginstelling onder meer training over de antistollingsbehandeling. Ook worden afspraken gemaakt over de onderlinge communicatie. De belangrijkste afspraken worden contractueel vastgelegd. De nieuwe samenwerking wordt 'Near-Patient Testing' genoemd: het testen 'dichtbij de patiënt'.

Om er zeker van te zijn dat deze nieuwe vorm van samenwerking tot goede behandelresultaten leidt, werd een wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat Near-Patient Testing op een drietal

punten tot significant betere behandelresultaten leidt dan de reguliere werkwijze. De INR's van de patiënten bevinden zich vaker binnen de therapeutische range, er doen zich minder complicaties voor, en het antidotum vitamine K wordt minder vaak voorgeschreven. Alle gebruikers van Near-Patient Testing (medewerkers van de trombosedienst, van de zorginstellingen en patiënten) zijn heel tevreden over de nieuwe werkwijze.

LITERATUUR

1. *Bemt PMLA van den, Egberts ACG, Leendertse A. Hospital Admissions Related to Medication (HARM). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Eindrapport. Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology en Pharmacotherapy. Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences. 2006.*
2. *RIVM. Risico's en gebrekkige afstemming in de trombosezorg. Bilthoven: RIVM, 2010.*
3. *Inspectie voor de Gezondheidszorg. Keten trombosezorg niet sluitend. Risico's door gebruik van antistollingsmedicatie versterkt door gebrek aan samenhang in de tromboseketen. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010.*
4. *Verstappen WHJM, Land RP van 't. Near Patient Testing (NPT) van stollingstijd in zorginstellingen. Onderzoek naar effectiviteit, veiligheid en een verantwoorde introductie. Orquaz, 2010.*

Correspondentieadres
m.kaag@portavita.eu

Samen sterker

Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde

Prof. dr. Cees M.P.M. Hertogh, hoogleraar ouderengeneeskunde en ethiek van de zorg, VUmc Amsterdam

Prof. dr. Henriëtte E. van der Horst, hoogleraar huisartsgeneeskunde, VUmc Amsterdam

“We are persuaded that it is of the utmost importance to collect more data on the quality of life and functional status in advanced old age and to orient gerontological research and medical, psychiatric, psychological, and sociopolitical practice to this (neglected) period of life. (...) The developmental progress of a society will not only be assessed by the provision of opportunities for the young old, the third age, but also by its achievements in developing and supporting human ways of life in its final period.”⁽¹⁾

INLEIDING

Op 1 mei 2012 gaan de afdelingen huisartsgeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde van het VUmc samen verder als afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde (H&O). Gelet op de demografische ontwikkelingen met een sterke toename van het aantal ouderen (en oudste ouderen), kiest het VUmc voor een bundeling van de binnen beide beroepsgroepen aanwezige expertise. Daarmee wordt een oude band hersteld, want zo is het ruim 20 jaar geleden, met de vestiging van de leerstoel verpleeghuisgeneeskunde, ook begonnen. Alleen: de leerstoel verpleeghuisgeneeskunde is herijkt en wordt nu voortgezet als ‘ouderengeneeskunde’. In deze bijdrage introduceren wij – als dagelijks bestuur van H&O – onze nieuwe afdeling en schetsen wij kort onze ambities voor de komende jaren voor de medische ouderenzorg, de opleiding en het ouderenonderzoek.

KRUISBESTUIVING

Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde delen een aantal kenmerken met elkaar, zoals de generalistische en persoonsgerichte benadering, maar daarnaast zijn er ook duidelijk verschillen. De huisarts werkt vooral vraaggericht voor een brede populatie, de specialist ouderengeneeskunde richt zich op een specifieke groep van oudere patiënten met multimorbiditeit en functionele beperkingen en werkt proactief vanuit een focus op de gevolgen van chronische ziekten. Beide beroepsgroepen zijn niettemin sterk op samenwerking aangewezen teneinde de medische ouderenzorg toekomstbestendig te maken. Eén van de ambities van de nieuwe afdeling is dan ook om die samenwerking concreet handen en voeten te geven, in onderzoek, in de opleiding en in praktijkvoering. Wat kunnen we leren van elkaars werkwijzen en hoe kunnen we onze krachten bundelen in een wederzijds lonende samenwerking? Met de start van de nieuwe afdeling begint tevens een promotieonderzoek waarin de beantwoording van die vragen, onder meer door literatuurstudie en actieonderzoek, centraal staat.

ONDERZOEK

In het zorg- en onderzoeksbeleid over ouderen van het afgelopen decennium tekent zich op macroniveau een sterke focus af op behoud van vitaliteit en preventie van zorgafhankelijkheid. Het gaat om ‘healthy ageing’ of ‘succesvol ouder’ worden en - als ouderen ‘kwetsbaar’ worden - om preventieve interventies die zorgafhankelijkheid kunnen voorkomen of uitstellen. Dat laatste is een van de prominente doelen van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), zoals het eerder ook een leidend thema was in het advies *Preventie bij ouderen* van de Gezondheidsraad en recent opnieuw in het rapport *Kwetsbare ouderen* van het Sociaal Cultureel Planbureau.^(2,3) De gevolgen van deze focus voor het wetenschappelijk onderzoek zijn tweemaal: allereerst heeft het vooral geleid tot (effect)onderzoek naar zorgmodellen en zorgorganisatie. Hierdoor zijn veel vragen die voor de praktijkvoering van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde relevant zijn, blijven liggen.

In de tweede plaats heeft dit beleid een bestaande trend in het ouderenonderzoek versterkt en bestendigd, namelijk die van een onderinvestering in onderzoek naar de ouderen die als het ware het kantelpunt van de kwetsbaarheid voorbij zijn. Dit zijn de ouderen die daadwerkelijk te maken hebben met de negatieve uitkomsten waar de definitie van kwetsbaarheid gewag van maakt: multimorbiditeit met functionele beperkingen en zorgafhankelijkheid. Voor hen is het wachten nog steeds op een uitwerking van de oproep waarmee de Berlin Aging Study tien jaar geleden eindigde en die wij in de aanhef van deze bijdrage aanhaalden. De oprichting van een nieuwe afdeling H&O biedt een goede gelegenheid om koers en ambitie binnen het ouderenonderzoek van beide discipline-groepen te verleggen: minder onderzoek naar zorgorganisatie en meer onderzoek gericht op die onderdelen van beide vakgebieden waar behoefte is aan meer wetenschappelijke onderbouwing. En die behoefte is evident bij de verwaarloosde groep ouderen die de kwetsbaarheid voorbij is. Belangrijke onderzoeksthema's hier zijn gerontopalliatieve zorg (de zorg in de laatste paar

levensjaren) en het onderzoek naar de mogelijkheden van geriatrische revalidatie.

In de nieuwe afdeling zal het ouderenonderzoek worden ondergebracht in één sectie 'zorg en geneeskunde voor ouderen' die onder leiding zal staan van de hoogleeraar ouderengeneeskunde. Dit ouderenonderzoek bestrijkt dan een breed palet van de geneeskunde voor ouderen, variërend van de zelfstandig wonende (kwetsbare) ouderen tot en met de (oudste) ouderen met een hoge graad van zorgafhankelijkheid.

Een belangrijke ontwikkeling die in dit verband niet onvermeld mag blijven, ligt in de beoogde benutting van GeriMedica Ysis 2.0. voor het doen van onderzoek. Het aantal zorgorganisaties en zorgpraktijken dat inmiddels gebruik maakt van dit elektronisch en webbased multidisciplinair patiëntendossier is sterk groeiende, ook buiten de verpleeghuissector. Ysis bevat handreikingen voor de meest voorkomende aandoeningen (geriatric giants) en is voorzien van tal van meetinstrumenten die in samenwerking met het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO) van het VUmc zijn geselecteerd. Daarmee biedt Ysis een uitstekende mogelijkheid om gegevens te verzamelen voor wetenschappelijke doeleinden en om de gezondheidstoestand en zorgvragen van verpleeghuisbewoners 'zichtbaar' te maken. Immers: sinds het verdwijnen van de SIVIS- en LZV-registratie weten we nauwelijks nog wat er omgaat in de langdurige zorg voor ouderen.

ACADEMISERING VAN DE OPLEIDING

Aan de meeste UMC's, en ook aan het VUmc, is in de afgelopen jaren een situatie ontstaan waarin de opleidingen tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde min of meer gescheiden zijn geraakt van de rest van de afdeling, met name van de onderzoeksgroepen. Een gevolg daarvan is geweest dat opleiding en onderzoeksgroep onvoldoende van elkaars expertise gebruik maken en dat de academische profilering van de opleiding achterblijft. Dat laatste hangt overigens ook samen met een tekort aan academisch middenkader van gepromoveerde artsen op de afdelingen, zowel bij de sectie onderzoek, als bij de opleiding. Vooral bij ouderengeneeskunde is dat tekort nijpend. Een investering in versterking van de seniorstaf is dringend aangewezen.

Naast het nemen van landelijke initiatieven, biedt de start van een nieuwe afdeling een goede gelegenheid om de reeds ingezette toenadering tussen opleiding en onderzoek tot gezamenlijk speerpunt van beleid te maken. Onder academisering van de opleiding verstaan wij: het integreren van de opleiding in de academische afdeling en het bevoor-

deren van de wisselwerking tussen onderwijs, opleiding, onderzoek en patiëntenzorg. Het streven is om gefaseerd toe te werken naar een sterkere inzet van (arts)onderzoekers in opleiding en onderwijs, naar het realiseren van gecombineerde aanstellingen (bij opleiding én onderzoek) en naar het langs deze weg uitbreiden van de seniorstaf die onderzoek kan initiëren en begeleiden. Meer aandacht voor onderzoek binnen de opleiding vraagt ook om aanpassing van de functieomschrijving en competenties van het hoofd van de opleiding. Voor onze beide opleidingen is dat inmiddels gerealiseerd, omdat beide hoofden gepromoveerd zijn en over ruime onderzoekservaring beschikken. Via de SBOH is bovendien subsidie verkregen om de aanstelling van het hoofd van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde (Martin Smalbrugge) uit te breiden met specifieke academiseringsstaken.

SAMENWERKING IN DE PATIËNTENZORG

Aan de afdeling huisartsgeneeskunde is naast een academisch netwerk ook een universitaire huisartspraktijk (UHP) verbonden. De afdeling verpleeghuisgeneeskunde had tot voor kort geen patiëntenzorg, maar dat gaat in de komende tijd veranderen door nauwe samenwerking met de transferafdeling van VUmc, een afdeling voor post-acute zorg en transferzorg in het ziekenhuis. Daarnaast gaan we starten met gezamenlijke patiëntenbesprekingen in de UHP. Dit doen we niet alleen voor laagdrempelige onderlinge consultatie, maar ook om, via concrete casuïstiek, thema's voor samenwerking in onderzoek en zorg te ontwikkelen.

TOT SLOT

Door de samenvoeging van huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde ontstaat een afdeling H&O met ruim 230 medewerkers. Maar dat is slechts een getal. Onze ambitie is vooral om in kwalitatief opzicht het geheel boven de som der delen uit te tillen.

LITERATUUR

1. Mayer KU, Baltes PB. *What do we know about aging? Conclusions from the Berlin aging study*. In: Baltes PB & Mayer KU (eds) *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001, p. 521.
2. *Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; publicatienr. 2009/07.
3. *Kampen C van. Kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP, 2011; volgnummer. 2011-10.

Correspondentieadres
cmpm.hertogh@vumc.nl

NFACTOR

Resource® SeniorActiv
speciaal ontwikkeld voor ouderen



Resource®



Resource® SeniorActiv

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

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

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

De voeding die het verschil kan maken!

Diëtvoeding voor medisch gebruik - Gebruiken onder medisch toezicht.

* voor verdere achtergrond informatie kunt u zich wenden tot:

Nestlé Health Science, Hoevestein 36G, 4903 SC Oosterhout
Tel. : 0162 468 488
www.NestleHealthScience.nl

 Nestlé Health Science

Evidence voor de effectiviteit van CGA toegepast op geriatrische ziekenhuizen

Jos Konings

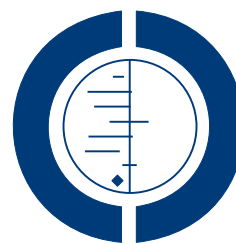
Een van de hoekstenen van de moderne geriatrie is de comprehensive geriatric assessment (CGA). CGA kan gedefinieerd worden als een multidisciplinair diagnostisch proces gericht op het in kaart brengen van medische, functionele, psychologische en sociale beperkingen van kwetsbare ouderen met als doel om te komen tot een geïntegreerd zorgplan en een follow-up voor de langere termijn. Het betreft de al jaren gangbare methode van werken van klinisch geriaters en specialisten ouderengeneeskunde.

Doel van het onderzoek van Ellis et al was het evalueren van het effect van CGA in het ziekenhuis in aansluiting aan acute opnames van ouderen. De auteurs selecteerden uit 28.843 artikelen uiteindelijk 22 relevante RCT's met informatie over 10.315 deelnemers van 65 jaar en ouder uit zes verschillende landen. Er werden uitsluitend RCT's geselecteerd waarin CGA werd vergeleken met de conventionele zorg, zoals die gegeven werd op een gewone, dat wil zeggen een niet speciaal geriatrische, ziekenhuisafdeling. Wel werd binnen de CGA-groep onderscheid gemaakt tussen CGA toegepast op speciale geriatrische afdelingen en CGA toegepast door mobiele geriatrische teams op gewone ziekenhuis-afdelingen.

De geselecteerde studies waren nogal heterogeen in kwaliteit. In sommige trials lag de nadruk vooral op functionele en/of cognitieve aspecten. De primaire uitkomstmaten waren: overlijden, opgenomen in een instelling of thuiswonend. Als secundaire uitkomstmaten werden onder meer gehanteerd: ADL-scores, cognitie, functionele achteruitgang, voorzieningengebruik en heropnames in het ziekenhuis. Significant meer ouderen die CGA ondergingen overleefden de ziekenhuisopname en keerden terug naar hun eigen huis. De overleving na ziekenhuisopname was bovendien hoger in de CGA-groep en er was in deze groep minder functionele en cognitieve achteruitgang. Deze effecten werden consistent aangetoond bij de ouderen die CGA ondergingen op geriatrische ziekenhuisafdelingen. Echter niet bij de ouderen die CGA ontvingen van mobiele geriatrische teams op gewone ziekenhuisafdelingen. Vooral dit laatste verschil is opmerkelijk en vraagt om nadere bestudering. De vraag is of de min of meer vanzelfsprekende multidisciplinaire benadering en samenwerking in combinatie met de houding van het personeel op geriatrische afdelingen, met als gevolg vol-continue geriatrische zorg, dit verschil bepaald heeft.

Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review)

Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D



THE COCHRANE
COLLABORATION®

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2011, Issue 7

<http://www.thecochranelibrary.com>



WILEY
Publishers Since 1807

Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review)
Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

In de verschillende trials waren ook gegevens over de financiële kosten opgenomen. Deze bleken echter lastig vergelijkbaar en zijn niet in de meta-analyse opgenomen. De meeste verschillen in kosten hadden betrekking op verschillen in opnameduur en diagnostische procedures. CGA leek in enkele studies tot een reductie in de kosten te leiden. Wanneer ook rekening gehouden zou worden met de kosten van bijvoorbeeld verpleeghuisopname na ziekenhuisopname zouden de financiële voordelen weleens aanzienlijk groter kunnen zijn.

Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospitals: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011;343:d6553 doi:10.1136/bmj.d6553.

Correspondentieadres
jkonings@zuweezorg.nl

Een screenings-ECG

Bij elke opname in het verpleeghuis?*

Dr. Wouter de Ruijter, huisarts en senior onderzoeker, Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Public Health en Eerstelijns-geneeskunde

* Dit artikel is een bewerking van de boekbijdrage van de auteur naar aanleiding van zijn presentatie in september 2011 op het Boerhaave symposium 'Vorderingen in het specialisme ouderengeneeskunde'.

INLEIDING

Volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid waren er in 2004 in Nederland 61.000 personen woonachtig in een verpleeghuis. De gemiddelde ligduur was 2,8 jaar. Dat betekent globaal 20.000 opnames per jaar in een verpleeghuis. De gemiddelde leeftijd in het verpleeghuis was destijds 82 jaar, en 80% van de bewoners was ouder dan 75 jaar. Door extramuralisatie van verpleeghuiszorg zijn deze cijfers inmiddels gedateerd. Uit recente CBS-cijfers wordt duidelijk dat het aandeel 80-plussers dat in een verpleeg- of verzorgingstehuis woont tussen 2000 en 2010 gedaald is van 20 naar 14%. Ook in absolute zin is het aantal bewoners gedaald, ondanks de vergrijzing. Deze cijfers betreffen de samengevoegde verpleeg- en verzorgingshuizen, waar deze trend min of meer in gelijke mate zichtbaar is. Toch worden jaarlijks nog grote aantallen mensen in het verpleeghuis opgenomen. Dit zijn merendeels (zeer) oude mensen. In sommige zorginstellingen wordt bij opname routinematig nader aanvullend onderzoek gedaan, bijvoorbeeld een electrocardiogram (ECG). Dit past goed in de huidige 'meten is weten'-cultuur, maar toch zijn er kritische kanttekeningen te plaatsen bij het routinematig maken van een ECG bij alle patiënten die opgenomen worden in een verpleeghuis. In deze bijdrage worden de voor- en nadelen van ECG-screening bij (zeer) oude mensen behandeld en wordt een leidraad geformuleerd voor de dagelijkse praktijk.

DE VRAAGSTELLINGEN

Al in 1968 beschreven Wilson en Jungner in een rapport van de WHO de criteria waaraan screening moet voldoen.¹ Zonder uitpuittend te zijn betreft het dan zaken als: gaat het om een belangrijk gezondheidsprobleem? Is er een aanvaarde behandeling? Is er een herkenbaar latent stadium? Hoe is het natuurlijk beloop? Is duidelijk wie er ziek zijn en wie niet? Is er een aanvaardbare test? Is er sprake van kosteneffectiviteit? Wanneer deze vragen toegepast worden op het fenomeen 'een screenings-ECG bij elke opname in het verpleeghuis', dan rijzen de volgende specifieke vragenstellingen:

- 1 Wat zijn de belangrijkste ECG-afwijkingen die bij zeer oude mensen op het ECG worden gezien?

- 2 Wat is de prognose daarvan? En: wat is de prognose van de afwezigheid daarvan?
- 3 Wat zijn de testeigenschappen van het ECG op zeer hoge leeftijd (fout-positieven en fout-negatieven!)?
- 4 Welke therapeutische consequenties hebben deze ECG-afwijkingen?
- 5 Zijn deze consequenties zinvol ten aanzien van voor oude mensen relevante eindpunten, met name morbiditeit en functioneren?
- 6 Is ECG-screening kosteneffectief?

In het betoog hierna komt eerst vraag 1 aan bod. Daarna worden aan de hand van de meest voorkomende ECG-diagnosen de vragen 2 t/m 5 belicht. Dit leidt tot een kritische evaluatie van de (on)zin van het routine-ECG bij elke verpleeghuisopname.

DE BELANGRIJKSTE ECG-AFWIJKINGEN

Het antwoord op deze vraag kan afgeleid worden uit de Leiden 85-plus Studie. Dit was een prospectieve, observationele studie van alle mensen uit het geboortecohort 1912-1914 die op hun 85e verjaardag in de gemeente Leiden woonachtig waren. Van de 705 mensen die het betrof deden er 599 mee (87%). Een representatief beeld van de algemene populatie. Al deze mensen werden vanaf hun 85e jaar jaarlijks thuis bezocht voor interviews, testen en bloedafname. Bij 566 van hen werd ook een ECG gemaakt. Bovendien werd hun huisarts of specialist ouderengeneeskunde jaarlijks gevraagd naar medische informatie en was van iedereen een compleet medicatieoverzicht beschikbaar. Wat was er nu allemaal te zien op die 566 ECGs (zie tabel 1)?²

Samengevat gaat het voornamelijk om ischemische afwijkingen, zoals een oud myocardinfarct (MI) en ritme- en geleidingsstoornissen, zoals atriumfibrilleren (AF). Verder voldoet 10% van de 85-jarigen aan de criteria voor linker-ventrikelhypertrofie.

EEN OUD MYOCARDINFARCT (MI)

Afhankelijk van de gebruikte diagnostische criteria heeft 9-18% van de 85-jarigen een oud myocardinfarct op het ECG (tabel 1). Bij toepassing van de minder strikte crite-

ECG afwijking	N	%
Oud myocardinfarct	52§ (104#)	9§ (18#)
Repolarisatiestoornissen (ST-T afw.)	238	42
Atriumfibrilleren	56	10
AV-geleidingsstoornissen	63	11
Bradycardie < 60/min	99	18
Intraventriculaire geleidingsstoornissen	210	37
Linkerventrikel hypertrofie	59	10
Volledig normaal ECG	107	19

§ 'smalle' definitie: Minnesota codes 1-1, 1-2 (excl. 1-2-8) op het ECG
'ruime' definitie: Minnesota codes 1-1, 1-2 (excl. 1-2-8) of 1-3 op het ECG

Tabel 1. ECG-afwijkingen bij 566 ouderen van 85 jaar uit de algemene populatie.

ria is daar een aantal fout-positieven te betreuren: mensen die geen MI hebben gehad, maar bij wie het ECG dit toch aangeeft. Net als bij de verouderende huid neemt het aantal 'rimpels op het ECG' ook toe met de leeftijd en het blijkt steeds lastiger om daar de echte MIs in te herkennen. Dit geeft een verhoogde kans op fout-positieven. Andersom geldt: de afwezigheid van een MI op het ECG garandeert helemaal niet dat er geen MI is geweest in het verleden. Allereerst zijn er de MIs die geen ST-elevatie hebben laten zien en bij wie vaak geen pathologische Q is ontstaan (NSTEMIs). Daarnaast, bij velen onbekend, is er het fenomeen 'verdwijnen van Q-golven na een MI', dat al in 1967 in The Lancet werd beschreven bij circa 1 op de 20 infarcten met aanvankelijk een pathologische Q-golf.³

Kort gezegd: wij hebben te maken met een suboptimale sensitiviteit (fout-negatieven) en specificiteit (fout-positieven). Jammer genoeg helpt het verhaal van de patiënt zelf maar ten dele, want niet iedereen weet zich op zijn of haar 85e jaar goed te herinneren of er nu wel of niet een MI geweest is. En in het dossier van de huisarts dan? De huisartsen gaven in de Leiden 85-plus populatie aan dat n=57 deelnemers een MI hadden doorgemaakt. Helaas was de overlap met de n=52 MIs op de ECGs bedroevend: n=16 (figuur 1). Over de oorzaken kunnen we in het licht van bovenstaande opmerkingen wel speculeren: enerzijds zijn daar de mogelijk 'stille' infarcten geweest, klinisch niet als

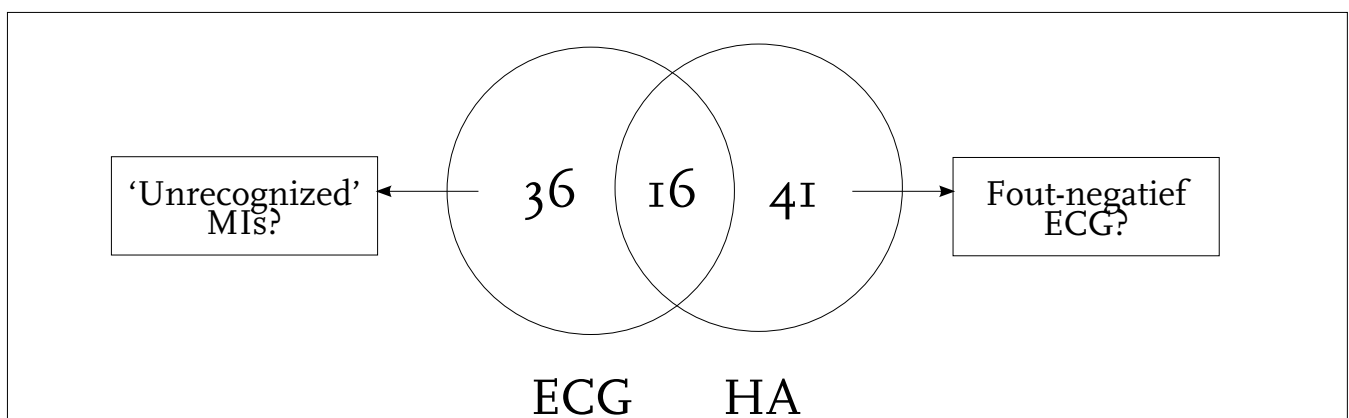
zodanig herkend, maar door het ECG wel opgepikt. Anderzijds spelen factoren als het verdwijnen van Q-golven en misclassificatie (een 'fout-positieve HA-diagnose') een rol bij de 'fout-negatieve' ECGs.

Wat de vergelijking met het dossier van de huisarts verder uitwees is dat bij de 85-jarigen die nog niet bekend waren met cardiovasculaire aandoeningen (n=282) door het screenings-ECG bij 29 personen (10%) hetzij AF, hetzij een oud MI werd vastgesteld.⁴

Een volgende vraag is: is een oud MI op een ECG op hoge leeftijd nog relevant? Voor mortaliteit gold in dezelfde Leiden 85-plus Studie dat de sterftekans voor patiënten met een oud MI 1.7 keer verhoogd was (95% betrouwbaarheidsinterval 1.2-2.2), en voor cardiovasculaire sterfte zelfs 2.5 keer (95% BI 1.6-3.8). Relevant dus. Voor functioneren was dat alweer veel minder het geval: de cognitie, zelfredzaamheid en depressieve klachten waren zowel op baseline als gedurende de vijf jaar follow-up niet verschillend tussen patiënten met en zonder MI op het baseline-ECG.

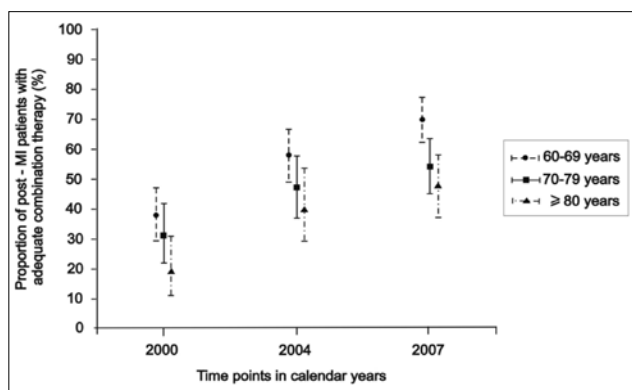
Net als bij de verouderende huid neemt het aantal 'rimpels op het ECG' ook toe

Ten slotte: de therapeutische consequenties. In beginsel hebben patiënten met een oud MI volgens de huidige richtlijnen quadruple therapie, ongeacht leeftijd: statine, aspiri-



Figuur 1. Overlap tussen ECG-diagnose myocardinfarct (n=52) en HA-dossier-diagnose myocardinfarct (n=57) in de Leiden 85-plus-studie bij 566 85-jarige deelnemers.

ne, bètablokker en ACE-remmer. Wanneer de patiënt die in het verpleeghuis wordt opgenomen op het screenings-ECG een oud MI blijkt te hebben, dan weet u dus wat u volgens de richtlijnen zou moeten doen. Als het nog niet al gedaan is. Geneeskunst is gelukkig méér dan het volgen van richtlijnen en het is dus maar de vraag of u dat bij elke opgenomen patiënt met een MI ook daadwerkelijk zult doen. Nog los van de vraag wat uw patiënt daar zelf van vindt. Zeker is dat in 2007 bij 80-plussers uit de algemene populatie met een MI in de voorgeschiedenis maar 50% adequate secundaire preventie kreeg voorgeschreven (minimaal drie uit de vier genoemde middelengroepen), tegenover 70% van de 60-70 jarigen (figuur 2).⁵



Figuur 2. Percentage post-myocardinfarctpatiënten dat met minstens 3 van de 4 geïndiceerde secundair preventieve middelen werd behandeld, gestratificeerd naar leeftijdscategorie, in de jaren 2000, 2004 en 2007.

In dat opzicht is er dus nog ruimte voor verbetering bij de alleroudsten. Het is daarbij nog maar de vraag of recent opgenomen verpleeghuisbewoners daarvoor de geëigende kandidaten zijn, rekening houdend met hun mogelijk verkorte levensverwachting en de tijd die het duurt voordat optimale secundaire preventie ook werkelijk een verschil zal maken (mogelijk pas na 1-2 jaar gebruik als het gaat om statines bijvoorbeeld). Dit vraagt om maatwerk, en wanneer het instellen van volledige secundaire preventie bij voorbaat ongewenst is, dan heeft het vaststellen van een oud MI op een screenings-ECG feitelijk maar betrekkelijke waarde.

ATRIUMFIBRILLEREN (AF) OP HET SCREENINGS-ECG BIJ OUDEREN

Bij atriumfibrilleren spelen er andere facetten een rol. Wat betreft de diagnose AF: dit is een ECG-diagnose. Dat betekent: het is er wel of het is er niet en daarbij zijn sensitiviteit en specificiteit van het ECG heel hoog: vrijwel geen fout-negatieven en -positieven. Het probleem zit hier meer in het paroxysmale karakter van de aandoening: in de literatuur worden getallen gegeven die uiteenlopen van 35-66% van alle gevallen van AF die een paroxysmaal karakter zouden hebben. Na het 70^e jaar wordt de proportie echter kleiner en is er vaker sprake van persistent of permanente AF. Screening op AF wordt nochtans niet aanbevolen, ondanks het feit dat bijvoorbeeld ook in de Leiden 85-plus Studie 23

van de 56 patiënten (41%) met AF bij de huisarts niet als zodanig bekend waren.⁶ Niet verwonderlijk dat maar 7 van deze 23 patiënten hetzij aspirine hetzij orale anticoagulantia gebruikten, en 16 dus niet. Voor patiënten met AF in deze studie die geen orale antistolling gebruikten (n=47) gold dat binnen vijf jaar negen mensen (20%) een fataal of niet-fataal CVA hebben gekregen. Dit verhoogde risico op een CVA bij patiënten met AF wordt sterk gereduceerd door het gebruik van orale anticoagulantia en, zij het in veel mindere mate, aspirine. Het CVA-risico is vooral verhoogd bij patiënten met concomitant hartfalen, hypertensie, leeftijd >75, diabetes of een eerder CVA (de zogenaamde 'CHADS₂-score').

Het vaststellen van AF op een ECG leidde in de Leiden 85-plus Studie overigens tot een 1,5 keer verhoogd sterfterisico (95% BI 1.2-2.0) en een verdubbeling van het risico op cardiovasculaire sterfte (95% BI 1.3-3.0). Kijkend naar functioneren was in deze studie ook een versnelde achteruitgang waar te nemen bij de AF-patiënten voor cognitie, zelfredzaamheid en depressieve klachten.²

CONCLUSIE

Het opsporen van mensen met AF is waarschijnlijk zinvol tot op hoge leeftijd, en misschien wel *juist* op hoge leeftijd. De vraag is of een screenings-ECG bij alle opnames daar een juist instrument voor is, of dat de voorkeur moet worden gegeven aan opportunistische screening: wanneer u een irregulaire pols vaststelt, dan ook een ECG laten maken. In de grote Birmingham Atrial fibrillation in the Aged-trial (BAFTA) zijn beide screeningswijzen met elkaar vergeleken. Daar werd deze laatste methode als superieur aangemerkt.⁷ En, daaraan gekoppeld, wanneer u AF vaststelt op het ECG, dan luidt het huidige voorschrift dat u ook orale anticoagulantia voorschrijft, tenzij u gegronde redenen heeft om dat niet te doen, en die zijn er minder vaak dan u denkt! Ter illustratie het 'vooordeel' over het risico op intracraniale bloedingen door valpartijen: een oudere patiënt met AF moet in één jaar maar liefst 295 keer vallen om het risico op een cerebrale bloeding te kunnen laten opwegen tegen de winst van behandeling met orale anticoagulantia. De Zwitserse collega Perrenoud schreef twee zeer lezenswaardige overzichtsartikelen betreffende AF bij ouderen.⁸

WAT VERDER OPVALT

Opvallend is dat toch altijd nog zo'n 19% een volledig blanco ECG heeft. Een niet afwijkend ECG vormt een mooi uitsluitcriterium wanneer patiënten verdacht worden van hartfalen. Immers, een normaal ECG sluit hartfalen vrijwel uit. De vraag is of dit informatie is waar bij opname in een verpleeghuis behoefte aan is bij ontbreken van specifieke klachten in die richting. Bij de AV-geleidingsstoornissen (n=63) was er géén met een totaal of 3^e graads AV-blok, het overgrote deel betrof 1^e graads AV-blokken zonder klinische consequenties.

Ten slotte geldt voor LVH dat er ook op middelbare leef-

tijd veel discussie is over de diagnostische ECG-criteria, de gebrekkige correlatie met echocardiografische bevindingen en de betekenis van LVH, dat klassiek gerelateerd wordt aan (onvoldoende behandelde) hypertensie. Van de 59 mensen met LVH in de Leiden 85-plus Studie was inderdaad meer dan de helft bij de behandelend arts bekend met hypertensie, terwijl dit bij mensen zonder LVH (n=507) ruim een derde was. De behandeling van hoge bloeddruk bij ouderen valt echter buiten het bestek van deze bijdrage.⁹

WAT MOET IK NU IN DE PRAKTIJK?

Zoals bij elke diagnostische test geldt: maak uzelf vertrouwd met de testeigenschappen ervan. En dat geldt nog sterker wanneer u die test niet gericht bij klachten of symptomen inzet, maar systematisch bij elke opname. Anders gezegd: hoeveel fout-negatieven en fout-positieven zullen het gevolg zijn van systematische toepassing van het ECG bij opname, variërend met de verschillende afwijkingen die op een ECG zijn vast te stellen? En welke gevolgen heeft dat voor die patiënten? Een tweede advies luidt: bedenk vooraf welke therapeutische consequenties u beoogt te verbinden aan eventuele ECG-afwijkingen, en vraag u af of uw patiënt hiermee werkelijk geholpen is.

TEN SLOTTE

Wanneer een screenings-ECG geen duidelijk doel dient, dan zijn de euro's die eraan besteed worden waarschijnlijk veel beter te gebruiken. Al het bovenstaande afwegende luidt het globale advies: systematische ECG-screening: nee. Opportunistisch ECG-screening: ja, bij irregulaire pols. Want bij een nieuw gediagnosticeerde patiënt met AF kunt u werkelijk wat betekenen in de vorm van het voorschrijven van orale anticoagulantia, en mogelijk in de toekomst de (veel) 'gebruiksvriendelijkere' nieuwe antithrombotica. En natuurlijk: individuele omstandigheden van opgenomen verpleeghuisbewoners kunnen de balans anders doen doorslaan. Deze terughoudendheid met routinematige ECGs bij opname is conform een recente review ten behoeve van de United States Preventive Services Task Force, waarin geconcludeerd

wordt dat 'clinici, gegeven de persisterende afwezigheid van bewijs, het maken van een screenings- of inspannings-ECG niet zouden moeten doorvoeren in hun dagelijkse praktijk, tenzij in de context van een wetenschappelijk onderzoek'.¹⁰

LITERATUUR

1. Wilson JMG et al. *Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers nr 34. Geneva: WHO, 1968.*
2. Ruijter W de et al. *The routine electrocardiogram for cardiovascular risk stratification in old age: The Leiden 85-plus Study. J Am Geriatr Soc 2007;55:872-7.*
3. Cox CJ. *Return to normal of the electrocardiogram after myocardial infarction. Lancet 1967;1:1194-7.*
4. Ruijter W de et al. *The additional value of routine electrocardiograms in cardiovascular risk management of older people. Scand J Prim Health Care 2008;26:147-53.*
5. Ruijter W de et al. *Time trends in preventive drug treatment after myocardial infarction in older patients. Br J Gen Pract 2010;60:47-9.*
6. Boode BSP et al. *NHG Standaard Atriumfibrilleren (eerste herziening). Huisarts Wet 2009;52(13):646-63.*
7. Fitzmaurice DA et al. *Screening versus routine practice in detection of atrial fibrillation in patients aged 65 or over: cluster randomized trial. BMJ 2007;25:383-8.*
8. Perrenoud JJ. *Atrial fibrillation (deel 1 en 2). Eur Geriatr Med 2011, doi:10.1016/j.eurger.2010.11.009 en 2010.12.003.*
9. Ruijter W de. *Bloeddruk bij ouderen: mag het een tikje hoger zijn? In: Vordering en Praktijk 2010, Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde (red.), LUMC.*
10. Chou R et al. *Screening asymptomatic adults with resting or exercise electrocardiography: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2011;155:375-85.*

Correspondentieadres
w.de_ruijter@lumc.nl

SAMENVATTING

Het routinematig maken van een ECG bij opname van (merendeels zeer oude) patiënten is in sommige verpleeghuizen gebruikelijk. Het is de vraag of dit volgens de huidige stand van de wetenschap leidt tot betere zorg en verhoging van kwaliteit van leven. De aandoeningen met de hoogste prevalentie in de algemene populatie van oudste ouderen zijn 'ischemische afwijkingen' en 'ritmestoornissen', meer specifiek een 'oud myocardinfarct (9%)' en 'atriumfibrilleren (10%)'. De diagnose oud myocardinfarct wordt bemoeilijkt door zowel fout-positieve als fout-negatieve ECG-bevindingen. Een doorgemaakt myocardinfarct is in beginsel indicatie voor viervoudige secundaire preventie met antithrombotica, statine, bètablokker en ACE-remmer. Wanneer deze state-of-the-art secundaire preventie bij voorbaat op bezwaren stuit, is de

meerwaarde van de ECG-diagnose oud myocardinfarct beperkt. Het opsporen van atriumfibrilleren daarentegen heeft juist bij ouderen grote waarde gezien de therapeutische consequenties in de vorm van orale antistolling, waarmee het risico op een secundair CVA drastisch afneemt. Opportunistische screening op atriumfibrilleren, dat wil zeggen indien de patiënt een irregulaire pols heeft wordt een ECG gemaakt, heeft daarbij de voorkeur boven systematische ECG-screening.

Concluderend: het systematisch maken van een screenings-ECG bij opname in een verpleeghuis wordt niet geadviseerd. Het maken van een ECG indien de pols irregulair is wordt wél aanbevolen ter opsporing van atriumfibrilleren.

De Tilburg Frailty Indicator

Validiteit en betrouwbaarheid

Dr. Robbert J.J. Gobbens, senior onderzoeker verbonden aan het Lectoraat Samenhang in de Ouderenzorg van de Hogeschool Rotterdam en Tranzo, Tilburg University

Dr. Marcel A.L.M. van Assen, universitair docent bij het Department of Methodology and Statistics, van de Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University

INLEIDING

Fragiliteit (in het Engels 'frailty') is een concept dat zowel in de wetenschap als in de praktijk volop in de belangstelling staat. Dat is niet zo verwonderlijk. Er komen immers steeds meer fragiele ouderen. Het Sociaal Cultureel Planbureau voorspelt dat het aantal fragiele ouderen de komende twintig jaar zal stijgen met 300.000.¹ Fragiele ouderen lopen een verhoogd risico op beperkingen in het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen.² Ook hebben zij in vergelijking met niet-fragiele ouderen een hogere kans op een ziekenhuis-³ of verpleeghuisopname,³ vroegtijdig overlijden² en is hun kwaliteit van leven lager.⁴ Het is dus van belang dat fragiele ouderen vroegtijdig worden opgespoord, zodat getracht kan worden fragiliteit te verminderen of genoemde ongewenste gevolgen van fragiliteit uit te stellen of te voorkomen.

Voor het opsporen van fragiliteit is een meetinstrument nodig. Voordat een meetinstrument in de praktijk gebruikt kan gaan worden, dienen eerst de psychometrische eigenschappen (validiteit, betrouwbaarheid) ervan onderzocht te worden. Dit artikel doet verslag van onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de Tilburg Frailty Indicator (TFI). Voordat hiervan verslag wordt gedaan geven we onze definitie van fragiliteit waarop de TFI is gebaseerd.

EEN INTEGRALE DEFINITIE

De wetenschappelijke literatuur bevat veel definities van fragiliteit.⁵ De meeste van deze definities zoomen uitsluitend in op het lichamenlijk functioneren van de mens. Een voorbeeld van een dergelijke definitie is de volgende veel geciteerde definitie: *'Fragiliteit is een biologisch syndroom waarbij sprake is van een verminderde reserve en weerstand tegen stressoren, dat het resultaat is van dalingen van diverse fysiologische systemen, en dat vatbaarheid voor ongewenste uitkomsten veroorzaakt'*.²

Aangezien wij enigszins bevreesd zijn dat een smalle definitie van fragiliteit aanzet tot fragmentatie van zorg en wij bovendien van mening zijn dat het totale functioneren van fragiele ouderen belicht moet worden, hebben wij de volgende definitie van fragiliteit voorgesteld: *'Fragiliteit is een*

dynamische toestand waarin een individu verkeert die tekorten heeft in één of meerdere domeinen van het menselijk functioneren (lichamelijk, psychisch, sociaal), die onder invloed van een diversiteit aan variabelen wordt veroorzaakt en die de kans op het optreden van ongewenste uitkomsten vergroot'.⁵

Deze definitie is tot stand gekomen op basis van literatuuronderzoek en het raadplegen van experts op het gebied van fragiliteit.⁵ Op deze wijze is ook onze operationele definitie van fragiliteit ontwikkeld.⁶ Deze bestaat uit vijftien componenten. Acht componenten vallen onder lichamenlijke fragiliteit, namelijk: onbedoeld gewichtsverlies, moeilijkheden met lopen, kracht in de handen, lichamenlijk actief zijn, lichamenlijke moeheid, evenwicht en gehoor- en gezichtsproblemen. Cognitie, depressieve symptomen, angst en coping verwijzen naar psychische fragiliteit en sociale fragiliteit omvat de componenten alleenwonend, sociale relaties en sociale steun.

DE TILBURG FRAILTY INDICATOR

De TFI is een gebruiksvriendelijke vragenlijst die door ouderen zelf kan worden ingevuld. De vragenlijst bestaat uit twee delen, deel A en deel B (zie tabel 1).⁷ Deel A bevat tien vragen over determinanten van fragiliteit, namelijk leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, etniciteit, gevolgd opleiding, inkomen, leefstijl, comorbiditeit, levensgebeurtenissen en woonomgeving. Deel B bevat vijftien vragen over de hierboven genoemde componenten van fragiliteit. Aan de hand van de score op de items van deel B kan worden bepaald of een oudere fragiel is. Elf items van deel B hebben twee antwoordcategorieën, namelijk 'ja' en 'nee' en vier items hebben drie antwoordcategorieën, namelijk 'ja', 'soms' en 'nee'. Voor het berekenen van de fragiliteitscore worden deze vier laatste items gedichotomiseerd (zie tabel 1). De maximale score die behaald kan worden is vijftien: voor lichamenlijke fragiliteit acht, voor psychische fragiliteit vier en voor sociale fragiliteit drie. Deze scores geven de hoogste niveaus van fragiliteit weer. In de praktijk kunnen zowel de totaalscore op fragiliteit als ook de scores op de drie domeinen afzonderlijk worden gebruikt.

B1 Lichamelijke componenten			
11. Voelt u zich lichamelijk gezond?	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nee
12. Bent u de afgelopen periode veel afgevallen zonder dit zelf te willen? (Veel is 6 kg of meer in de afgelopen 6 maanden of 3 kg of meer in de afgelopen maand.)	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nee
Heeft u problemen in het dagelijks leven door:			
13. ...slecht lopen?	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nee
14. ...het slecht kunnen bewaren van uw evenwicht?	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nee
15. ...slecht horen?	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nee
16. ...slecht zien?	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nee
17. ...weinig kracht in uw handen?	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nee
18. ...lichamelijke moeheid?	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nee
B2 Psychische componenten			
19. Heeft u klachten over uw geheugen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> soms	<input type="radio"/> nee
20. Heeft u zich de afgelopen maand somber gevoeld?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> soms	<input type="radio"/> nee
21. Heeft u zich de afgelopen maand nerveus of angstig gevoeld?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> soms	<input type="radio"/> nee
22. Kunt u goed omgaan met problemen?	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nee
B3 Sociale componenten			
23. Woont u alleen?	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nee
24. Mist u wel eens mensen om u heen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> soms	<input type="radio"/> nee
25. Ontvangt u voldoende steun van andere mensen?	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nee
Score onderdeel B: range van 0 tot 15			
Vragen 11, 22, 25: Vragen 12 t/m 18, 23: Vraag 19: Vraag 20, 21, 24: Afkappunt totaalscore fragiliteit: ≥ 5	ja = 0, nee = 1 nee = 0, ja = 1 nee/soms = 0, ja = 1 nee = 0, ja/soms = 1		

Tabel 1. De Tilburg Frailty Indicator (TFI), onderdeel B Componenten van fragiliteit.⁷

INHOUDSVALIDITEIT VAN DE TFI

Het eerste concept van de TFI werd ontwikkeld op basis van eerder onderzoek. Dit concept werd voorgelegd aan deelnemers van twee geriatriecongressen in 2008 (n=47; n=44). Zij vertegenwoordigden verschillende disciplines zoals geneeskunde, verpleegkunde en maatschappelijk werk. Aan de deelnemers vroegen wij of zij vonden dat er essentiële componenten van fragiliteit in de TFI ontbraken. Op basis van hun op- en aanmerkingen hebben wij de TFI aangepast. Wij voegden acht determinanten en één component (coping) toe. Ook vervingen wij zes open vragen door gesloten vragen. Een extra antwoordcategorie 'soms' werd toegevoegd aan drie vragen in het psychische domein (vragen 19-21) en één vraag in het sociale domein (vraag 24). Het tweede concept van de TFI werd voorgelegd aan mensen van 75 jaar en ouder (n=33). Hun reacties vormden geen aanleiding de TFI aan te passen. Zij vonden dat de vragen duidelijk waren en zij misten geen essentiële componenten.

BETROUWBAARHEID VAN DE TFI

Om de betrouwbaarheid en de constructvaliditeit van de TFI te bepalen werd een dwarsdoorsnedeonderzoek uitgevoerd onder twee representatieve steekproeven (steekproef 1, n=245; steekproef 2, n=234) van zelfstandig wonende ou-

deren (75 jaar en ouder), woonachtig in de Gemeente Roosendaal.⁷ Deze gemeente bestaat uit zes kernen, waarvan de stad Roosendaal de meeste inwoners telt (ruim 67.000 in juni 2011).

De test-hertest betrouwbaarheid van de TFI was goed voor een periode van twee weken; de (Pearsons-)correlatiecoëfficiënt was 0,90 voor fragiliteit, 0,87 voor het lichamenlijk domein, 0,77 voor het psychisch domein en 0,86 voor het sociaal domein. De test-hertest betrouwbaarheid van de TFI was ook goed voor een periode van één jaar; Pearsons *r* was 0,76 voor fragiliteit, 0,78 voor het lichamenlijk domein, 0,67 voor het psychisch domein en 0,76 voor het sociaal domein. De interne consistentie van de TFI, uitgedrukt in Cronbach's alpha, was 0,73. Dat is voldoende. Meestal wordt 0,70 als ondergrens aangehouden.

CONSTRUCTVALIDITEIT VAN DE TFI

De constructvaliditeit van een meetinstrument is goed indien het meetinstrument zowel sterk samenhangt met andere meetinstrumenten die geacht worden hetzelfde te meten (convergentie), als zwak of niet samenhangt met meetinstrumenten die iets anders meten (divergentie). Componenten behorend tot het lichamenlijk domein

van fragiliteit werden gemeten met de volgende gevalideerde vragenlijsten en fysieke testen: de LASA Physical Activity Questionnaire (LAPAQ),⁸ de Shortened Fatigue Questionnaire (SFQ),⁹ de Timed Up & Go (TUG) test¹⁰ en de Four test balance scale.¹¹ Ook werd de handknijptest met behulp van de Martin vigorimeter uitgevoerd en werd de Body Mass Index (BMI) bepaald. De LAPAQ vraagt respondenten hoe vaak en hoe lang zij in de twee weken voorafgaand aan het interview hebben gewandeld, gefietst, gesport en lichte en zware huishoudelijke activiteiten hebben uitgevoerd. De SFQ is een eenvoudig te gebruiken instrument ter bepaling van de intensiteit van de lichamelijke vermoeidheid. De TUG-test meet de tijd die de respondent nodig heeft om op te staan van een stoel, drie meter te lopen en terug te keren naar de stoel. De Four test balance scale omvat vier posities die de respondent aan moet nemen. In deze studie werd aan de respondenten gevraagd drie posities aan te nemen (parallele stand, semi-tandem stand, tandem stand). De meting van de handknijpkracht werd driemaal verricht bij de sterkste hand van de respondent. De hoogste uitslag werd gebruikt.

Om de componenten van het psychisch domein van fragiliteit te meten gebruikten we vier gevalideerde vragenlijsten: de Mini-Mental State Examination (MMSE),¹² de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D),¹³ de Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety subscale (HADS-A)¹⁴ en de Mastery Scale (MAS).¹⁵ De MMSE beoordeelt diverse dimensies van het cognitief functioneren (geheugen, oriëntatie in tijd en plaats, registratie, aandacht en taal). De 20-item versie van de CES-D werd gebruikt om depressie te meten. Angst werd vastgesteld door gebruik te maken van de HADS-A (zeven items). Coping werd bepaald aan de hand van een korte 5-item versie van de MAS.

De eenzaamheidschaal¹⁶ en de sociale steunlijst¹⁷ namen we af voor de componenten van het sociale domein van fragiliteit. Problemen met sociale relaties werd bepaald met de 11-item eenzaamheidschaal. De mate waarin mensen sociale steun ervaren werd vastgesteld met een korte versie 6-item versie van de SSL. Deze items hadden betrekking op: alledaagse emotionele ondersteuning, emotionele ondersteuning bij problemen, waarderingsteun, instrumentele ondersteuning, social companionship en informatieve ondersteuning.

Wij zijn vervolgens nagegaan in hoeverre de scores op deze vragenlijsten en fysieke testen correleerden met de scores op de drie domeinen van de TFI (lichamelijk, psychisch, sociaal). De convergente validiteit van lichamelijke en sociale fragiliteit was goed; de domeinen correleerden significant zoals we hadden verwacht met de geselecteerde vragenlijsten en testen. Psychische fragiliteit correleerde wel met drie gevalideerde schalen, maar

niet met de MMSE. De MMSE correleerde wel met fysieke fragiliteit, wat in overeenstemming is met andere studies die vonden dat fysieke fragiliteit samenhangt met lage cognitieve prestaties.^{18,19} De divergente validiteit was goed voor zowel lichamelijke, als psychische en sociale fragiliteit. Dat wil zeggen dat de correlaties van een domein van fragiliteit met de bijbehorende schalen sterker was dan de correlaties met de andere twee domeinen.⁷

Ook hebben wij de constructvaliditeit van de vijftien afzonderlijke vragen van de TFI (zie tabel 1) onderzocht door na te gaan hoe de scores op deze vijftien vragen afzonderlijk correleerden met de scores op de vragenlijsten en fysieke testen. De constructvaliditeit van de vijftien vragen van de TFI was goed, aangezien ze correleerden zoals verwacht met de gevalideerde vragenlijsten en testen.⁷

CRITERIUMVALIDITEIT VAN DE TFI

Voor het bepalen van de criteriumvaliditeit is zowel de gelijktijdige als predictieve validiteit van de TFI onderzocht. De criteriumvaliditeit is onderzocht door de voorspellende waarde van de TFI te bepalen voor de ongewenste uitkomsten beperkingen in (instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen ((I)ADL), ziekenhuisopname, huisartsbezoeken en het ontvangen van verzorging, verpleging en mantelzorg. Daartoe werd de TFI in 2008 afgenomen door de oudere mensen van steekproef 1 en 2. Bovendien werd in 2008 en 2010 bij deze mensen door zelfrapportage de ongewenste uitkomsten in kaart gebracht.

De gelijktijdige validiteit van de TFI was over het algemeen goed; fragiliteit correleerde hoog met beperkingen ((I)ADL) en redelijk hoog met huisartsbezoeken, het ontvangen van verzorging, verpleging en mantelzorg, maar niet met ziekenhuisopname. Fysieke fragiliteit correleerde wel zwak met ziekenhuisopname. De predictieve validiteit van de TFI bleek ook goed; fragiliteit voorspelde ook de ongewenste uitkomsten twee jaar later, zelfs ziekenhuisopname, al was de laatste samenhang zwak. Fysieke fragiliteit voorspelde alle uitkomsten op hetzelfde moment en twee jaar later. Psychologische fragiliteit deed dat ook, met uitzondering van ziekenhuisopname, al waren de samenhangen zwakker dan voor fysieke fragiliteit. Sociale fragiliteit hing zwak samen met de meeste ongewenste uitkomsten op hetzelfde moment, maar twee jaar later alleen met beperkingen ((I)ADL) en het ontvangen van verzorging.²⁰

De criteriumvaliditeit van de TFI hebben we ook bepaald door de 'area under the curve (AUC)' te berekenen van de ROC, waarbij voor de TFI het afkappunt vijf werd gehanteerd. De AUC met een betrouwbaarheidsinterval van 95 procent is vermeld in tabel 2, samen met de sensitiviteit en specificiteit van de TFI voor elke ongewenste uitkomst.

Ongewenste uitkomst	Sensitiviteit	Specificiteit	AUC (95% BI)
Beperkingen in (I)ADL 2008	0,84	0,76	0,86 (0,81-0,92)
Beperkingen in (I)ADL 2010	0,73	0,75	0,81 (0,75-0,87)
Huisartsbezoeken 2008	0,47	0,65	0,64 (0,52-0,76)
Huisartsbezoeken 2010	0,42	0,72	0,58 (0,47-0,70)
Ziekenhuisopname 2008	0,63	0,59	0,61 (0,51-0,71)
Ziekenhuisopname 2010	0,53	0,62	0,60 (0,51-0,69)
Ontvangen van verzorging 2008	0,91	0,63	0,85 (0,78-0,92)
Ontvangen van verzorging 2010	0,86	0,66	0,81 (0,74-0,88)
Ontvangen van verpleging 2008	0,87	0,61	0,77 (0,69-0,86)
Ontvangen van verpleging 2010	0,70	0,63	0,71 (0,61-0,82)
Ontvangen van mantelzorg 2008	0,71	0,63	0,74 (0,67-0,81)
Ontvangen van mantelzorg 2010	0,69	0,69	0,75 (0,68-0,82)

Tabel 2. De criteriumvaliditeit van de TFI.²⁰

Ten aanzien van zowel de gelijktijdige als de predictieve validiteit bleek de TFI volgens de AUC goed (>0,7) te zijn voor het voorspellen van beperkingen (I)ADL en het ontvangen van verzorging, verpleging en mantelzorg. De criteriumvaliditeit bleek middelmatig voor het voorspellen van de ongewenste uitkomsten opname in een ziekenhuis en het bezoeken van een huisarts.

Uit het onderzoek naar de criteriumvaliditeit bleek dat vooral lichamelijke fragiliteit de ongewenste uitkomsten verklaarde. Desalniettemin bleek uit multi-pele regressie- en logistische regressieanalyses dat zowel psychologische als sociale fragiliteit enkele ongewenste uitkomsten verklaarden na controle voor zowel het effect van fysieke fragiliteit als ook achtergrondvariabelen.²⁰

VERVOLGONDERZOEK EN IMPLICATIES

Verder wetenschappelijk onderzoek naar de TFI wordt aanbevolen. Wij hebben de TFI gevalideerd bij twee steekproeven onder zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar en ouder. De TFI is nog niet gevalideerd voor de populatie van ouderen die verblijven in een verzorgingshuis of ziekenhuis, en voor ouderen jonger dan 75 jaar. Ook wordt nader onderzoek aanbevolen naar de predictieve waarde van de TFI bij andere ongewenste uitkomsten zoals een verpleeghuisopname of vroegtijdige sterfte.

Met de TFI hebben zorgverleners zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten een gebruikersvriendelijk instrument in handen waarvan de betrouwbaarheid en de validiteit is bepaald. Het instrument kenmerkt zich door een integrale benadering van fragiliteit. Het stimuleert multidisciplinaire samenwerking tussen professionals werkzaam in de secto-

ren zorg en welzijn. Aangezien de zorg voor fragiele ouderen veelal complex van aard is, zal in de meeste gevallen één discipline onvoldoende zijn om te kunnen voorzien in de behoeften die fragiele ouderen hebben.

De TFI maakt duidelijk op welke componenten van fragiliteit oudere mensen problemen ervaren. Aan zorgverleners wordt geadviseerd naar aanleiding van de score op de TFI nader onderzoek te verrichten met gevalideerde schalen zoals de MMSE als mensen aangeven problemen te onderkennen met hun geheugen en de CES-D als het gaat om depressieve symptomen. Door snel te interveniëren kan dan mogelijk erger worden voorkomen.

De resultaten met betrekking tot de validiteit van de TFI verschaffen bewijs voor een integrale definitie van fragiliteit; een definitie waarbij naast aandacht voor het lichamenlijk functioneren, ook het psychisch en sociaal functioneren van oudere mensen in ogenschouw wordt genomen.

LITERATUUR

1. Campen C van. *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M146-156.
3. Deeg DJH, Puts MTE. *Kwetsbaarheid bij ouderen: predictor en gevolgen*. *Verpleegkunde*. 2008;23:12-23.
4. Bilotta C, Bowling A, Case A, et al. *Dimensions and correlates of quality of life according to frailty status: a cross-sectional study on community-dwelling older adults referred to an outpatient geriatric service in Italy*. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:56.

5. Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11:338-343.
6. Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Towards an integral conceptual model of frailty. *J Nutr Health Aging*. 2010;14:175-181.
7. Gobbens RJ, Assen MA van, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11:344-355.
8. Stel VS, Smit JH, Pluijm SM, Visser M, Deeg DJ, Lips P. Comparison of the LASA Physical Activity Questionnaire with a 7-day diary and pedometer. *J Clin Epidemiol*. 2004;57:252-258.
9. Alberts M, Smets EM, Vercoulen JH, Garssen B, Bleijenberg G. [‘Abbreviated fatigue questionnaire’: a practical tool in the classification of fatigue]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1997;141:1526-1530.
10. Podsiadlo D, Richardson S. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39:142-148.
11. Gardner MM, Buchner DM, Robertson MC, Campbell AJ. Practical implementation of an exercise-based falls prevention programme. *Age Ageing*. 2001;30:77-83.
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-198.
13. Radloff LS. The CES-D Scale: a Self-Report Depression Scale for Research in the General Population *Appl Psychol Measure* 1977;1:385-401.
14. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-370.
15. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav*. 1978;19:2-21.
16. Jong-Gierveld de J, Kamphuis FH. The Development of a Rasch-Type Loneliness scale. *Appl Psychol Measure*. 1985;9:289-299.
17. Sonderen E van. Het meten van sociale steun met de Sociale Steun Lijst Handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor gezondheidsvraagstukken, 1993.
18. Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1998;53:S9-16.
19. Gill TM, Williams CS, Richardson ED, Tinetti ME. Impairments in physical performance and cognitive status as predisposing factors for functional dependence among nondisabled older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1996;51:M283-288.
20. Gobbens RJ, Assen MA van, Luijkx KG, Schols JM. The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. *The Gerontologist*; doi: 10.1093/geront/gnr 135.

Correspondentieadres
gobry@hr.nl

SAMENVATTING

Het aantal fragiele ouderen zal de komende jaren toenemen. Aangezien fragiele ouderen een verhoogd risico hebben op beperkingen in het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en een verpleeg- of ziekenhuisopname is het van belang deze ouderen vroegtijdig op te sporen. De Tilburg Frailty Indicator (TFI) is een gebruiksvriendelijke vragenlijst die voor dit doel gebruikt kan worden. In een dwarsdoorsnedeonderzoek uitgevoerd onder twee representatieve steekproeven van zelfstandig wonende ouderen hebben we de betrouwbaarheid en de constructvaliditeit van de TFI bepaald. De vragen van de TFI correleerden met scores op gevalideerde vragenlijsten en fysieke testen. De criteriumvaliditeit van de TFI was goed voor het voorspellen van diverse ongewenste uitkomsten bij oudere mensen. Verder wetenschappelijk onderzoek naar de validiteit van de TFI in andere settings wordt aanbevolen. Zorgverleners hebben met de TFI een instrument in handen waarmee identificatie van fragiele ouderen gestalte kan krijgen.

SUMMARY

The coming years the number of frail elderly will increase. Since frail elderly have an increased risk on disability and institutionalization or hospitalization it is important to identify these older persons at an early stage. The Tilburg Frailty indicator (TFI) is a user-friendly questionnaire which can be used for this aim. A cross-sectional study was carried out using two representative samples of independently living elderly to assess the reliability and construct validity of the TFI. The questions of the TFI correlated with scores on validated questionnaires and physical tests. The criterion validity of the TFI was good for predicting several adverse outcomes by older people. Further research to assess the validity of the TFI in other settings is recommended. With the TFI health care professionals have an instrument to enable the identification of frail elderly.

Oud en der dagen zat: Gluren bij de buren

Zorggebruik en patiëntuitkomsten in Europese verpleeghuizen

Dr. Henriëtte G. van der Roest (onderzoeker) en dr. Dinnus H.M. Frijters (onderzoeker) VU medisch centrum, EMGO⁺ Instituut, afdeling Verpleeghuisgeneeskunde en ZorgDNA Utrecht

BUITENLAND

Het Europese 'Services and Health for the Elderly in Long TERm care' (SHELTER-)project biedt letterlijk en figuurlijk een kijkje bij de buren. Het doel van het in eind december 2011 afgesloten driejarige SHELTER-project was het valideren van de bruikbaarheid van het interRAI-Long Term Care Facilities (interRAI-LTCF)-instrument voor het meten van zorgbehoeften en zorggebruik van verpleeghuispatiënten in Europa.¹ Indien valide zouden kenmerken van patiënten, kwaliteit van door instellingen geleverde zorg, het zorggebruik en zorguitkomsten in verschillende landen met dit instrument eenduidig met elkaar te vergelijken zijn. Door gebrek aan gestandaardiseerde, gelijkwaardige data over verpleeghuispatiënten en de kwaliteit van zorg was dat tot nu niet goed mogelijk.

Tot nu gepubliceerde en gepresenteerde uitkomsten betreffen de validiteit van het gebruik van de interRAI-LTCF,² het detecteren van depressie in het verpleeghuis,³ de relatie tussen pijn en probleemgedrag bij mensen met geheugenproblemen,⁴ medicatiegebruik,^{5,6} het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen,⁷ deelname aan sociale activiteiten⁸ en kwaliteit van langdurende zorg.⁹

METHODE

Zeven Europese landen hebben aan het SHELTER-project deelgenomen (Duitsland, Groot-Brittannië, Finland, Frankrijk, Italië, Nederland en Tsjechië) en één niet-Europees land, Israël. De studie werd gesubsidieerd vanuit het 7^{de} Kader Programma van de Europese Commissie (KP7). Er deden 59 instellingen voor langdurende zorg mee, met in totaal 4156 patiënten, waarvan 548 uit Nederland.

De studie had een longitudinaal design, LTCF-beoordelingen bij alle patiënten op baseline en na zes en twaalf maanden. Om de test, hertest en interbeoordelaar betrouwbaarheid van de LTCF te bepalen werd een deelverzameling van patiënten een tweede maal beoordeeld binnen twee dagen tot een week na eerste beoordeling door respectievelijk dezelfde beoordelaar, of een andere, onafhankelijke beoordelaar.

De interRAI-LTCF is één van een serie gevalideerde instru-

menten die zijn opgebouwd uit een gemeenschappelijke set van beoordelingsitems aangevuld met items die specifiek zijn voor de betreffende zorgsetting.^{10,11} De interRAI-LTCF brengt de fysieke, functionele, mentale en psychosociale status van verpleeghuispatiënten in kaart en bestaat uit 120 items en 22 hieraan gekoppelde Klinische Beoordelingsprotocollen (CAPs). Deze CAPs bevatten richtlijnen om risico's op achteruitgang op een specifiek gebied te verminderen of de kans op verbetering te doen toenemen. Daarnaast genereert de interRAI-LTCF een aantal gevalideerde, functionele schalen waarmee de status van patiënten kan worden gekarakteriseerd. Verder levert het instrument kwaliteitsindicatoren waarmee de kwaliteit van zorg van de instellingen met andere instellingen kan worden vergeleken.¹²⁻¹⁵ De beoordelingen werden uitgevoerd door verpleegkundigen en verzorgenden die vooraf aan een gestandaardiseerde tweedaagse training hadden deelgenomen.¹⁶ Uitval van patiënten door overlijden of ontslag werd geregistreerd.

RESULTATEN

Populatie

In elk land werden ongeveer evenveel patiënten in SHELTER geïncludeerd. De grootste verpleeghuizen kwamen uit Finland (gemiddeld 414 bedden) en Israël (gemiddeld 234 bedden). Met gemiddeld 70 bedden waren de instellingen uit Italië het kleinst. Vanuit Nederland deden vier instellingen mee met respectievelijk 92, 110, 165 en 181 bedden. De gemiddelde leeftijd van de 4156 patiënten was 83,4 jaar. Van de patiënten was 73,0% vrouw. Voor Nederland was dat 81,0 jaar en 67,0%. De geïncludeerde patiënten waren sterk ADL hulpbehoevend, 39,8% was zelfs op één of meer ADL-functies geheel afhankelijk van hulp door anderen (23,4% in Nederland). Er bleek een grote variatie te zijn in ADL afhankelijkheid tussen verpleeghuispatiënten uit de verschillende landen (tabel 1). Daarnaast kwam bij veel patiënten cognitieverlies voor en had 30,4% van hen ernstige cognitieve problemen (in Nederland 15,7%).

Betrouwbaarheid

Onder et al² publiceerden over de betrouwbaarheid van de interRAI-LTCF. Het instrument bevat in totaal 198 categorische en drie continue variabelen, die zijn verdeeld over

	Totaal (n=4156)	Duitsland (n=496)	Engeland (n=507)	Finland (n=484)	Frankrijk (n=493)	Israël (n=580)	Italië (n=548)	Nederland (n=548)	Tsjechië (n=500)
Leeftijd (sd)	83,4 (±9,4)	84,6 (±8,3)	84,5 (±9,5)	84,8 (±8,0)	87,3 (±7,8)	81,2 (±11,0)	83,5 (±9,3)	81,0 (±10,4)	81,3 (±8,3)
Aantal vrouwen (%)	3035 (73)	392 (79,0)	365 (72,0)	362 (74,8)	374 (75,9)	412 (71,0)	401 (73,2)	367 (67,0)	362 (72,4)
ADL hulp nodig (%) ¹ geheel afhankelijk (%) ²	1723 (41,5) 1653 (39,8)	271 (54,6) 124 (25,0)	132 (26,0) 315 (62,1)	293 (60,5) 129 (26,7)	155 (31,4) 229 (46,5)	195 (33,6) 293 (50,5)	226 (41,2) 231 (42,2)	291 (53,1) 128 (23,4)	160 (32,0) 204 (40,8)
Cognitief functioneren lichte tot matige proble- men (%) ³ ernstige problemen (%) ⁴	1563 (37,6) 1265 (30,4)	146 (29,4) 139 (28,0)	181 (35,7) 145 (28,6)	339 (70,0) 82 (16,9)	141 (28,6) 234 (47,5)	134 (23,1) 273 (47,1)	152 (27,7) 192 (35,0)	257 (46,9) 86 (15,7)	213 (42,6) 114 (22,8)
Depressie (%) ⁵	1331 (32,0)	103 (20,8)	162 (32,0)	171 (35,9)	171 (34,8)	170 (30,5)	193 (36,8)	216 (39,4)	145 (29,2)
Gedragsproblemen (%)	1142 (27,5)	108 (21,8)	159 (31,4)	224 (46,3)	105 (21,3)	160 (27,6)	142 (25,9)	148 (27,0)	96 (19,2)
Vallen (%)	774 (18,6)	115 (23,2)	72 (14,2)	101 (20,9)	95 (19,3)	60 (10,3)	75 (13,7)	125 (22,8)	131 (26,2)
Decubitus (%)	432 (10,4)	48 (9,7)	54 (10,7)	23 (4,8)	58 (11,8)	38 (6,6)	73 (13,3)	59 (10,8)	79 (15,8)
Pijn (%)	1496 (36,0)	192 (38,8)	193 (38,8)	222 (46,0)	205 (41,8)	92 (15,9)	118 (21,7)	240 (43,8)	234 (46,8)
Urine incontinentie (%)	3054 (73,5)	341 (68,9)	402 (79,3)	401 (82,9)	362 (73,7)	437 (75,3)	417 (76,7)	349 (63,7)	354 (69,0)

Tabel 1. Kenmerken patiënten SHELTER-studie uit Onder et al.²

¹ Hulp als ADL Hiërarchie score is 2-4

² Geheel ADL afhankelijk als ADL Hiërarchie score is 5-6

³ Lichte tot matige cognitieve problemen als CPS 2-4

⁴ Ernstige cognitieve problemen als CPS 5-6

⁵ DRS \geq 3

120 items. De test, her-test betrouwbaarheid van de inter-RAI-LTCF werd onderzocht door 380 patiënten dubbel te beoordelen door dezelfde beoordelaar. De gewogen Kappa-overeenkomstwaarden lagen tussen 0,75-0,92, met een gemiddelde voor de categorische variabelen van 0,83. De Kappa-waarde was voor geen enkel item lager dan 0,40. De Pearson-correlatiecoëfficiënten voor de continue variabelen waren 0,96 (loopsnelheid), 0,92 (lengte) en 0,96 (gewicht). De interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de interRAI-LTCF is onderzocht onder 408 verpleeghuispatiënten. De gewogen Kappa-overeenkomstwaarden lagen tussen 0,64-0,91, met een gemiddelde van 0,74. Slechts voor 'meer vochtverlies dan vochtinname' werd een Kappa van lager dan 0,40 gevonden. De Pearson correlatiecoëfficiënten voor de continue variabelen waren 0,88 (loopsnelheid), 0,99 (lengte) en 0,89 (gewicht).

Detectoren van depressie

De Depression Rating Scale (DRS) is een schaal met goede validiteit die professionals ondersteunt bij het screenen op depressie.¹⁷ De schaal wordt berekend uit de score op zeven items van de interRAI-LTCF. De DRS heeft een bereik van 0 tot 14, waarbij een score \geq 3 kan wijzen op klinische depressie. De DRS blijkt ook voorspellend voor een depressie bij de eerst volgende follow-up-meting.¹⁸

In de Engelse deelverzameling van de SHELTER-participanten onderzochten Huang en Carpenter³ de relatie tussen individuele items en de DRS. Van 499 geïncludeerde patiënten was 36,5% gediagnosticeerd met een vorm van

dementie. Patiënten hadden een gemiddelde DRS-score van 2,1 (\pm 2,5), 32,3% van de Engelse patiënten had een DRS \geq 3, duidend op mogelijk depressie. Van de items waaruit de DRS wordt berekend, werden 'aldoor boos op zichzelf of anderen' (33,2%) en 'droevige, gepijnigde of zorgelijke ge-laaitsuitdrukking' (30,2%) het meest geobserveerd. Leeftijd en lengte van verblijf bleken niet gerelateerd aan de DRS-score ($p > 0,05$), maar 'burgerlijke staat', 'ADL afhankelijk', 'pijn', 'incontinent voor urine', 'sterke, ondersteunende omgang met familie', 'COPD' en 'slaapproblemen' bleken te verschillen tussen patiënten met en zonder mogelijke depressie ($p < 0,05$; DRS \geq 3). Uit een hierop gebaseerd logistisch regressiemodel bleek dat de kans op een depressie (DRS \geq 3) hoger is als patiënten zijn gediagnosticeerd op COPD (OR = 2,7), nooit getrouwd zijn geweest (OR = 2,3) of slaapproblemen hebben (OR = 3,1). Alles bij elkaar scoorde 32,0% van de SHELTER-populatie als depressief (DRS \geq 3) met een variatie van 20,8% in Duitsland tot 39,4% in Nederland.

De relatie tussen pijn en gedragsproblemen

Verbale en fysieke agressie, agitatie, hallucinaties en wanen komen vaak voor bij mensen met cognitieve problemen.¹⁹⁻²¹ De oorzaken hiervan zouden neurobiologisch, fysiek of sociaal van aard zijn. Het ervaren van ongemak, waaronder pijn, en de onvervulde behoefte aan zorg is echter ook vaak oorzaak. Pijn is vaak niet goed gediagnosticeerd en behandeld.²² Pijn kwam gemiddeld bij 36,0% van de SHELTER-patiënten voor, variërend van 46,8% in Tsjechië tot 15,9% in Israël en 43,8% in Nederland. Daarbij was er sprake van

	Alle patiënten		Patiënten met CPS ¹ 3-6	
	n	% gebruik volledige bedekken	n	% gebruik volledige bedekken
Duitsland	495	27,5 ²	219	35,2
Engeland	506	59,5	248	65,3
Finland	459	49,5	278	61,2
Frankrijk	489	58,7	326	75,2
Israël	580	68,8	348	80,2
Italië	542	71,4 ³	266	88,0
Nederland	548	31,4	229	44,1
Tsjechië	500	50,2	220	79,1
Totaal	4119	52,4	2134	67,6

Tabel 2. Prevalentie (%) gebruik volledige bedekken in Europa.

¹ Cognitive Performance Scale

² Lichtblauw: laagste prevalentie

³ Donkerblauw: hoogste prevalentie

inefficiënte pijnbestrijding (zie tabel 4) tussen de 3,8% (Israël) en 15,8% (Tsjechië). Nederland: 12,9%. Tosato et al⁴ onderzochten met de SHELTER-gegevens de relatie tussen pijn en gedragsproblemen bij 2822 patiënten met matige tot zeer ernstige cognitieve problemen (Cognitive Performance Scale (CPS) score ≥ 2 ²³). Aanwezigheid van pijn werd geïnventariseerd door zelf- of proxyrapportage van pijn of ongemak.

De frequentie en mate van ervaren pijn is ook beoordeeld. Bij 19,1% van de patiënten met cognitieve problemen werd aldus pijn waargenomen. Bij 159 patiënten (29,6%) was deze pijn licht, bij 52,2% matig en bij 93 (17,3%) heftig of ondraaglijk. Na correctie voor potentiële confounders (onder andere leeftijd, geslacht, land, aantal ziekten, ischemische hartziekte, CVA, vallen, communicatieproblemen) bleek uit logistische regressieanalyse dat pijn bij patiënten met cognitieve problemen significant was geassocieerd met ongepast sociaal gedrag, weerstand tegen zorg, abnormale gedachteprocessen en de aanwezigheid van één of meer psychiatrische symptomen. Naarmate de pijn erger werd, nam de kans op dwaalgedrag af, maar nam de kans op het aantreffen van weerstand tegen zorg, wanen en psychiatrische symptomen toe. Gedragsproblemen kwamen variërend voor van 20,7% in Duitsland tot 35,6% in Italië en voor Nederland 31,4%.

Polyfarmacie

Medicijngebruik is bij verpleeghuispatiënten wegens comorbiditeit, functionele en cognitieve beperkingen vaak complex. De daarbij vaak voorkomende polyfarmacie kan resulteren in iatrogene ziekten.^{24,25} In een cross-sectioneel design onderzochten Onder et al⁶ met gegevens uit SHELTER de prevalentie en samenhangende patiëntkenmerken van polyfarmacie. Van 4023 patiënten waren medicatiegegevens vastgelegd. Het gemiddeld

aantal medicijnen was 7,0 ($\pm 3,6$). Polyfarmacie (5-9 verschillende soorten medicatie) en excessieve polyfarmacie (> 9 soorten medicatie) kwamen voor bij respectievelijk 2000 (49,7%) en 979 (24,3%) van de patiënten. De prevalentie van polyfarmacie varieerde tussen de verschillende landen: in Italië kwam excessieve polyfarmacie het minst vaak voor (8,8%), terwijl de prevalentie in Finland daarvan 56,7% was. In Nederland gebruikte 24,4% van de verpleeghuispatiënten > 9 verschillende soorten medicijnen gelijktijdig.

Excessieve polyfarmacie bleek direct gerelateerd aan de aanwezigheid van depressie (OR = 1,8), pijn (OR = 2,3), dyspneu (OR = 2,3), genitale of urinale symptomen (OR = 1,7), ischemische hartziekte (OR = 2,9), ziekte van Parkinson (OR = 2,8), CVA (OR = 3,2) en diabetes (OR = 3,2). Een omgekeerde relatie werd gevonden voor leeftijd (OR = 0,8), ADL afhankelijkheid (OR = 0,9) en cognitieve problemen (OR = 0,6). Ook de aanwezigheid van gedragsproblemen was negatief gerelateerd aan polyfarmacie (OR = 0,8), maar niet aan excessieve polyfarmacie.

Verkeerd voorgeschreven medicatie

Door het hoge medicatiegebruik onder verpleeghuispatiënten, komt het onjuist voorschrijven van medicatie regelmatig voor. Dit is medicatie met potentieel meer gezondheidsrisico's dan voordelen of medicatie die niet overeenkomt met de algemeen geaccepteerde standaard. Fialova et al⁵ bekeken het voorschrijfgedrag in de SHELTER-verpleeghuizen ten opzichte van Beers' criteria en alle gepubliceerde criteria. Toetsing tegen Beers' criteria laat zien dat verkeerd voorschrijven in SHELTER-instellingen voorkomt onder 13,0% van alle patiënten. Wanneer alle criteria in beschouwing worden genomen loopt dit op tot 43,5%. In Finland werd het laagste percentage medicatie onjuist voorgeschreven (< 30%), terwijl dit in Frankrijk met > 60% het hoogst was. In Nederland was dat > 40%. Waarschijnlijk ligt de oorzaak van het verkeerd voorschrijven in het ontbreken van duidelijke regelgeving of processen, zoals het regelmatig uitvoeren van medicatie-reviews.

Vrijheidsbeperkende maatregelen

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen, waaronder het gebruik van bedekken, fixatie en stoelen waaruit men niet kan opstaan, wordt vooral toegepast bij patiënten met cognitieve of gedragsproblemen of patiënten met mobiliteitsproblemen. De toepassing heeft vaak psychisch en fysiek nadelige gevolgen. Het gebruik van deze maatregelen is vergeleken bij 4119 patiënten, (zie tabel 2).⁷ Bedekken werden gebruikt bij 52,4% van de patiënten. Er was grote variatie tussen de landen: bedekken werden dagelijks het meest gebruikt in Italië (71,4%) en het minst in Duitsland (27,5%). Bij 31,4% van alle Nederlandse patiënten werden bedekken ingezet. Voor patiënten met cognitieve problemen (CPS ≥ 3) lag het gebruik van bedek-

	Alle patiënten		Patiënten met CPS ¹ 2-6		Patiënten met CPS 2-5 zonder mobiliteitsproblemen	
	n	% gebruik fixatie of diepe stoel	n	% gebruik fixatie of diepe stoel	n	% gebruik fixatie of diepe stoel
Duitsland	495	5,1	285	7,7	57	1,9
Engeland	500	0,6 ²	324	0,9	37	0,0
Finland	477	12,8	416	13,9	105	1,9
Frankrijk	489	12,7	373	16,1	79	4,0
Israël	580	35,7 ³	407	42,5	89	8,9
Italië	542	25,3	343	34,7	50	11,9
Nederland	548	8,0	343	11,7	96	0,0
Tsjechië	500	4,4	327	6,7	57	0,0
Totaal	4131	13,6	2818	17,6	570	2,3

Tabel 3. Prevalentie (%) gebruik fixatie of diepe stoel in Europa.

¹ Cognitive Performance Scale

² Lichtblauw: laagste prevalentie

³ Donkerblauw: hoogste prevalentie

ken overal hoger. In Italië werd voor deze groep het gebruik van beddekken het meest ingezet (88,0%) en in Duitsland het minst (35,2%).

Uit tabel 3 blijkt dat lichaamsfixatie en een diepe stoel veel minder vaak werden gebruikt (13,6%). In Israël werden één of beide maatregelen gebruikt bij 35,7% van alle patiënten en in Engeland slechts bij 0,6%. Het gebruik van deze maatregelen lag hoger onder patiënten met lichte tot zeer ernstige cognitieve problemen (17,6%, bij CPS ≥ 2). Bij patiënten met cognitieve problemen, die geen moeite hebben met lopen en niet valgevaarlijk zijn (570 (13,8%) van alle patiënten), worden deze maatregelen nog steeds toegepast in sommige landen: waarbij het meest in Italië (12%), maar ook in Israël (9%), Frankrijk (4%), Finland (2%) en Duitsland (2%). Dit heeft mogelijk negatieve gevolgen voor de mobiliteit van patiënten. In Engeland, Nederland en Tsjechië was dit percentage nul.

Sociale activiteiten

In een exploratieve studie is gekeken naar deelname aan sociale activiteiten in het verpleeghuis.⁸ Deelname aan sociale activiteiten bevordert de kwaliteit van leven van patiënten. Een aantal factoren, zoals ADL-afhankelijkheid, cognitieverlies, communicatieproblemen of de heersende cultuur in een instelling, kunnen echter belemmerend zijn voor participatie van patiënten aan deze activiteiten. In Nederland namen patiënten het meest frequent deel aan sociale activiteiten en in Frankrijk het minst. Participatie aan activiteiten was negatief geassocieerd met ernstige lichamelijke beperkingen of cognitieve problemen. Tussen de verschillende landen werd veel variatie gevonden. Patiënten met

ernstige cognitieve problemen namen in Tsjechië geen deel aan activiteiten, terwijl dezelfde patiënten in Nederland gemiddeld nog aan vijf typen activiteiten deelnamen. Of patiënten al dan niet aan sociale activiteiten deel kunnen nemen in verpleeghuizen lijkt sterk cultuurafhankelijk, waarbij factoren als organisatietype of beschikbaar personeel een rol kunnen spelen.

Kwaliteit en organisatie

Door de continue zorgregistratie met de interRAI-LTCF kunnen 24 betrouwbare, zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren worden berekend die benchmarking van kwaliteit van zorg mogelijk maken.²⁶ Kwaliteitsindicatoren geven de prevalentie weer van ongewenste uitkomsten. Uit een voorlopige vergelijkende studie in de SHELTER-landen blijkt dat kwaliteit van zorg geen eendimensionaal begrip is.⁹ Geen enkel land scoorde uitzonderlijk slecht of heel goed op alle onderzochte kwaliteitsindicatoren (tabel 4). Zo scoorde Finland bijvoorbeeld het best op sociale activiteiten (slechts 28,7% van de patiënten had weinig tot geen sociale activiteiten), maar juist als slechtste op gedragsproblemen (aanwezig onder 35,2% van de patiënten). De relatie tussen de structuur van de organisaties (bijvoorbeeld het aantal personeelsleden) en zorgprocessen (multidisciplinair team, overlegstructuur) en kwaliteit van zorg werd ook bekeken. Voorlopige resultaten wijzen uit dat hoe meer verpleegkundigen per bed, hoe lager de prevalentie van depressie ($r = -0,4$, $p < 0,01$); en hoe meer verzorgenden, hoe minder antipsychotica er worden gebruikt ($r = -0,4$, $p < 0,01$). De aan- of afwezigheid van een multidisciplinair team bleek

	Weinig tot geen activiteit	Blaasontsteking	Gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen	Griep vaccinatie	Depressie	Gedragsproblemen	Inefficiënte pijnbestrijding
Duitsland	41,3	1,9	4,9	31,6	17,9	20,7	8,3
Engeland	48,5	0,9	0,7	21,2	31,3	32,3	9,8
Finland	28,7	1,3	10,8	7,8	32,8	35,2	9,8
Frankrijk	66,5	3,4	12,2	7,3	31,7	29,5	15,2
Israël	56,9	3,4	33,6	7,3	25,9	34,0	3,8
Italië	46,2		22,7	5,9	34,1	35,6	3,8
Nederland	41,3	3,2	7,4	13,0	39,3	31,4	12,9
Tsjechië	57,9	1,9	3,8	35,5	30,3	22,1	15,8

Tabel 4. Prevalentie (%) van ongewenste gezondheidsuitkomsten (kwaliteitsindicatoren) in Europa.

geen significant verschil te maken in de prevalentie van gedragsproblemen, het deelnemen aan weinig tot geen activiteiten, efficiënte pijnbestrijding of depressie ($p > 0,05$).

DISCUSSIE

Door de één jaar durende longitudinale dataverzameling onder 4156 verpleeghuispatiënten in Europa, heeft de SHELTER-studie de eerste grote database met vergelijkbare gegevens over patiëntuitkomsten, kwaliteit van zorg en zorggebruik in een aantal Europese landen op kunnen bouwen. Deze database bevat een enorme hoeveelheid informatie die antwoorden kan geven op klinische vragen op patiënt-, organisatie- en beleidsniveau. De interRAI-LTCF blijkt een betrouwbaar instrument voor het doen van individuele patiëntbeoordelingen. Uit de SHELTER-resultaten tot nu toe blijkt dat de DRS een goede schaal is voor screening op depressie bij verpleeghuispatiënten. Ook blijkt dat er speciale aandacht moet zijn voor bepaalde groepen patiënten omdat zij een hoger risico hebben op het ontwikkelen van een depressie. Het verdient aanbeveling om bij bepaalde gedragsproblemen na te gaan of pijn voldoende is behandeld.

Hoe meer verpleegkundigen per bed, hoe lager de prevalentie van depressie

Omdat de studie naast interRAI-data ook gestructureerde informatie heeft verzameld over de organisatie van de deelnemende instellingen, kunnen de SHELTER-data inzicht bieden in welke specifieke organisatiekenmerken samen gaan met goede kwaliteit van zorg. Deze resultaten bieden mogelijk handvatten voor de organisatie van een effectieve zorgpraktijk in de langdurende zorg.

De populatie van de SHELTER-studie is niet representatief voor de deelnemende landen, maar door de omvang van de database bieden de resultaten een goed beeld van de status, de zorgbehoeften en het zorggebruik van Europese verpleeghuispatiënten. Voor meer gedetailleerde informatie over de SHELTER-studie verwijzen we naar de reeds verschenen artikelen.^{2-4,6} Voor vragen over de hier beschreven, maar nog niet gepubliceerde resultaten, kan contact worden opgenomen met de eerste auteur.

LITERATUUR

1. Mor V. A comprehensive clinical assessment tool to inform policy and practice: applications of the minimum data set. *Med Care* 2004 April;42(4 Suppl):III50-III59.
2. Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC, et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERm care (SHELTER) study. *BMC Health Serv Res* 2012 January 9;12(1):5.
3. Huang Y, Carpenter I. Identifying elderly depression using the Depression Rating Scale as part of comprehensive standardised care assessment in nursing homes. *Aging Ment Health* 2011 November;15(8):1045-51.
4. Tosato M, Lukas A, Roest HG van der, Danese P, Antocicco M, Finne-Soveri H, et al. Association of pain with behavioral and psychiatric symptoms among nursing home residents with cognitive impairment: Results from the SHELTER study. *Pain* 2012 February;153(2):305-10.
5. Fialova D, Reissigova J, Onder G, Topinková E. There are substantial differences in potentially inappropriate medication use in European countries. Why? SHELTER Eindconferentie, Brussel, 5 december 2011.
6. Onder G, Liperoti R, Fialova D, Topinkova E, Tosato M, Danese P, et al. Polypharmacy in Nursing Home in Europe: Results From the SHELTER Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2012 January 4.
7. Frijters D. Use of physical restraints in nursing homes: why are they used, when and where. SHELTER Eindconferentie, Brussel, 5 december 2011.
8. Carpenter I. Social activity in nursing homes. Is it possible to make a difference? SHELTER Eindconferentie, Brussel, 5 december 2011.
9. Roest HG van der, Frijters D. The Relationship between care practice organization and quality of care in long term care facilities in Europe. Preliminary results of the SHELTER project. IPA 15th International Congress, Den Haag, 6 september 2011.
10. Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN, Frijters DH, Finne SH, Gray L, et al. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Serv Res* 2008;8:277.
11. interRAI. interRAI: <http://interrai.org>. 2011.
12. Achterberg WP, Holtkamp CC, Kerkstra A, Pot AM, Ooms ME, Ribbe MW. Improvements in the quality of co-ordination of nursing care following implementation of the Resident Assessment Instrument in Dutch nursing homes. *J Adv Nurs* 2001 July;35(2):268-75.
13. Achterberg WP, Holtkamp CC, Pot AM, Kerkstra A, Ribbe MW. Effects of the Resident Assessment Instrument on the care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature. *Scand J Rehabil Med* 1999 September;31(3):131-7.
14. Boorsma M, Frijters DH, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, Hout HP van. Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2011 August 9;183(11):E724-E732.
15. Gerritsen D, Ooms M, Steverink N, Frijters D, Bezemer D, Ribbe M. [Three new observational scales for use in Dutch nursing homes: scales from the Resident Assessment Instrument for Activities of Daily Living, cognition and depression]. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2004 April;35(2):55-64.

16. Landi F, Sgadari A, Zuccala G, Pahor M, Carbonin P, Bernabei R. A brief training program on resident assessment instrument improves motivation of nursing home staff. *J Nutr Health Aging* 1999;3(1):24-8.
17. Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing* 2000 March;29(2):165-72.
18. Martin L, Poss JW, Hirdes JP, Jones RN, Stones MJ, Fries BE. Predictors of a new depression diagnosis among older adults admitted to complex continuing care: implications for the depression rating scale (DRS). *Age Ageing* 2008 January;37(1):51-6.
19. Chan DC, Kasper JD, Black BS, Rabins PV. Prevalence and correlates of behavioral and psychiatric symptoms in community-dwelling elders with dementia or mild cognitive impairment: the Memory and Medical Care Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 February;18(2):174-82.
20. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA* 2002 September 25;288(12):1475-83.
21. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010 November;22(7):1025-39.
22. Won A, Lapane K, Gambassi G, Bernabei R, Mor V, Lipsitz LA. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology. *J Am Geriatr Soc* 1999 August;47(8):936-42.
23. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, et al. MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol* 1994 July;49(4):M174-M182.
24. Onder G, Petrovic M, Tangiisuran B, Meinardi MC, Markito-Notenboom WP, Somers A, et al. Development and validation of a score to assess risk of adverse drug reactions among in-hospital patients 65 years or older: the GerontoNet ADR risk score. *Arch Intern Med* 2010 July 12;170(13):1142-8.
25. Nguyen JK, Fouts MM, Kotabe SE, Lo E. Polypharmacy as a risk factor for adverse drug reactions in geriatric nursing home residents. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006 March;4(1):36-41.
26. Zimmerman DR. Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 March;18(3):250-7.

Correspondentieadres
hg.vanderroest@vumc.nl

SAMENVATTING

Het door de EU gesubsidieerde project 'Services and Health for the Elderly in Long TERM care' (SHELTER) liep van 2009 tot en met 2011. In deze studie is een jaar lang in acht verschillende landen (Duitsland, Engeland, Finland, Frankrijk, Italië, Israël, Nederland en Tsjechië) patiëntuitkomstdata verzameld. Daarmee is de eerste grote Europese database tot stand gekomen met gegevens van verpleeghuispatiënten. Het primaire doel van de SHELTER-studie was het valideren van het interRAI-LTCF instrument voor het meten van zorgbehoeften en zorggebruik van verpleeghuispatiënten in Europa. Daarnaast levert de verzamelde data veel extra informatie op over en voor de klinische verpleeghuispraktijk in de verschillende landen. In deze bijdrage lichten we de methoden van onderzoek toe en laten we de belangrijkste resultaten van het project zien die tot nu toe gepubliceerd zijn.

ABSTRACT

The 'Services and Health for the Elderly in Long TERM care' (SHELTER) project took place from 2009 until 2011 and was funded by the EU. Patient outcome data were collected for one year in eight different countries (Czech Republic, England, Germany, Finland, France, Italy, Israel and the Netherlands). This data collection formed the first large European data base on patients in long term care facilities. The primary aim of the SHELTER project was to validate the use of the interRAI-LTCF to assess care needs and care use of European long term care patients. The collected data also provided additional information on the clinical practice in nursing homes across the different countries. In this contribution we describe the projects' research methods and show the main results that were published up to now.

Samenwerking in academische netwerken

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

BACK-HOME

ONDERZOEK BINNEN HET UVN-ZH

Het onderzoek binnen het Universitair Verpleeghuisnetwerk Zuid-Holland (UVN-ZH) richt zich op zorginhoudelijke thema's waarbij probleem- en vraagstelling(en) vanuit de praktijk centraal staan.

De thema's waarop het UVN-ZH zich richt zijn: 'revalidatie & ketenzorg', 'infectieziekten' en 'kwaliteit van leven bij cognitief beperkte ouderen'. Binnen elk van deze thema's lopen onderzoeksprojecten of worden nieuwe onderzoeken opgezet in nauwe samenwerking met de praktijk.

Binnen het thema 'revalidatie & ketenzorg' vindt het Back-Home onderzoek plaats. In Back-Home wordt onderzocht of het gebruik van een steuntakenscorelijst het multidisciplinair overleg kan ondersteunen bij de ontslagplanning, met als gevolg een kortere opnameduur. De validatie van de steuntakenscorelijst is eerder beschreven in het tijdschrift.¹ Diverse vraagstellingen zullen met het onderzoek beantwoord worden, waarbij de belangrijkste uitkomstmaat de verblijfsduur op de revalidatieafdeling is. Ook worden factoren in kaart gebracht die het ontslag van de revalidatieafdeling kunnen bevorderen of belemmeren, alsook tevredenheid met de gegeven zorg op de revalidatieafdeling.

De steuntakenscorelijst wordt geïmplementeerd op vier revalidatieafdelingen van drie zorgorganisaties van het UVN-ZH. Het betreft hier: Zorginstellingen Pieter van Foreest, WoonZorgcentra Haaglanden en Rijnland Zorggroep. 250 Revalidanten worden gevraagd mee te doen aan Back-Home.

Bij opname worden gegevens over socio-demografische kenmerken, comorbiditeit, valangst, cognitieve status en functioneren verzameld. Bij het ontslag worden gegevens over functioneren, ontslagbestemming en verblijfsduur verzameld. Vier weken na het ontslag ontvangen de deelnemer en zijn mantelzorger een vragenlijst waarmee de tevredenheid met de zorg op de revalidatieafdeling gemeten wordt.

Er zijn nu zo'n 170 deelnemers geïnccludeerd. Verwacht wordt dat de inclusie voor de zomer is afgerond waarna gestart kan worden met de analysefase. De eerste resultaten kunnen eind 2012 verwacht worden.

¹Bakkers E, Caljouw MAA, Cools HJM, Achterberg WP. Kan 24-uursverblijf AWBZ- revalidatie korter? Een pilot studie aan de hand van een avond/nacht steuntakenscorelijst. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 2011; 35:194-196.



DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING... OP HET UKON-KENNISPLEIN

Wat is het UKON-kennisplein, wie kan er gebruik van maken, welke informatie is er te vinden?

Het UKON-kennisplein is een digitaal plein, waar medewerkers van UKON-huizen elkaar via internet kunnen ontmoeten en kennis en informatie kunnen uitwisselen. Met een subsidie van de provincie Gelderland is het plein opgezet in samenwerking met de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en het kenniscentrum Neurorevalidatie van het UMC St Radboud.

Het principe op het UKON-kennisplein is “halen en brengen van kennis en informatie”. Medewerkers gebruiken kennis van hun collega's uit andere huizen door documenten te downloaden of leveren zelf materiaal aan die anderen kunnen gebruiken. Ook is veel bestaande informatie over verpleeghuiszorg samengebracht en zijn er links naar relevante websites.

Twee categorieën zijn in het kennisgedeelte te onderscheiden: *patiëntengroepen* en *zorghema's*. Zo vindt u onder patiëntengroepen informatie over dementie, CVA, hartaandoeningen, Parkinson, et cetera. Bij de zorgthema's treft u onderwerpen zoals vocht en voeding, huid- en wondzorg, mondzorg, palliatieve zorg et cetera. Naast kennisdocumenten zijn er ook e-learningmodules waarin actuele kennis vertaald is naar onze sector en toegesneden op zorgprofessionals in de ouderenzorg. Een voorbeeld daarvan is de module Slikken en slikstoornissen die op twee niveaus is uitgewerkt, namelijk voor verzorgenden en logopedisten. Het is ontwikkeld door logopediestudenten als afstudeerproject aan de HAN.

Inmiddels zijn er al meerdere e-learningmodules door studenten fysiotherapie, logopedie en HBOV-ers gemaakt. Binnen het UKON-kennisplein is het ook mogelijk om met elkaar via fora te communiceren en werkt een aantal werkgroepen met het digitale kantoor. Deze functies moeten overigens nog verder uitgebouwd worden. Er zijn momenteel drie Nijmeegse UKON-huizen aangesloten, een aantal wat we komende tijd gaan uitbreiden.

INTERVIEW EEN SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE AAN HET WOORD

“Eindelijk!”, dacht Hennie Dercksen, toen in 2006 de verpleeghuizen van de Zonnehuisgroep besloten deel te gaan nemen aan het nieuw op te richten UNO-VUmc. Ze was al in een eerder stadium betrokken geweest bij academisering. Maar de initiatieven waaraan werd meegedaan waren toch te veel een ‘doktersding’. Er kwam pas echt een goede schwing in toen ook de andere disciplines erbij werden betrokken. Door de huidige multidisciplinaire opzet kon wetenschap goed worden ingebed in de zorgorganisaties.

Hennie Dercksen werkt als specialist ouderengeneeskunde bij Zorgcombinatie Zwolle en is opleider en regiocoördinator voor Gerion. Ze deed hiernaast zelf twee praktijkonderzoeken en is nauw betrokken geweest bij andere onderzoeksprojecten. Al snel na de oprichting van het UNO-VUmc werd ze lid van de UNO-stuurgroep. De UNO-deelname biedt voordelen, maar plaatst de organisatie ook voor dilemma's. Het werkt stimulerend dat mensen met een wetenschappelijke instelling elkaar gemakkelijker vinden. Lastiger is het om te bepalen welke verzoeken tot onderzoeksdeelname je kunt honoreren in het verpleeghuis. En daarnaast is communicatie een aandachtspunt. Hoe hou je academisering levend binnen de zorginstelling?

Wat daarbij helpt is dat meedoen aan wetenschappelijk onderzoek de afstand tussen onderzoek en praktijk heel klein maakt. Onderzoeksdeelname kost tijd, maar de inhoudelijke aandacht voor het werk en het feit dat de cliënten eens echt goed in kaart worden gebracht, wordt meestal als prettig ervaren. Daarnaast heeft het ‘project meetinstrumenten’ opgeleverd dat mensen vertrouwd raken met het gebruik van meetinstrumenten. Door de focus op wonen en zorg verdwijnt het evidence based werken soms naar de achtergrond, terwijl het zo'n belangrijk aspect van ons werk is.

Op de vraag of Hennie door de deelname aan het UNO ook dingen anders is gaan doen antwoordt ze lachend: “Dat zou je moeten meten! Maar ik denk zeker dat het mijn handelen heeft beïnvloed!”

MONDZORGPROJECT

PATIËNTENZORG BINNEN HET UNO-VUMC

Een subsidie van ZonMw (Zorg voor Beter II) maakte het in 2010 en 2011 mogelijk om de richtlijn mondzorg¹ te implementeren in de instellingen van het UNO-VUmc. Hierdoor kon het netwerk een directe bijdrage leveren aan het verbeteren van de patiëntenzorg.

De manier waarop de richtlijn mondzorg werd geïmplementeerd was eerder toegepast in Naarderheem, één van de deelnemende zorginstellingen van het netwerk. De succesvolle implementatie werd door de UNO-stuurgroep gekozen tot zogenaamde 'UNO-Topper': de uitkomst van wat in gezamenlijk overleg als de beste behandeling of werkwijze wordt gezien.

Na de voorbereidende werkzaamheden zijn in december 2011 en januari 2012 per instelling een individueel implementatie- en scholingsplan opgesteld. Hierbinnen speelde de aanstelling van een 'mondzorgteam' - bestaande uit een projectleider en mondzorgspecialisten - in de instellingen een grote rol.

Er werd in de verpleeghuizen en achter de schermen hard gewerkt. Een aantal acties op een rij:

- er hebben 16 intakegesprekken plaatsgevonden,
- er zijn 14 mondzorgteams geformeerd,
- ruim 700 medewerkers zijn geschoold in mondzorg en/of projectmanagement,
- er werd een implementatiepakket samengesteld,
- er is een implementatiewijzer ontwikkeld,
- mondzorgmateriaal werd aangeschaft,
- mondzorgplannen werden ingevuld.

Het project heeft in alle deelnemende huizen geleid tot stappen richting betere mondzorg: de 'mondzorgtrein' is in beweging gezet. Het project is inmiddels afgesloten, maar de mondzorgteams zijn nog steeds een belangrijke en actieve speler in de verpleeghuizen.

De volledige naam van de richtlijn is Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen.

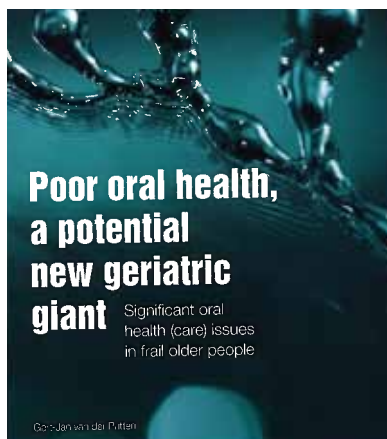
Correspondentieadres
l.wattel@vumc.nl



Proefschrift Gert-Jan van der Putten

Slechte mondgezondheid, een geriatrische reus in opkomst?

Jacobien Erbrink



U kent ze ook wel, die grijnzende oude heren met nog drie zwarte stompjes in hun mond. Die dametjes met hun kunstgebit waar de halve middagboterham gezellig zitting op heeft genomen en die bewoners wier smeulende implantaten je al van verre tegemoet geuren. Soms kan ik het niet aanzien zonder licht onpasselijk te worden. Heel onhandig, vind ik. Mondzorg is daarmee ook niet mijn hobby, ondanks de fraaie richtlijn die we daarvoor hebben. Maar ik heb er weer een nieuwe kijk op gekregen want ik heb kennis genomen van het proefschrift van collega Gert-Jan van der Putten 'Poor oral health, a potential new geriatric' waarmee hij op 1 december 2011 zijn doctorstitel verwierf.

Zijn dissertatie omvat, ik zou bijna zeggen, voor elk wat wils. Een review over de zin van vitaminen- en mineralen-suppletie bij parodontitis. Twee onderzoeken naar (factoren van invloed op) hoeveelheid en kwaliteit van speeksel bij ouderen. Een validiteitsonderzoek voor een korte en handige vragenlijst betreffende xerostomie (een droge mond). En een gerandomiseerd klinisch onderzoek naar de effecten van de implementatie van de richtlijn Mondzorg (z)onder begeleiding. Hij brengt daarmee vijf mondzorggerelateerde problemen bij verpleeghuisbewoners voor het voetlicht: parodontitis, xerostomie, hyposialie (verminderde speekselvorming), zuurgraad van speeksel en mondhygiëne. Van der Putten benadrukt opnieuw dat mondgezondheid een factor is die bijdraagt aan kwaliteit van leven.

'Spuugzat?! Was dat maar waar!'

Klachten van mond of gebit hebben invloed op kauwen, slikken, eten, drinken, gewicht, spraak, smaak, uiterlijk en sociaal functioneren. Met zijn bevindingen wil hij ertoe bijdragen dat er onder professionals een beter bewustzijn is van mondgezondheid en de risico's op dat gebied. En dat er meer inzicht komt in de manier waarop met de vijf mondzorggerelateerde problemen die hij benoemt omgegaan moet worden.

Hij legt het in zijn proefschrift nog weer eens duidelijk uit. Adequate speekselvorming (secretiesnelheid) en zuurgraad (buffercapaciteit) van speeksel (PH bij jongeren ongeveer 7,5) zijn nodig om de mondflora en haar zure producten te neutraliseren. Wanneer het evenwicht in de mond verstoord raakt door droogte of verzuring kunnen microben hun slag slaan, cariës veroorzaken en in de mond of op afstand voor infecties zorgen. Bij ouderen in het verpleeghuis blijkt hierop extra risico te bestaan. Een constatering die hij illustreert met de prachtige, pakkende stelling 'Spuugzat?! Was dat maar waar!' Personen boven de 70, met name vrouwen, hebben meer kans op verminderde speekselvorming en verhoogde zuurgraad van het speeksel. Ook toont hij aan dat verpleeghuisbewoners die vijf of meer medicamenten gebruiken een lagere PH van speeksel hebben. Daarbij lijkt het gebruik van hyposialie veroorzakende medicamenten (en dat zijn er nogal wat: antipsychotica, antihypertensiva, diuretica, anticholinergica, benzo's, hypnotica en opioïden bijvoorbeeld) eveneens een rol te spelen, hoewel geen significant verband is aangetoond met hyposialie. Dit onderzoek deed hij overigens met name bij somatische bewoners, wat het verlangen naar gegevens over mondgezondheid bij mensen met dementie doet toenemen. Men mag veronderstellen dat de gegevens bij die doelgroep nog ongunstiger uitpakken.

Wat zijn proefschrift extra boeiend maakt is dat je er als specialist ouderengeneeskunde meteen morgen mee aan de slag kan in je dagelijkse praktijk. Niet alleen met de theoretische kennis over de mondgezondheid, maar ook met de mogelijkheden om de mondgezondheid van onze bewoners direct positief te beïnvloeden. Kijk bij het lichamelijk onderzoek ook met aandacht in de mond, kijk ook eens met 'orale blik' naar de medicatie, houd de dames boven de 70 daarbij extra in de smiezen, probeer eens een vragenlijstje uit over xerostomie en geef tips aan de verzorging over hoe ze hier rondom de maaltijd aandacht aan kunnen besteden.

Wat ik mezelf (en mijn collega's) dan weer niet zie doen is het daadwerkelijk meten van de secretiesnelheid van speeksel bij onze bewoners. Daarvoor zullen we het toch meer van onze klinische blik moeten hebben.

Gert-Jan van der Putten heeft ook onderzoek gedaan naar de implementatie van de richtlijn Mondzorg. Het blijkt dat een begeleid implementatietraject meer kans op succes biedt (gemeten in hoeveelheid tandplaque op de (kunst)gebitten van de cliënten na zes maanden) dan een niet begeleid traject. Hoewel deze conclusie wat mij betreft een hoog open-deur-gehalte heeft, is het hiermee dan ook voor de mondzorg weer bewezen dat goed implementeren echt een hele kunst is. Wat mij intrigeerde was zijn conclusie dat bij de vermindering van plaque op eigen gebitselementen van bewoners niet alleen de begeleide implementatie, maar ook andere factoren een rol speelden. Naar die andere factoren ben ik dan nog steeds nieuwsgierig. Een tweede vraag die opborrelde bij het lezen van dit hoofdstuk betrof de bestendigheid van dit resultaat: hoe zou het met de mondzorg zijn, laten we zeggen, vier jaar na het begeleid implementeren van de richtlijn? Is het verschil dan nog steeds merkbaar? En zijn de aanbevelingen die in de richtlijn gedaan

worden voor het onderhoud van het beleid toereikend om mondgezondheid in het voorhoofd te houden? Ook daar blijf ik nieuwsgierig naar.

Er is naar de toestand van de mondgezondheid bij ouderen in het verpleeghuis naar ik begrijp nog weinig onderzoek gedaan. En dat terwijl een groeiend aantal zeer ouderen nog in het bezit is van eigen gebitselementen. Gert-Jan van der Putten heeft met zijn onderzoek (het belang van) dit onderwerp een stuk duidelijker op de kaart gezet. Niet verwonderlijk dat hem daarvoor inmiddels ook al ettelijke prijzen in het veld van de Gerodontologie ten deel vielen!

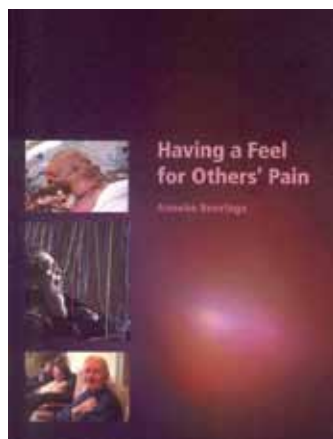
Het is te hopen dat hij ons ook in de toekomst zal blijven voorzien van kennis over goede mondgezondheid van onze kwetsbare cliënten en bewoners. En in de tussentijd wil ik aan alle collega's die niet dagelijks de Gerodontologische vakbladen lezen dit fraaie en toegankelijke proefschrift van harte aanbevelen.

Correspondentieadres
j.erbrink@vanneynsel.nl

Proefschrift Anneke Boerlage

Having a feel for others' pain

Prof. dr. Wilco Achterberg, LUMC



Anneke Boerlage
Promotie 16 december 2011,
Erasmus Rotterdam
Promotor:
Prof. dr. D. Tibboel
ISBN 978-94-6169-175-0

Anneke Boerlage heeft als verpleegkundige jarenlang met kinderen en

neonaten gewerkt in het Erasmus MC-Sophia, de laatste jaren is zij als verpleegkundig onderzoeker pijn werkzaam. Haar proefschrift behandelt drie gebieden, die in eerste instantie weinig met elkaar te maken lijken te hebben: kinderen op de IC, kinderen met een verstandelijke beperking en ouderen. De relatie is echter snel duidelijk: voor al deze groepen geldt dat de herkenning van pijn geen sinecure is.

Ik zal mij, gezien de focus van dit tijdschrift, beperken tot deel drie, dat gaat over pijn bij ouderen met en zonder cognitieve beperkingen. Hoofdstuk 5 (EJP 2008:12 (7):910-916) is een studie over pijn in drie verzorgingshuizen in Rotterdam, al wordt er op pagina 74 ook kort gesproken over nursing homes, maar dat lijkt een slip of the pen. Bij 157 van de 202 bewoners (uitval vanwege cognitieve stoornissen, weigeren of anderszins niet in staat vragen te beantwoorden) werd een interview gehouden. Pijn kwam vaak voor: bijna 70% van de bewoners gaf aan de afgelopen week pijn te hebben gehad, die meestal in benen (32%), rug (27%) en schouders/armen (13%) was gelokaliseerd. Deze pijn was bijna altijd chronisch.

Van de 36 patiënten die ondraaglijke pijn hadden kreeg 22% geen pijnmedicatie, 58% een non-opioid, 14% een zwak werkend opioid en slechts 6% een sterk opioid. Als er pijnmedicatie werd voorgeschreven, was dat slechts bij 69% continu, bij 31% zo nodig. Meer dan de helft van de bewoners met pijn (59%) vond dat hun pijn bij het ouder

worden hoorde en slechts 24% rapporteerde deze pijn aan de verzorging. Een flink deel van hen (31%) vond dat de huisarts niet genoeg aandacht aan de pijn besteedde.

De pijn veroorzaakte behoorlijke hinder in het dagelijks bestaan: een meerderheid gaf aan functionele beperkingen, beperkingen in de sociale contacten, somberheid of angst te ondervinden ten gevolge van deze pijn.

Hoofdstuk 6 was een studie over pijn in het verpleeghuis, die al eerder door Rhodee van Herk in 2009 was gepubliceerd (Pain man nurs 2009;10(1):32-39): bij deze verpleeghuispatiënten werd een vergelijkbare prevalentie van pijn gevonden als in de verzorgingshuisstudie, en ook hier weer een belangrijk percentage dat wel pijn had, maar geen pijnmedicatie kreeg (25%). Overigens waren er tussen deze vier verpleeghuizen wel verschillen: sommige huizen deden het duidelijk beter, en daar waren de patiënten ook meer tevreden over de aandacht die de arts voor de pijn had.

In hoofdstuk 7 laat Boerlage zien dat goede pijnherkenning met gepaste instrumenten mogelijk is: numerieke rating scale voor mensen die cognitief intact zijn, observatie-instrumenten voor mensen met gevorderde cognitieve of

communicatieve stoornissen. De bevindingen en aanbevelingen over dit deel van het proefschrift sluiten aan bij de recent uitgekomen multidisciplinaire richtlijn 'pijn bij kwetsbare ouderen' van Verenso.

Dit proefschrift bevestigt wederom dat wij nog veel werk te verrichten hebben om te komen tot goede herkenning en behandeling van pijn bij de aller kwetsbaarsten. Pijn kan en moet frequenter gemeten worden, patiënten moeten betere voorlichting krijgen en er moet intensiever contact zijn tussen hulpverlener en patiënt over de pijn. Zowel huisartsen als specialisten ouderengeneeskunde dienen pijn serieuzer te nemen, omdat het ouderen beperkt in het functioneren en hun autonomie, en de kwaliteit van leven er minder door wordt. Men kan zich afvragen of er in het medisch onderwijs wel genoeg aan gedaan wordt. Pijn is toch zeker het doktersding bij uitstek?!

Correspondentieadres
w.p.achterberg@lumc.nl

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE PRADAXA®

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

Een bezoek aan Havana

Dr. Jan C.M. Lavrijsen, senior-onderzoeker en specialist ouderengeneeskunde, afdeling Eerstelijngeneeskunde UMC St. Radboud

In de week dat Miel Ribbe in december 2011 zijn afscheidsrede hield als academisch pionier, had ik de eer om vanuit wetenschappelijk onderzoek het specialisme te introduceren in Cuba. Daar werd een driedaags congres gehouden over bewustzijnsstoornissen, dit keer met een speciale plaats voor ethische dilemma's en medische beslissingen rondom het levenseinde. Een mooie gelegenheid dus om door middel van voordrachten en een workshop inzicht te geven in de Nederlandse situatie. Dat men daarbij de meest controversiële onderwerpen niet schuwde, bleek halverwege het congres uit het onverwachte verzoek om een extra sessie te verzorgen over euthanasie. Met de uitreiking tijdens de afsluitingsceremonie van een oorkonde als 'Most controversial and popular delegate' liet de organisatie haar waardering blijken. De daaraan gekoppelde uitnodiging om voor een volgend congres een expertmeeting mee te organiseren, opent voor onderzoekers de luchtbrug naar een bijzonder land.

BIJZONDERE VOORGESCHIEDENIS

Al in 2004, het jaar voor mijn promotie op de langetermijncare van patiënten in een vegetatieve toestand in verpleeghuizen, ontving ik een uitnodiging van professor Calixto Machado uit Cuba. Hij is als hoogleraar neurologie met een neurofysiologische achtergrond een internationaal erkend pionier en wetenschapper op het gebied van hersendood. Al in 1992 organiseerde hij een eerste internationale conferentie over dat onderwerp in de Cubaanse hoofdstad Havana. Daarna werd een cyclus van vier jaar beoogd om bewustzijnsstoornissen ook in bredere zin vanuit de wetenschap te bespreken. Omdat het congresprogramma in 2004 met name bestond uit neurofysiologie en hersendood, lag destijds een presentatie van mijn onderzoek over verpleeghuispatiënten meer voor de hand tijdens het gelijktijdige congres over 'ethische dilemma's bij mensen in een vegetatieve toestand' te Rome. Een verslag van die legendarische bijeenkomst in het Vaticaan, inclusief de mening van de vorige Paus, is opgenomen in het Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde.¹ Het Cubaanse congres in 2004 werd onverwacht ook legendarisch, omdat een inderhaast ingestelde Amerikaanse-Cubaanse boycot de wetenschappers uit de Verenigde Staten vlak voor vertrek verhinderde af te reizen.²

Dat men destijds al onze landgenoot Pim van Lommel uitnodigde om over zijn onderzoek naar bijna-dood-ervaringen te spreken, geeft aan dat men in Cuba bereid is over grenzen te kijken. Met name door het wereldwijde debat over de Amerikaanse vegetatieve patiënte Terri Schiavo in



Jan Lavrijsen met links op de foto dr. Enrique Esteban, directeur van the Institute of Neurology and Neurosurgery en rechts prof. dr. Calixto Machado, president van het congres.

2005, kwamen daarna ook de thema's ethiek en 'end-of-life dilemmas' prominenter in het programma terecht. Daarbij werd het de organisatoren ook steeds duidelijker dat hier een uniek specialisme ontwikkeld is, met onderzoek naar deze thema's. Toen in 2011 in Nijmegen gestart kon worden met het opbouwen van een onderzoeksgroep naar de problematiek van mensen met ernstig hersenletsel, kwamen de lijnen van Havana en Nijmegen, ook wel Havana aan de Waal genoemd, bij elkaar. De uitnodiging als keynote speaker, voorzitter van een themamiddag over ethische dilemma's en het leiden van een workshop die naar keuze ingericht kon worden, gaven de doorslag om af te reizen naar dit bijzondere land.

VOORBEREIDING

Juist voor een congres in een land met een totaal andere cultuur en ander politiek klimaat, is een gedegen voorbereiding op controversiële onderwerpen het halve werk. Daarbij hielp het dat al via de e-mail duidelijk was gemaakt dat men in Cuba, gezien de mix aan culturen, zeer ruimdenkend is. Anders dan in Italië en recent ook in Duitsland, zou men daar het debat over het levenseinde van patiënten in een vegetatieve toestand, ofwel niet-responsief waaksyndroom, niet schuwen. Moeilijker in te schatten was de toe te passen werkvorm in de workshop over *End-of-life dilemmas*. Ik kreeg alle vrijheid om die samen met een Cubaanse specialiste in ALS in te vullen. Alle ideeën daarover, zoals het werken met vignetten en gekleurde stemkaarten, werden direct goedgekeurd, ook al had men er nog nooit mee gewerkt. De vignetten die ik hier altijd tijdens het onderwijs over niet-responsief waaksyndroom gebruik, waren daarvoor ge-

schikt. Daarin worden naar Japans voorbeeld korte casussen gepresenteerd waarbij de deelnemers de beslissingen mogen nemen. Er verandert daarbij telkens een element, zoals wel of geen familie, leeftijd, of de gedachte dat je zelf die patiënt zou kunnen zijn. In deze workshop zouden we ook de vergelijking met dementie en sondevoeding inbrengen.

Het was bijzonder dat er twee weken voor het congres nog alle gelegenheid was om de tijdsduur en volgorde van programma's te wijzigen; een teken van Cubaanse flexibiliteit en vertrouwen, zoals men aangaf. Veel werk kreeg ik nog met de vraag of ik al tijdens de preconference een voordracht kon houden over *End-of-life decisions*. Een goede gelegenheid om daarvoor weer eens diverse Nederlandse proefschriften over dit onderwerp te lezen. Wie die stapel voor zich ziet, beseft pas goed hoeveel wetenschappelijk werk in ons land is verricht op zowat elk onderwerp rond het levenseinde, ook in relatie tot bijzondere doelgroepen. En als je daarbij nog de talloze online beschikbare (vertaalde) richtlijnen van beroepsverenigingen en jaarverslagen van Regionale Toetsingscommissies optelt, dan weet je waar we als klein land trots op kunnen zijn. Die trots betrof echter niet de Nederlandse bureaucratie om in Cuba te komen. Die bleek immers bij diverse instanties nog erger te zijn dan in Cuba zelf.

HET CONGRES

De preconference werd speciaal voor een kleine groep Cubaanse artsen, ethici en studenten gehouden in een primitief wijkgebouw. Daar kon ik in ruim een uur alle mogelijke medische beslissingen rondom het levenseinde presenteren in relatie tot het specialisme en de context in Nederland. Vooral het grote verschil in ziekenhuisopnamen vanuit de verpleeghuizen in Amerika en Nederland, vrijwel tegelijkertijd ook door Miel Ribbe in Amsterdam gepresenteerd, was voor de deelnemers verhelderend qua positionering en effect van het specialisme. In de discussie werden met name vragen gesteld over het verschil met klinische geriatrie en de opleiding.

Het driedaagse congres startte een dag later in een luxe ho-

tel in de chique ambassadewijk van Havana. De deelnemers kwamen vooral uit Cuba, Midden-Amerika, Verenigde Staten (Miami is vlakbij), Canada, China, Israël en een enkeling kwam uit Europa. Een wetenschappelijk congres is voor Amerikanen een van de weinige gelegenheden om in Cuba te komen, maar dan nog met allerlei restricties.

In de stad die het leven viert, kan vrij over de dood gesproken worden

De officiële opening was in stijl met een operazanger en het uitspreken van de missie door president Machado dat 'in de stad die het leven viert, vrij over de dood gesproken kan worden'. Daarna zagen we EEG-ritmes op muziek en stond de eerste dag verder in het teken van technische innovaties in relatie tot diagnostiek van bewustzijn en leerprocessen.

Na de voordrachten gingen de debatten vaak over de interpretaties van wat prachtig zichtbaar gemaakt kon worden, zoals bepaalde hersenactiviteit van een patiënt met een niet-responsief waaksyndroom na het horen van de stem van de moeder. De meningen waren verdeeld of dat ook herkenning van die stem betekent. De bijpassende stelling van de spreker '*we love with our brain not with the heart*' riep na alle gekleurde hersenplaatjes aanmerkelijk minder discussie op. 's Avonds bleek die stelling echter beperkt houdbaar te zijn, toen organisator Machado tussen de optredens van salsabands zelf de gitaar pakte en met de hand op het hart liederen zong over de kracht van *El Corazón* (het hart). Dat na zo'n avond het ochtendprogramma wat later begint dan gepland, kijkt niemand vreemd van op. Ook dat is Cuba. De tweede dag was een feest om samen met de Amerikaanse hoogleraar ethiek Kenneth Goodman (van het boek *Ethics and Evidence-Based Medicine*) een middag over ethische dilemma's voor te zitten en bruggen te slaan tussen de diverse landen. De focus lag daarbij vooral op de lotgevallen van mensen bij wie het bewustzijn nooit meer terugkeert. De deelnemers waren vooral artsen, ethici en juristen (als partner meegekomen).

In de levendige discussie na mijn voordracht over de langetermijnzorg en besluitvorming kwam veel bijval voor de visie dat artsen de verantwoordelijkheid moeten nemen voor de moeilijke beslissingen, zodat rechters op de achtergrond kunnen blijven. Vooral voor de Amerikaanse situatie, met betrokkenheid van vele rechters en politici (zoals president Bush bij Terri Schiavo), werd onze praktijk en visie als een belangrijke factor gezien om conflicten en dilemma's te voorkomen en op te lossen. Als je daarbij kunt laten zien dat de artsen die in verpleeghuizen moeilijke beslissingen moeten nemen speciaal worden opgeleid, dan vraagt men zich af waarom men elders niet op dat idee is gekomen. Een mooie vaststelling voor ons specialisme dat de behoefte aan zo'n specialisme breed werd gedeeld.





In de sessies over het omgaan met een mediahype rondom deze patiënten en over het omgaan met familie, kwamen vooral de culturele verschillen naar voren. Dat leidde soms tot opvallende aanbevelingen, zoals het helemaal weghalen van families uit de directe zorg voor hun naaste, ter bescherming van henzelf en ter voorkoming van conflicten. Met een lopend onderzoeksproject over de ethische dilemma's en conflicten tussen hulpverleners en familie over de behandeling en zorg, hopen we in Nederland een antwoord te vinden hoe daarmee kan worden omgegaan.

Men vond de huidige antwoorden blijkbaar al zo interessant dat op dat moment de vraag gesteld werd om de volgende ochtend een extra sessie te verzorgen over euthanasie en aanverwante thema's. Dankzij het meegebrachte notebok kon aan dat bijzondere verzoek voldaan worden. De deelnemers werden verrast met resultaten van kwantitatief en kwalitatief onderzoek, maar vooral ook door indringende videofragmenten over een dementerende verpleeghuisbewoner die zijn eigen euthanasieverklaring verscheurde. Dat maakte zichtbaar indruk. Een weergave van de actualiteit in Nederland over 'euthanasie en dementie', 'voltooid leven' en de 'levenseindekliniek' riep veel vragen op die ik met de zaal kon delen. Het refereren aan de actuele KNMG-standpunten en aan de actuele dissertatie van Marieke de Boer over *Advanced directives in dementia care* bracht geruststelling dat het niet 'u vraagt wij draaien is'. Palliatieve sedatie werd als een begaanbare weg gezien om het lijden te verlichten in voor hen herkenbare situaties.

Een rechter die recent in Washington een eerste euthanasiecasus had behandeld, stelde vragen over het verschil in

(juridische) controle tussen euthanasie en palliatieve sedatie. Een mooie conclusie vanuit de zaal was dat men door de inzage in een zorgvuldige en transparante Nederlandse praktijk, gekoppeld aan doorlopend wetenschappelijk onderzoek en toetsing, de negatieve beeldvorming die men uit de media had verkregen totaal had bijgesteld.

Dat was een mooie opmaat voor de afsluitende workshop over *End-of-life decisions*. Na wat schroom in het begin, kreeg iedereen daar de smaak van de interactie en het debat te pakken, zodat men steeds meer kleur bekende door middel van de stemkaarten op vragen, stellingen en vignetten. De introductie van een filosofie over *Bridge over troubled water* was blijkbaar niet voor niets geweest, want aan het eind waren 'de bruggen' geslagen. Vanuit grote verschillen in culturen, visies en juridische en politieke systemen, kwamen we uit op dezelfde motieven, missies en compassie voor mensen in de meest uitzichtloze situaties. En dan wordt het 'troebele water' weer helder.

Palliatieve sedatie werd als een begaanbare weg gezien om het lijden te verlichten

Die compassie zag ik ook in praktijk gebracht toen ik na het congres met een Europese collega rondgeleid werd in het ziekenhuis van Havana. Doordat artsen uitbetaald worden in Cubaans geld dat nauwelijks iets waard is, verdienen ze nog minder dan een straatmuzikant die geld bij toeristen ophaalt. Des te bewonderenswaardiger is hun deskundige toewijding en tomeloze inzet voor patiënten en familie, die gratis gebruik maken van alle diensten. Ik was onder de indruk van het hoge wetenschappelijke en inhoudelijke niveau van werken, zeker als je bedenkt dat de mogelijkheden beperkt zijn om zich via internet en buitenlandse congresbezoeken te ontwikkelen.

De afsluitende dagen in het fascinerende en muzikale oude centrum van Havana vormden een prachtig sluitstuk van een bijzondere week. Het was een eer om daar ambassadeur te zijn van een vak dat begint waar anderen stoppen; en dat antwoorden zoekt waar anderen niet eens de mogelijkheid krijgen om die te vinden. Onderzoekers die daar ook hun vondsten willen gaan brengen, zullen er meer dan welkom zijn.

LITERATUUR

1. Redactie TvV. Een proactieve benadering bij patiënten in een vegetatieve toestand: een gesprek met Jan Lavrijsen. *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde* 2004;28(4):21-3.
2. Machado C. Havana and the Coma and Death Symposia. *N Engl J of Med* 2004;351:1150-1151.

Correspondentieadres
j.lavrijsen@elg.umcn.nl

Reactie op artikel

Urineweginfecties in een psychogeriatrisch verpleeghuis¹

Dr. Hylco Bouwstra, specialist ouderengeneeskunde Zorggroep Groningen, locatie Maartenshof

In het tijdschrift van februari 2012 stelt collega Mulligen-van de Belt¹ in een helder praktijkartikel dat in ongeveer eenderde van alle vastgestelde urineweginfecties het blind gestarte antibioticum niet effectief is. Dit is aangetoond aan de hand van 15 positieve kweekuitslagen van psychogeriatrische bewoners met een urineweginfectie. Om het percentage effectief blind ingezette antibioticumbehandelingen hoger te krijgen wordt aanbevolen om vaker te kweken.

Sinds 2009 hebben wij in verpleeghuis Maartenshof en later op alle locaties van Zorggroep Groningen, een protocol ingevoerd waarbij de verpleegkundigen en/of dokters-assistenten zelf eenvoudig een directe resistentiebepaling kunnen uitvoeren bij bewoners met klachten van een urineweginfectie en een positieve nitriettest. De directe resistentiebepaling houdt in dat een petrischaal met een bepaalde voedingsbodem met verse urine wordt bestreken en dat met behulp van een dispenser diverse antibioticatabletten op de voedingsbodem worden geplaatst.

De kweek wordt in een broedstovf bij 37 graden bewaard en na 18-24 uur afgelezen waarbij de grootte van de bacterievrije zone rondom de tabletten bepaalt of de bacterie resistent, intermediair gevoelig of gevoelig is voor het desbetreffende antibioticum. Er is een goede overeenstemming gevonden tussen de uitkomst van directe resistentiebepalingen uitgevoerd in een verpleeghuis en de uitslagen van conventionele kweken.^{2,3} Zodoende kan de blind gestarte antibioticumkuur snel aangepast worden zonder dat er gewacht hoeft te worden op de uitslag van een ingezette resistentiebepaling in een extern microbiologisch laboratorium.

Omdat het opsturen van urinekweken vele malen duurder is dan het zelf uitvoeren van een directe resistentiebepaling is het een zeer kosteneffectieve methode die ook nog een snellere uitslag geeft dan een externe kweek.³ Alleen in zeldzame gevallen waar de bacteriesoort gedetermineerd moet worden, zal een kweek naar het laboratorium opgestuurd moeten worden.

Kortom, het zelf uitvoeren van een directe resistentiebepaling in het verpleeghuis is snel, betrouwbaar en kosteneffectief om urineweginfecties te behandelen. Ik zou aan de aanbeveling van collega Mulligen: 'vaker kweken, minder vaak blind behandelen' willen toevoegen: 'zelf kweken, minder vaak blind behandelen'.

LITERATUUR

1. Mulligen-van de Belt E van. *Urineweginfecties in een psychogeriatrisch verpleeghuis: vaker kweken, minder vaak blind behandelen*. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2012;1(37):44-7.
2. Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen. *Richtlijn urineweginfecties*, 2006.
3. Achterberg WP, Peerebooms PG, Bruhl KG. *Directe gevoeligheidsbepaling voor antibiotica bij de behandeling van urineweginfecties in een verpleeghuis*. Tijdschr. Gerontol Geriatr 1997;28(1):7-10.

Correspondentieadres

h.bouwstra@zorggroepgroningen.nl

FORUM

Commentaar

Emmy van Mulligen, specialist ouderengeneeskunde, Birkhoven Zorggoed, Amersfoort

Geachte collega Bouwstra,

Bedankt voor de reactie op mijn artikel. Ik vind het een prima aanvulling op mijn stuk en denk dat u een goed punt heeft. Het is een groot voordeel dat het resistentiepatroon zo snel bekend is, en mooi meegenomen dat het kostenbesparend is.

Ik ben wel heel benieuwd wat de voor- en de nadelen zijn van deze methode. Is het veel extra werk? Is het logistiek haalbaar als je veel kleine locaties hebt? Welke apparatuur heb je nodig en wat zijn de kosten daarvan? Krijg je als uitslag alleen een resistentiepatroon of weet je ook om welke bacterie het gaat?

Ouderenpsychiatrie in Amsterdam

Goede ketenzorg en samenwerking met de GGz

René Verfaillie, specialist ouderengeneeskunde en Monique Bogaerts, beleidsmedewerker Verenso

INLEIDING

De bevolking wordt ouder en daarmee nemen hulpbehoeften en cognitieve stoornissen toe. Dit geldt ook voor psychiatrische patiënten. Er is sprake van een toestroom van psychiatrische patiënten naar verpleeghuizen. De samenwerking tussen GGz en V&V komt langzaam maar zeker op gang. In de regio Amsterdam zochten GGz-organisaties en de verantwoordelijk specialisten ouderengeneeskunde naar een manier om de psychiatrische patiënten te verhuizen naar verpleeghuizen. Over dat proces gaat dit artikel.

GECONSTATEERDE AANDACHTSPUNTEN

- De V&V-sector en de GGz-sector hanteren verschillende definities van het begrip crisis.
- Het komt regelmatig voor dat er binnen de psychiatrie geen spoedplaats beschikbaar is.
- Voor de crisisdienst van de GGz is het regelen van een spoedopname in een verpleeghuis moeizaam.
- Binnen de regio Amsterdam is behoefte aan een time out/aanvullende diagnostiekvoorziening waar geriatrische patiënten met niet-hanteerbare problematiek voortvloeiend uit de geestesstoornis naar toe kunnen.
- Er vindt een afbouw plaats van de chronische intramurale zorg voor de oudere psychiatrische patiënt in de GGz. Dit komt onder andere door veranderingen in de financiering.

DE AANLEIDING EN HET PROCES

Een conflict over een patiënt die als een hete aardappel heen en weer werd geschoven tussen VU medisch centrum, psychiatrische klinieken van GGz inGeest en het verpleeghuis Jan Bonga was de aanleiding om met elkaar in gesprek te gaan. De volgende punten werden duidelijk:

- Voor verpleeghuizen is een heldere eenduidige communicatie met de GGz noodzakelijk.
- Voor de GGz is het belangrijk dat er opnames in verpleeghuizen kunnen worden gerealiseerd.
- De GGz is niet in staat onmiddellijk problematische patiënten over te nemen.
- De verpleeghuizen vragen (te) laat advies aan de GGz bij complexe situaties in het verpleeghuis met bijkomende psychiatrie.

- Een kleine groep patiënten is zeer moeilijk plaatsbaar. Dit zijn vooral jongere patiënten met hersenschade (meestal niet aangeboren), met niet te hanteren gedragsstoornissen of niet in te stellen psychiatrische problematiek, maar vooral met gevaar voor medebewoners en medewerkers.

DE OPLOSSINGSRICHTING

De conclusie van de gesprekken was dat de problemen binnen de ouderenpsychiatrie in Amsterdam alleen zijn op te lossen met goede communicatie en via een goed netwerk en ketenzorg. Het vereist een structureel overleg en afspraken tussen partijen. De volgende afspraken werden gemaakt. De verpleeghuizen kregen een vast contactpersoon bij de GGz toegewezen voor consultatie. Deze persoon geeft consultatie en advies, doet beoordelingen en bemiddelt bij noodzakelijke opnames en overplaatsingen naar de GGz. Daarnaast werd een netwerk opgezet tussen de GGz/ziekenhuizen en verpleeghuizen met heldere afspraken over de routing van de patiënten binnen het netwerk. Ook werden de doelgroepen vastgesteld die in aanmerking komen voor doorstroming vanuit de GGz naar het verpleeghuis. Verder werd helder gemaakt welke beschikbare plaatsen (wel/geen spoed/tijdelijke) er in de verpleeghuizen zijn. Dit alles met als doel het opzetten van goede ketenzorg voor oudere psychiatrische patiënten met stabiele psychiatrie en voor psychogeriatrische patiënten met bijkomende gedragsproblematiek. Hieronder volgt een beschrijving van het netwerk en de ketenzorg gerontopsychiatrie in Amsterdam.

CRISISZORG

Crisiszorg werkt twee kanten op. Bij een crisis in het verpleeghuis kan directe opname door de GGz wenselijk zijn. Bij een crisis thuis, waarbij de GGz betrokken is, kan een directe opname in het verpleeghuis wenselijk zijn. Bij de crisisdienst van de GGz van Amsterdam is er behoefte om patiënten zonder acute floride psychiatrie, maar die in crisis zijn door bijkomende psychogeriatric of met complexe somatiek en/of gedragsproblemen, direct te plaatsen binnen het verpleeghuis. Voor verpleeghuis Jan Bonga (Amsta) zijn er samenwerkingsafspraken met GGz inGeest voor consultatie en psychiatrische (spoed) opname. Door deze afspraken kan in Jan Bonga iemand sneller worden opgenomen en ook sneller worden uitgeplaatst (opname garantie voor maximaal zes weken).

Door de samenwerking en sluitende werkafspraken is een snelle opname in het verpleeghuis Jan Bonga (Amsta) mogelijk geworden van patiënten van de GGz bij crisissituaties. Bij Jan Bonga wordt de consulent, een specialist ouderengeneeskunde van GGz inGeest, zo nodig in consult gevraagd bij het opnameproces. De GGz is betrokken geweest bij het opstellen van de opnamecriteria. Er is een ruime beschikbaarheid voor kort overleg vanuit de GGz. Bij crisisopname kan dat direct en bij afwezigheid is waarneming geregeld. GGz inGeest denkt en handelt dan mee. Dit geeft een gevoel van veiligheid voor de zorg en is als vangnet voor het verpleeghuis heel belangrijk. Bij acute floride psychiatrische beelden, vaak met gevaar voor de persoon of derden, die niet binnen het verpleeghuis te hanteren zijn, dient de patiënt meestal acuut binnen de psychiatrie opgenomen te worden of zo nodig te worden teruggeplaatst. Hierover zijn afspraken gemaakt met de GGz.

INTERVENTIEAFDELING OSIRA

Naast de ketenafspraken met verpleeghuis Jan Bonga (Amsta) is vanuit verpleeghuis de Driehoven van een andere zorgorganisatie (Osira) in samenwerking met de GGz een interventieafdeling opgezet. De afdeling geeft kortdurende behandeling voor ouderen met gerontopsychiatrische of psychogeriatrische gedragsproblematiek die elders niet te hanteren zijn. De opname is voor maximaal drie maanden. Op de interventieafdeling wordt diagnostiek gedaan naar de problematiek, wordt goed geobserveerd en worden verschillende benaderingsmogelijkheden zo creatief mogelijk uitgetoet. Ook kunnen door de betere observatie en afzonderingsmogelijkheden sneller medicatieveranderingen worden ingesteld. Voor verpleeghuis Jan Bonga is afgesproken dat verzoek voor opname op de interventieafdeling verloopt via de vaste consulent. Soms stelt de consulent ook zelf een opname voor op de interventieafdeling, bijvoorbeeld om iemand met gedragsproblemen in te stellen op andere of minder psychofarmaca.

CHRONISCHE GERONTOPSYCHIATRIE

Na het overhevelen van een groep jong dementerenden naar kleinschalig wonen en de wens bij GGz Arkin om een woonafdeling te sluiten waar nog 14 oudere chronische psychiatrische patiënten verbleven, had verpleeghuis Jan Bonga (Amsta) de ambitie om deze groep op te nemen en een afdeling neuropsychiatrie op te zetten. Het management en behandelteam van Jan Bonga hebben samen met de behandelteam van Arkin de randvoorwaarden geformuleerd onder welke omstandigheden de psychiatrische ouderenzorg en de behandeling van jong dementerenden overgenomen kon worden door het verpleeghuis:

- heldere ketenafspraken (wie doet wat op welk moment)
- samenwerking in de keten (vast aanspreekpunt, consultatie, bereikbaarheid, beschikbaarheid)
- vaststellen benodigde competenties verzorgend personeel in het verpleeghuis

- vaststellen eventuele aanpassingen op de afdeling (bouw, gesloten deur, bedalarmering, voldoende beschermde loopruimte)
- organisatiedeskundigheidsbevordering en leerklimaat.

HET RESULTAAT NA EEN JAAR

Door de structuur en meer zorggerichte visie van het verpleeghuis (zorg, structuur en welzijn) met aandacht voor zoveel mogelijk behoud van autonomie voor de patiënt is een verandering waarneembaar bij de patiënten. Er zijn geen bedlegerige patiënten meer (de helft van de patiënten leefde voor opname voortdurend in bed). De patiënten lopen rond en socialiseren in de leefeenheid die zij met elkaar vormen. De patiënten zijn zichzelf beter gaan verzorgen of worden beter verzorgd. Meer aandacht voor welzijn, woonomgeving en samenwonen in een groep zorgt voor minder psychiatrisch gedrag. Het lijkt dat er met plaatsing van deze groep psychiatrische patiënten in een verpleeghuis een therapeutische meerwaarde is te halen. Het behandelteam en het zorgteam zijn aangenaam verrast door de uitkomst. Onmisbaar is dat er een enthousiast goed samenwerkend team is en dat er goede ondersteuning is van eigen behandelaars en psycholoog en een goede achterwacht en consultatie vanuit de GGz. In een jaar tijd hebben zich slechts enkele crisissituaties voorgedaan waarbij directe bemoeienis vanuit de GGz noodzakelijk was.

CONSULTATIE

In Jan Bonga (Amsta) is gekozen voor structurele consultatie van de specialist ouderengeneeskunde van GGz inGeest. In eerste instantie, gezien het aantal gerontopsychiatrische patiënten, niet een voor de hand liggende keuze. Men zou eerder denken aan een psychiater. Uit de samenwerking bleek echter dat de specialist ouderengeneeskunde meer zicht had op de specifieke problematiek binnen het verpleeghuis. De samenwerking verloopt daardoor soepeler, meer laagdrempelig en is meer praktijkgericht. De specialist ouderengeneeskunde heeft een belangrijk GGz-expertise en de mogelijkheid om andere disciplines, waaronder de psychiater, in te schakelen. Hiermee kan de GGz de benodigde behandeling en advies leveren.

GRENZEN

Zijn ketenzorg en netwerkbenadering de oplossing voor de problemen van de oudere psychiatrische patiënten in Amsterdam? Voor de meeste patiënten wel, maar er blijft een kleine groep patiënten waarvan we moeten concluderen dat die nog steeds moeilijk op te vangen is binnen het circuit. Jongere patiënten met hersenschade (meestal niet-aangeboren), met niet te hanteren gedragsstoornissen of niet in te stellen psychiatrische problematiek, maar vooral met gevaar voor medebewoners en medewerkers kunnen niet chronisch opgenomen worden binnen de verpleeghuiszorg. Hiervoor moet een intramurale voorziening voor chronisch wonen in een therapeutisch leefklimaat binnen de psychiatrie komen. Het specialistische verpleeghuis Jan

Bonga (Amsta) is uitermate helder over de grenzen die ze stelt bij het opnemen van psychiatrische patiënten: 'patiënten met impulsdoorbraken, agressie en/of ernstig verslavingsgedrag behoeven een continue specialistisch psychiatrisch therapeutisch leefklimaat en dit kan alleen voldoende geleverd worden door psychiatrische instellingen waar psychiatrische verpleegkundigen de zorg verlenen'.

FINANCIERING

Met de modernisering van de AWBZ is de ouderenpsychiatrie overgeheveld naar de zorgverzekering. Hierdoor beschikken de patiënten die worden opgenomen in het verpleeghuis niet over een passende indicatie (VV ZZP-indicatie). De V&V-sector heeft deze doelgroep (nog) niet beschreven in ZZP-termen. Ondanks de inspanningen van de instelling (scholing, uitbreiding formatie) om een therapeutisch leefklimaat te scheppen binnen de bestaande ZZP's is extra financiering nodig. In samenspraak met het CIZ hebben de bewoners een V&V ZZP 7 gekregen. Dit blijkt een stap in de goede richting te zijn. Zo is het ma-

nagement financieel in staat therapeutische dagbesteding te realiseren en bouwaanpassingen die zorgen voor de gewenste bewegingsvrijheid in een gecontroleerde omgeving. Onverlet blijft dat de (therapeutische) dagbestedingsmogelijkheden onder druk staan. Juist deze dagbesteding is belangrijk om agressie, impulsdoorbraken en dwangmatig gedrag te voorkomen. Hier zou meer ruimte voor moeten komen in de ZZP's. Dit geldt met name voor de groep jong dementerenden, uitbehandelde jonge chronische psychiatrische patiënten en oudere psychiatrische patiënten met bewegingsdrang.

Een uitgebreidere beschrijving van dit proces vindt u op het regio-gedeelte van de Verenso-ledenwebsite met als titel 'Ouderenpsychiatrie in de regio Amsterdam'.

Correspondentieadres
mbogaerts@verenso.nl

Verenso-BEURS voor onderzoek

Het jaar 2012 is een bijzonder jaar voor Verenso. Op 30 november 2012 bestaan wij 40 jaar! Om dit te vieren stelt Verenso een BEURS in. Deze BEURS heeft als doel de onderbouwing van ons vakgebied, de ouderengeneeskunde, te bevorderen. Het aanvragen van een subsidie uit de BEURS staat open voor specialisten ouderengeneeskunde, sociaal geriaters en specialisten ouderengeneeskunde in opleiding, die lid zijn van Verenso. Denk hierbij aan een promotie-onderzoek, onderzoek over specifieke aandoeningen in de praktijk van de specialist ouderengeneeskunde of de onderbouwing van practice based geneeskunde. Verschillende vormen van onderzoek zijn dus mogelijk.

Verenso stelt op haar verjaardag € 10.000,- beschikbaar voor dit doel. Daarnaast zullen we ons inzetten om fondsen te werven voor het in stand houden van de BEURS. Organisaties of personen die de BEURS een warm hart toedragen, kunnen een bijdrage storten op het Verenso rekeningnummer 48.80.57.159 t.n.v. BEURS Verenso. Iedere bijdrage is welkom.

Op 30 november, tijdens het Verenso-jaarcongres, maken wij bekend wat de bestemming van de BEURS in 2012 wordt. Tot die tijd houden wij u op de hoogte van alle inzendingen via www.verenso.nl. Ingezonden subsidieaanvragen die voldoen aan de voorwaarden voor de BEURS, worden hier kort beschreven.

Deadline indienen van projectvoorstel

Aanvragen voor een subsidie dienen uiterlijk maandag 1 oktober 2012 in het bezit te zijn van Verenso. Uw aanvraag dient te voldoen aan de eisen zoals gesteld in het document 'Voorwaarden toekenning subsidie uit Verenso-BEURS'. Dit document vindt u op de website van Verenso: www.verenso.nl.



Verankering gewone leerstoel ouderengeneeskunde in Maastricht

Na omzetting bijzondere leerstoel verpleeghuisgeneeskunde

Prof. dr. Jos M.G.A. Schols, hoogleraar ouderengeneeskunde MUmC, Maastricht

Recent is de bijzondere leerstoel verpleeghuisgeneeskunde aan de Universiteit Maastricht (UM) omgezet in de gewone leerstoel ouderengeneeskunde. Daarmee is het specialisme ouderengeneeskunde nu structureel verankerd binnen deze universiteit.

De leerstoel wordt sinds 2008 bekleed door prof. dr. Jos Schols, die daarvoor reeds bijzonder hoogleraar chronische zorg was aan de Universiteit van Tilburg.

De leerstoel ouderengeneeskunde (in het Engels voor het onderscheid met geriatrics vertaald tot 'old age medicine' en dus niet tot 'elderly care medicine' (omdat het niet gaat om medicijnen voor de ouderenzorg zelf)) heeft zijn primaire thuisbasis bij de Vakgroep Huisartsgeneeskunde (hoofd prof. dr. J. Metsemakers) maar ook een tweede basis bij de multidisciplinaire vakgroep Health Services Research (hoofd prof. dr. D. Ruwaard). Binnen deze vakgroep HSR ligt de focus op *chronic care and aging*. Vanuit de leerstoel ouderengeneeskunde wordt binnen deze vakgroep vooral samengewerkt met de leerstoel sociale gerontologie (prof. dr. Ruud Kempen) en de leerstoelzorg voor ouderen (prof. dr. Jan Hamers). Verder is er op projectniveau samenwerking met de ook bij HSR ondergebrachte leerstoelen technologie in de zorg, gezondheidseconomie, health technology assessment (HTA) en gezondheidszorgbeleid.

De leerstoel ouderengeneeskunde heeft zich sinds 2008 sterk ontwikkeld. Inmiddels is het specialisme ouderengeneeskunde structureel verankerd in het basiscurriculum van de Maastrichtse artsenopleiding. De onderwijscoördinatie geschiedt op enthousiaste wijze door drs. Rachele Arends, specialist ouderengeneeskunde die daarmee samen met Jos Schols het hart van ons vakgebied vormt aan de UM. Beiden werken ook nog bij Vivre, een grote zorgorganisatie in Maastricht en het Heuvelland: Rachele als specialist ouderengeneeskunde en Jos als Manager Behandeling & Begeleiding.

BIJDRAGE AAN MEDISCH ONDERWIJS

In de bachelorfase van de medische opleiding is er structurele betrokkenheid bij het 2e-jaarsblok aging en wordt in het tweede jaar ook nog een eigen keuzeblok verzorgd. In de



nieuwe masterfase vanaf het studiejaar 2012-2013 is er ook een structurele plek ingeruimd tijdens de coschappen en ten slotte is er actieve participatie ten aanzien van zowel de participatie- als de wetenschapsstages in het laatste studiejaar.

BIJDRAGE AAN ONDERZOEK

Het eigenonderzoek vanuit de leerstoel ouderengeneeskunde richt zich in grote lijnen op:

- de epidemiologie en achtergrond van relevante medische -en zorgproblemen bij ouderen en mensen met een chronische ziekte, en tevens op EB-interventies hiervoor;
- geriatrische revalidatie;
- transformatieprocessen en innovatie in de (medische) zorg voor ouderen.

Voor het onderwijs en onderzoek werkt de leerstoel ouderengeneeskunde nauw samen met een academisch netwerk van verpleeghuizen in Zuid-Limburg. Hierover wordt elders in dit tijdschrift nog nader gerapporteerd.

Extern is de leerstoel nauw betrokken bij een PhD-exchange-programma waaraan de UM en universiteiten in onder andere Berlijn en Graz participeren. Voorts wordt deelgenomen aan BENECOMO, het Belgisch Nederlands Consortium Mondzorg Ouderen, een research-samenwerkingsverband vanuit de universiteiten te Gent, Leuven, Nijmegen, Groningen en Maastricht waarin ook een aantal promotieprojecten op het gebied van de mondgezondheid loopt. Ten slotte wordt incidenteel meegewerkt binnen Europees gefinancierde projecten (vanuit EU).

De onderzoeksactiviteiten hebben inmiddels geleid tot vele internationale en nationale wetenschappelijke publicaties. Daarbij is Jos Schols ook actief in diverse nationale en internationale gremia en lid van de editorial board e/o referent voor meerdere nationale en internationale journals. De afgelopen vijf jaar was hij als promotor betrokken bij tien promoties. Op dit moment is hij in dezelfde hoedanigheid actief in 15 lopende promotietrajecten. Gert-Jan van

der Putten (2011) en Daisy Janssen (22-maart 2012!) promoveerden als eerste 'verpleeghuisartsen' mede onder zijn leiding. En er komen er in de toekomst nog enkele aan. Het zal duidelijk zijn dat hij daar in het bijzonder trots op is!

Correspondentieadres

jos.schols@maastrichtuniversity.nl

De meeste mensen gaan hier dood

Leven in een hospice

Annemarie den Dulk en Martin van Leen, specialisten ouderengeneeskunde



Auteur: Katja Meertens
Uitgever: Uitgeverij Balans, Amsterdam
Aantal pag: 272
ISBN: 978 94 600 3239 4
Prijs: € 18,95
Aantal sterren: 3

Het boek 'De meeste mensen gaan hier dood. Leven in een hospice' van Katja Meertens (1973) laat de lezer meekijken in de dagelijkse praktijk van een hospice.

De schrijfster is journalist en werd tijdens het maken van een reportage over het palliatief centrum Cadenza gegrepen door de mensen in het hospice die met de dood voor ogen toch nog alles uit het leven probeerden te halen. Ze zag dat de meeste mensen een opname in het hospice als zeer waardevol en rustgevend ervaren. Zij was bovendien onder de indruk van het werk van verzorgers, vrijwilligers en artsen in het hospice. Zij besloot een boek te schrijven en volgde daarvoor een jaar lang het palliatief centrum Cadenza in Rotterdam.

Aan de hand van indringende persoonlijke verhalen beschrijft Katja Meertens het dagelijks leven van mensen in het hospice. Het boek schetst een realistisch beeld van medisch ethische dilemma's rondom het levenseinde. De verschillende verantwoordelijkheden voor zowel professionals als cliënten en hun naasten worden helder beschreven. De eerste hoofdstukken vereisen wel enig doorzettingsvermogen van de lezer, maar hoe verder in dit boek hoe meer je geboeid wordt door de problematiek.

De geschiedenis van de palliatieve zorg wereldwijd en de opkomst van hospices zorgen voor achtergrondinformatie. Bovendien wordt aandacht besteed aan euthanasie. Het soms emotionele proces voor alle betrokkenen rondom een euthanasieverzoek wordt aan de hand van enkele persoonlijke verhalen beschreven. Het spanningsveld tussen het omgaan met de wens van de patiënt en de wettelijke zorgvuldigheidseisen die gelden voor euthanasie wordt vanuit meerdere invalshoeken belicht. Daarnaast komt het toepassen van palliatieve sedatie uitgebreid aan bod in het boek. Het laat zien dat palliatieve sedatie, zeker in Cadenza, steeds vaker toegepast wordt en een belangrijke bijdrage kan leveren aan de symptoomverlichting in de laatste levensfase.

De beschreven gesprekken tussen de patiënten en de geestelijk verzorger, psycholoog, verpleging of arts geven een mooi beeld van de enorme inzet, kennis en het inlevingsvermogen van het multidisciplinaire team bij het begeleiden van mensen die moeten omgaan met hun naderende einde. Er wordt bovendien stilgestaan bij hoe naasten voorbereid kunnen worden op rouwverwerking na het verlies van hun dierbare.

In de inleiding van het boek geeft de schrijfster al direct blijk van grote affiniteit met palliatieve zorg. In de eerste hoofdstukken worden de mensen die een rol spelen in het boek geïntroduceerd. Hier moet je even doorheen bijten. Het inzicht van de schrijfster ten aanzien van het werk van vrijwilligers en professionals in het hospice en in het bijzonder van het werk van de specialist ouderengeneeskunde maakten samen met de waardevolle theoretische achtergrondinformatie over palliatieve zorg het lezen van dit boek zeker de moeite waard.

Correspondentieadres

m.vanleen@avoord.nl

Ondertussen in Tilburg

Verlag van een symposium in een lief ziekenhuis

Susanne de Kort

De reis voerde naar het beoogde liefste ziekenhuis van het land. Huh?! Een *lief* ziekenhuis? Dat moet bijna wel een van de zeven wereldwonderen zijn. De Lonely Planet schijnt over de kruikenzeikerstad Tilburg te zeggen dat je haar vanwege haar sombere uitstraling beter links kunt laten liggen, maar het St. Elisabeth Ziekenhuis met haar project over menslievende zorg vond ik een bezoek meer dan waard. Mijn grootste worsteling als beginnend aios is het vinden van de beste medische oplossing die tegelijk ook passend bij de patiënt en zijn naasten moet zijn. Het voelt geregeld als een spagaat om zowel medisch technisch als ook empatisch te handelen. Als een ziekenhuis lief kan zijn – vooralsnog interpreteer ik dat uit de context getrokken woord dus maar als empatisch – dan zou een verpleeghuis dat natuurlijk al helemaal moeten kunnen zijn.

De beleidsmakers van het ziekenhuis en aangetrokken onderzoekers (veelal zorgerthici) die dit project samen tot stand brengen, hebben wat uit te leggen. De betekenis van dat lief is gelukkig ook punt van discussie op het druk bezochte symposium dat op 22 maart 2012 gehouden werd. Het bijvoeglijk naamwoord blijkt allereerst provocerend bedoeld: het roept diverse reacties op van een allergie tot *'je bent nou eenmaal behept met dat gen of niet of het past meer bij zusters dan bij dokters...'*. Er ontstaat in elk geval discussie en deze leidt al gauw naar de vraag: wat is goede zorg? Deze vraag lijkt mij nooit afdoende beantwoord en moet in elke context opnieuw gesteld worden. Het pleit voor dit project dat men het einddoel en daarmee de deadline niet precies voor ogen heeft.

Volgens Andries Baart, bijzonder hoogleraar Presentie en Zorg aan de Tilburg University en tevens drijvende kracht achter dit project, zijn er vier pijlers waarop goede zorg rust. Goede zorg is tegelijk kwaalgericht, mens-, uitvoerings- en houdingsgericht. Meestal gaat het wel goed met de 'verzorgde' aandacht voor de kwaal en een 'bezorgde' houding. Wij als hulpverleners zijn vaak echter minder goed in een 'zorgzame' -lees aandachtige- relatie met de patiënt en een 'zorgvuldige' -lees responsieve- uitvoering van de zorg. In het kader van het project menslievende zorg werd onder andere onderzoek gedaan op de Spoed Eisende Hulp (SEH) van het St. Elisabeth Ziekenhuis. Patiënten op de SEH werden gevolgd en hun ervaringen van de ontvangen zorg werden als volgt geanalyseerd. Men lette op allerhande worstelingen van de patiënt (opgaven genoemd) en ging na in hoeverre hulpverleners op deze opgaven afstemden. Dit bleek vaak mis te gaan.

Goede reisgidsen geven levendige beschrijvingen waarmee je je als het ware vanaf de bank in de huiskamer al op de plaats van bestemming lijkt te bevinden. Zo'n levendige beschrijving tijdens dit symposium was voor mij de volgende casus:

Er kwam een vrouw met een ernstige verwonding aan haar hoofd binnen op de SEH. Zij werkte niet goed mee en wilde voortdurend naar huis, terwijl de hulpverleners eerst verder onderzoek wilden doen. Na verloop van tijd werd deze patiënte betiteld als een lastig geval, een niet meewerkende patiënt. Ondertussen had patiënte haar 'opgave' kenbaar gemaakt aan de steeds aanwezige onderzoeker. Zij wilde namelijk naar huis omdat zij haar hondje met een bakje water opgesloten had op het toilet. Door haar ongeluk in huis had zij een glas kapot laten vallen en zij had willen voorkomen dat haar hond zich met zijn pootjes zou verwonden aan de scherven. Daar op de SEH kon zij aan niks anders meer denken dan aan haar opgesloten hondje.

Als hulpverlener moeten wij deze diverse grote en kleinere opgaven van de patiënt oppikken. Het onderzoek op de SEH wees uit dat hulpverleners de relatief zwaardere opgaven juist vaak het minst goed opmerken. Als we volgens de onderzoekers geen aandacht hebben voor de worstelingen van de patiënt dan bestaan er veel 'mismatches' en maken we het leed van de patiënt alleen maar groter. Als we wel opmerkzaam en responsief zijn, kunnen we tot menslievende zorg komen.



Gemaakt door 'Medische fotografie, Sint Elisabeth Ziekenhuis Tilburg'.

Er komen nog veel mensen aan het woord. Er is nadrukkelijk ruimte ingebouwd voor het perspectief van de (hulpverlener als) patiënt. De beleving staat centraal en hulpverleners blijken dan toch nog al te vaak horken. Maar dat niet alleen. Het gaat ook veel over het gezondheidszorgsysteem waarin steeds meer waarde aan efficiëntie gehecht wordt en dat vaak maar weinig tijd en ruimte aan de interactie tussen patiënt en hulpverlener biedt.

Er is ook een spreker uit onze 'eigen' wereld uitgenodigd. Mariëtte Keijser, bestuursvoorzitter van Sevagram zorggroep, vertelt bevlogen over het implementeren van moreel beraad en zorgethiek. Zij houdt een pleidooi voor terug naar het hart in de zorg en vindt dat dit goed samengaat met efficiënt ondernemerschap. Het streven alleen al verdient volgens mij een pluim.

Als het om waardegestuurde zorg gaat, dan kan het natuurlijk geen kwaad om hier ook kritische vragen bij te stellen. Dit is wel toevertrouwd aan Margo Trappenburg, bijzonder hoogleraar 'politieke aspecten van de verzorgingsstaat en overlegeconomie' aan de Universiteit van Amsterdam. Zij noemt drie valkuilen voor een ziekenhuis dat lief wil zijn. Lieve zorg is niet hetzelfde als leuk winkelen waarbij alles wat je hartje begeert te koop is of verblijven in een luxe hotel dat de gezondheidskosten tot (voor de meesten) onbetaalbare hoogte zal opstuwten. De derde geschetste valkuil schuurt tegen mijn eigen geworstel met het willen zijn van een tegelijk technische en empathische specialist ouderengeneeskunde aan. Als hulpverlener moeten we niet al te lief willen zijn. Een zekere professionele afstand is geen onzin. Je moet als hulpverlener zowel empathisch zijn als niet verdrinken in het probleem, aldus Trappenburg.

Zelf vind ik het verhelderend om bij een waarde ook de tegenpool of andere kant van de glijdende schaal te zien. Toen ik de vraag over wat het tegengestelde van lief is, voorlegde aan het discussiepanel, kwamen er zeer diverse antwoorden. Niet-lief is volgens de een streng, zoals de huisarts bijvoorbeeld zijn poortwachterrol moet vervullen, niet-lief wordt met professionele distantie geassocieerd, niet-lief zou zakelijk en efficiënt zijn en volgens weer een ander is het niet lief als hulpverleners vooral met zichzelf bezig zijn,

in hun eigen logica blijven hangen. Niet zo gek dus dat het nogal gissen blijft naar de betekenis van lief.

Het verbaast mij dat Baart zich boos maakt wanneer hij vaststelt dat er geen meetinstrument is voor een 'lief' ziekenhuis. Als er zoveel dimensies gelden als tegenpool van lief dan vind ik dat niet verwonderlijk. En aangezien het leveren van goede zorg een dynamisch en nooit eindig proces blijft, vind ik het maar beter dat juist hier geen standaard voor is bedacht. Er wordt al zoveel gemeten in de zorg. En met meten kom je lang niet alles te weten...

Aandacht, door sommigen op dit symposium *presentie* genoemd, is op zichzelf al een waarde. Zo zijn wij als hulpverlener ontvankelijk voor de opgave van de patiënt. De uitwerking van het present dan wel echt aanwezig zijn, wordt nogal eens onderschat. Kortom, dit symposium had een bijdrage aan een reis naar een beter zorgland.

Voor wie meer wil lezen over dit project in het bijzonder of zorgethiek in het algemeen:

- Gert Olthuis & Carlo Leget (red.). Menslievende zorg in de praktijk. Berichten uit het St. Elisabeth Ziekenhuis. Den Haag: Boom/Lemma, 2012.
- Linus Vanlaere & Chris Gastmans. Zorg aan zet. Ethisch omgaan met ouderen. Leuven: Davidsfonds, 2010.
- Inge van Nistelrooy. Basisboek zorgethiek. Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen. Heeswijk: Uitgeverij Abdij van Berne, 2008.
- Annemarie Mol. De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Amsterdam: Van Genep, 2006.
- Annelies van Heijst. Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Klement, 2005.

Zie ook: www.zorgethiek.nu en www.liefziekenhuis.nl

Correspondentieadres
susannedekort@hotmail.com

't Hijgend Hert

Jacobien Erbrink



Peter fietste in volle vaart door Vught op weg naar het verzorgingshuis. Onderweg liet hij zijn gedachten gaan over het komende MDO met Freek Braam. Freek was een bijzonder geval, een man zonder ogen, slechthorend en met een zeer bescheiden IQ. Wat een bestaan. Peter dacht terug aan zijn eerste ontmoeting met Freek. Hij had niet geweten hoe iemand zonder ogen eruit zag en zich een soort doodshoofd voorgesteld, iets met holle lege oogkassen en een hoog voorhoofd. Zijn opluchting was groot geweest toen Freek eruit bleek te zien als iemand met zijn ogen dicht.

Die kennismaking van een half jaar terug was geen succes geweest. Freek had grote behoefte aan vaste rituelen en personen. Die vreemde dokter had hij stelselmatig genegeerd. Na zijn introductie en de vraag van zuster Jeannet 'Freek vertel eens wat voor boek je aan het luisteren bent' was alleen nog de stem op de CD te horen geweest. Toen Peter zijn arm aanraakte had Freek hem snel weggeduwd. 'Ik ben bezig, hoor, ik ben bezig' had hij geroepen en het geluid van de CD nog een tandje harder gezet.

In het verzorgingshuis stond Jeannet hem al op te wachten met het dossier. Onderweg naar de kamer van Freek bespraken ze hun tactiek. Jeannet had Freek enkele keren gezegd dat vandaag de dokter langs zou komen, in de hoop dat hij er nu een beetje op voorbereid zou zijn. Peter vroeg zich af welke insteek ze vandaag moesten kiezen. 'Ik weet nog wel wat', stelde Jeannet hem gerust. Ze belden aan. Toen Freek een geluid gaf, liepen ze naar binnen. 'Dag Freek', riep Jeannet, 'ik ben Jeannet, met dokter Prins'. Freek zat op het bed, hij draaide zijn gezicht naar het geluid. 'Oh, zijn jullie daar weer?' Hij hield met twee handen een stapel CD's vast. 'Ik wilde net een boek gaan luisteren'.

Peter ging recht voor Freek zitten. 'Dag Freek, wat heb je veel luisterboeken', begon hij. Freek frommelde met de stapel CD's. 'Welk boek ben je aan het luisteren?' Een leeg papieren hoesje werd naar hem uitgestoken. Peter kon op het hoesje geen naam ontdekken. Hij durfde niet verder te vragen uit angst dat Freek de speler aan zou zetten en het gesprek ten einde zou zijn. Jeannet schraapte haar keel. 'Freek, je kunt zo mooi orgelspelen.' Freek grijnsde meteen breed. Hij bleek hele mooie tanden te hebben. 'Wat speel je het liefst, Freek?'

'Psalm 42', klonk het onmiddellijk, 't hijgend hert der jacht ontkomen'. 'Wil je niet een stukje spelen voor ons?', probeerde Jeannet. Freek stond op om naar zijn orgel te schuifelen. Langzaam gleed hij in de orgelbank. Peter keek naar zijn tas-

tende handen, de kromme vingers. Het leek hem een wonder als je met zulke handen orgel kon spelen. Freek reikte naar de aan-knop, een licht gezoem doorbrak de stilte. Hij liet zijn handen over de toetsen glijden, zangerige klanken vulden ineens de kamer. Het klonk als een stemmend orkest. Plotseling herkende Peter de melodie van psalm 42, op hele noten, en zijn hart sloeg een slagje over. Een wonder! Beelden van de houten kerkbanken uit zijn jeugd kwamen voorbij, het rode liedboek voor de kerken, de sopraan van zijn moeder en de tenor van dominee Zijp die nietsvermoedend vanaf de preekstoel in de microfoon galmde. Hij leunde met zijn ogen dicht achterover en neuriede mee.

Freek zong ook mee, steeds alleen de klinkers aan het einde van een regel. Het klonk Peter nogal oud berijmd in de oren. Zelf kende hij het *Hijgend Hert* eigenlijk alleen als de *Moede Hinde die naar het Klare Water smacht*. Nieuwe berijming dus. Freek moduleerde intussen naar het tweede couplet, 'k heb mijn tranen onder 't klagen...'¹ Peter voelde iets in zijn borst warm worden terwijl hij naar de man achter het orgel keek. De aanblik van dat gezicht zonder ogen glimlachend opgeheven en zijn kromme vingers, trefzeker over de toetsen dartelend, werd hem bijna teveel. Hij ontweek de nieuwsgierige blik van Jeannet.

Psalm 42 ging naadloos over in een volgende psalm, en nog een volgende. Na tien minuten stond Jeannet zachtjes op en wees naar de deur. Peter kwam met tegenzin overeind. Hij legde zijn hand op de schouder van Freek en riep in zijn oor. 'Bedankt voor de prachtige muziek, Freek'. Freek speelde onverstoort door. 'Mooi is het hè, mooi hè'.

Ze verlieten samen de kamer, terwijl Freek zijn psalmen op hele noten aaneenreeg. Jeannet keek hem aan. 'Dit was een bijzonder geslaagd gesprek', grijnsde Peter. Hij voelde zich merkwaardig gelukkig. Het *Hijgend Hert* had hem goed gedaan.

1. www.youtube.com/watch?v=GLosOgETHPs&feature=related

Correspondentieadres
j.erbrink@vanneynsel.nl

Doen waar je echt voor bent!?

Mieke Draijer, voorzitter Verenso

Wanneer je meerdere specialisten ouderengeneeskunde vraagt naar hun werkzaamheden, kun je verschillende antwoorden krijgen. Het antwoord is afhankelijk van de instelling waar iemand werkt, de voorzieningen en het niveau van beschikbare medewerkers op de afdelingen en van de ondersteuning van de medische dienst. Dat is ongewenst, want daardoor kan de indruk ontstaan dat de specialist ouderengeneeskunde 'maar wat doet'. Niets is minder waar! Verenso heeft daarom een beroepsprofiel vastgesteld door en voor de specialist ouderengeneeskunde. In het beroepsprofiel, dat op 24 mei tijdens de Algemene Ledenvergadering zal worden gepresenteerd, wordt de professionalisering van het vak over de laatste jaren goed duidelijk. De specialist ouderengeneeskunde gaat en moet doen waar zijn expertise zit. Op die manier kunnen we laten zien waar onze meerwaarde zit en welke belangrijke bijdragen wij kunnen geven aan de vergrijzings- en ontgroeningsproblematiek van de komende jaren.

Ik hoor jullie denken hoe ga ik dat doen?

Onze opleiding en inbedding in de zorg maken dat wij de kwetsbaren in de samenleving goed kunnen bedienen met onze expertise, met onze multidisciplinaire manier van beoordelen en de mogelijkheid terug te vallen op teams van peri- en paramedici die hun eigen expertise hebben opgebouwd rond dezelfde kwetsbare patiënt. Werken met multidisciplinaire behandelplannen is sinds het KNMG-standpunt "Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen" niet alleen meer voorbehouden aan de specialist ouderengeneeskunde. Deze manier van werken wordt ook dringend geadviseerd aan huisartsen wanneer zij te maken hebben met kwetsbare patiënten met complexe behandel- en zorgvragen. Een werkwijze waarin wij al gepokt en gemazeld zijn! Samen met de huisartsen alle kwetsbare patiënten bedienen. De expertise van algemene medische en acute zorg combineren met complexe multidisciplinaire en chronische zorg: alles achter één ingang. Dan komen we een heel eind om de toekomstige zorgvraag te beantwoorden en worden we puur ingezet op onze meerwaarde. Dat zou heel mooi zijn!

Maar ik hoor jullie denken: hoe ga ik dat doen binnen de beschikbare tijd? Daarvoor heeft de handreiking Taakdele-



gatie het levenslicht gezien. Want het uitgangspunt van Verenso is dat iederèen zich moet richten op zijn meerwaarde. Dit betekent dat de verpleegkundige taken voor de verpleegkundige zijn, de doktersassistente de agenda beheert en de oren uitspuit, et cetera. Hierdoor kunnen wij ons bezighouden met de core-business, namelijk medische zorg bieden aan de kwetsbaren in de samenleving met multiple problematiek. Hierdoor ontstaat ook kwaliteitsverhoging. Onderzoek leert dat de combinatie van aandacht en behandeling de ervaren kwaliteit bepaalt. En alleen als iemand een taak als zijn 'core-business' beschouwt, krijgt het (en de patiënt) de aandacht die het nodig heeft. Op deze manier moet het lukken de groei van het aantal kwetsbare ouderen het hoofd te bieden en blijft iedereen zijn werk leuk vinden. Want plezier in je werk blijft natuurlijk het allerbelangrijkste om je werk goed te blijven doen!

Het introduceren van een verpleegkundig specialist kan het leven van een specialist ouderengeneeskunde behoorlijk veraangenamen. Nu zul je in de handreiking lezen dat deze verpleegkundig specialisten alleen geprotocolleerde behandelingen mogen doen. Schrikt je dat af? Zijn protocollen niet je ding? Geeft niet, want we hebben collega's die hun protocollen graag met ons delen. Naast de handreiking Taakdelegatie zijn ook een aantal behandelprotocollen op de ledenwebsite gepubliceerd. Deze protocollen zijn opgesteld door de Verenso-leden René Boeren en Paul van der Wal. Hieronder noteer ik voor het gemak de link naar deze protocollen.

verenso.nl/leden/handig/taakomschrijving/taakdelegatie

Ik wens jullie succes met het lezen van genoemde producten en hoop dat het jullie helpt om te kunnen doen waar je echt voor bent!

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

Leergang Ouderengeneeskunde

10 mei	Interne Geneeskunde (Boerhaave Nascholing)
7 en 8 juni	<p>Advanced Course palliatieve zorg, artsen in verpleeghuizen (Leerhuizen Palliatieve zorg) <i>Deze Advanced Course (die in 2007 voor de eerste keer werd georganiseerd en goed/positief beoordeeld werd) is mede ontwikkeld op basis van de evaluaties van recent gegeven basiscursussen.</i></p> <p><i>De Advanced Course sluit nauw aan op onze basiscursus palliatieve zorg voor specialisten ouderengeneeskunde:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - palliatieve sedatie: de nieuwe KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie - informatie over NAH: de casus Eluana, de jonge vrouw die 17 jaar in een vegetatieve toestand verkeerde - informatie over het Zorgpad voor de stervensfase
14 juni	E-zorg in Diagnostiek en Therapie (Boerhaave Nascholing)
22 juni	<p>Masterclass bewegen rond het sterfbed (Leerhuizen Palliatieve zorg) <i>Een masterclass voor artsen en verpleegkundigen en andere disciplines, op weg van kennis en kunde naar kunst. Dit is een boeiend proces waarin bewustzijn en bewust zijn een grote rol spelen. Door een interactieve aanpak wordt bewuste kwaliteit en onbewuste kracht gestimuleerd. De dag gaat over eenzaam zijn en voelen, verplaatsen en verbinden. Over bewegen richting patiënt en naar jezelf. Over situaties die empathie vereisen en een beroep doen op eigen kwetsbaarheid en benaderbaarheid. Een dag om te groeien in vakmanschap.</i></p>
28 en 29 juni	<p>Nietzsche, zelfreflectie met behulp van dynamiet (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>In deze cursus staat u nu eens niet uitvoerig stil bij uw patiënten, maar bij uzelf. Wie niet goed voor zichzelf zorgt, kan immers niet voor een ander zorgen. Schrijf u daarom in en overdenk twee dagen uw ideeën, handelingen en de manier waarop u in de wereld staat via het explosieve, maar humane gedachtegoed van Friedrich Nietzsche. Zelfreflectie met behulp van dynamiet. Heel belangrijk! Al te gemakkelijk komen we terecht in sleur en gewoontedenken. We vragen ons dan niet meer af waarom we bepaalde dingen doen en waarom we ze op die bepaalde manier doen.</i></p> <p><i>U maakt kennis met Nietzsche en zijn streng beargumenteerde ideeën over wil tot macht, bewustzijn, moraal, Übermensch en de eeuwige terugkeer van hetzelfde. U ervaart dat wat u gewend bent te denken, flink wordt opgeschud. Oude standpunten moet u verdedigen, herzien en misschien verlaten.</i></p>
Najaar	Palliatieve zorg voor ouderen met oncologische klachten (PAO Heyendael) <i>Cursisten krijgen handvatten in de begeleiding van ouderen met kanker: wat kan wel nog en wat niet meer?</i>
6 september	Arts en Recht (Boerhaave Nascholing)
13 september	Ethiek en Spiritualiteit (PAO Heyendael)
20 september	Vorderingen specialisme ouderengeneeskunde (Boerhaave Nascholing)
1 november	KNO en Oogheelkunde (Boerhaave Nascholing)
19 - 23 november	<p>Basiscursus Palliatieve Zorg specialisten ouderengeneeskunde (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Palliatieve zorg is de zorg die het lijden probeert te verlichten van patiënten, hun naasten en van de betrokken hulpverleners. Zorg die nodig is opdat ruimte ontstaat voor dat wacht essentieel is: het leven op een eigen wijze afronden en afscheid nemen van dat wat belangrijk is. Er wordt ingegaan op de verlichting van symptomen en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze zorg goed te organiseren. Ethiek, communicatie en aandacht voor tijdig anticiperen, duidelijke coördinatie en continuïteit van de (vaak intensieve) zorg zijn hierbij kern-aspecten.</i></p>



Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

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

WEBSITES

www.diliguide.nl



De CBO-richtlijnen zijn verhuisd! Diliguide is een online applicatie die richtlijnen makkelijker toegankelijk maakt voor professionals en patiënten. Er is ook een mobiele versie (m.diliguide.nl) voor de smartphone en tablet. Zo heb je alle CBO-richtlijnen voortaan altijd bij de hand. Het oude richtlijnenoverzicht van het CBO (www.cbo.nl) wordt met de in gebruik name van Diliguide niet meer bijgewerkt. Zorg dus dat je bij blijft en stel Diliguide in als je nieuwe favoriet. Diliguide is overigens niet alleen bedoeld voor de richtlijnen van het CBO: iedere organisatie kan er - tegen betaling - gebruik van maken en zijn eigen richtlijnomgeving laten inrichten.

www.ftdexpertgroep.nl

Frontotemporale dementie (ziekte van Pick) kent een complexe symptomatologie, waarmee professionals uit verschillende disciplines te maken kunnen krijgen. In de praktijk worden regelmatig knelpunten ervaren op het gebied van diagnostiek, behandeling, begeleiding en opvang. Het doel van de FTD expertgroep Nederland is om multidisciplinaire kennis en expertise te bundelen en toegankelijk te maken voor collega-professionals. De expertgroep bestaat uit professionals uit verschillende geledingen binnen de FTD-zorg met als voorzitter neuroloog Yolande Pijnenburg van het VuMC Alzheimer Centrum.

SOCIAL MEDIA

Ouderengeneeskunde op Facebook | De ouderengeneeskunde pagina op Facebook is bedoeld om te laten zien hoe leuk ons vak is. Hoewel ik als beheerder van deze pagina niet objectief genoemd mag worden, durf ik hier toch wel te stellen... *Like!*

Specialisten Ouderengeneeskunde @ Twitter | TweetShot
Zelf ook actief op twitter? Stuur me een tweet! De mooiste tweet van de afgelopen periode krijgt een screenshot in deze rubriek!



APPS

Wil je een app tippen voor deze rubriek? Mail of tweet!

InfectionGuide



Alle actuele kennis over infectiepreventie in het verpleeghuis bijeengebracht in één app. InfectionGuide is ontwikkeld door infectiepreventie adviesbureau Tensen & Nolte (www.tensenolte.nl), onder meer werkzaam in de verpleeghuispraktijk. De app bundelt op overzichtelijke wijze informatie over infectieziekten

(ziektebeelden, transmissie, isolatie en behandeling) met een zoekfunctie op ziekte of verwekker. De inhoud wordt na installatie volledig gedownload naar je tablet of telefoon en is daarmee - heel prettig - ook offline toegankelijk. Al met al een handige app voor de specialist ouderengeneeskunde, die zich vaak geconfronteerd ziet met een veelheid aan vragen tijdens een epidemische verheffing.

InfectionGuide is beschikbaar voor iPhone en iPad en voor € 8,99 te koop in de Appstore. Het wachten is nog op een Android-versie.

Farmacotherapeutisch kompas

Het zal niemand ontgaan zijn: het farmacotherapeutisch kompas is inmiddels ook beschikbaar als app voor de iPad en iPhone en gratis te downloaden in de Appstore. Dit is al meer dan 25.000 keer gedaan en de app wordt alom goed gewaardeerd. De inhoud is ook offline te bekijken en wordt iedere drie maanden geactualiseerd. De verstokte Android gebruiker - zoals ik - hoeft zich niet langer achtergesteld te voelen: in het tweede kwartaal van dit jaar komt een Android-versie op de markt.

Correspondentieadres

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

ELKE BEWEGING TELT ALS JE WILT
MEEDOEN

Chandrapal (11) uit India, begint elke schooldag met ochtendgymnastiek. Net als al zijn klasgenoten zonder handicap. Zijn kunstbeen zit 'm daarbij niet in de weg. Dankzij het Liliane Fonds wordt de prothese regelmatig vervangen. Maar goed ook, want naast school is hij gek op spelen. Zoals Chandrapal wil het Liliane Fonds nog veel meer kinderen laten meedoen. De kleinste bijdrage maakt al een wereld van verschil. Kijk op www.meedoen.nl om te zien wat u kunt betekenen.

Liliane Fonds

open de wereld
voor een kind
met een handicap



VOOR
GOEDE DOELEN

gratis plaatsing Foto: Morad Bouchakour

Richtlijnen voor auteurs

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

INDIENEN VAN EEN BIJDRAGE

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

Taal

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

Afbeeldingen/tabellen/figuren

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

Literatuur

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

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

VERKLARING AUTEURS

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

PROCEDURE BEOORDELING BIJDRAGE

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

DRUKPROEVEN

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

PLAATSING

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

REDACTIEADRES

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

INLICHTINGEN

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

5 EEN PERSONEELSADVERTENTIE IN HET TVO PLAATS EEN PERSONEEL



**OP ZOEK NAAR EEN NIEUWE COLLEGA?
BEREIK DIRECT UW DOELGROEP DOOR EEN ADVERTENTIE
TE PLAATSEN IN HET TVO VOOR MAAR € 1400,-**



Plaatsingsoverzicht 2011-2012		
	Aanleveren materiaal	Verschijningsdatum
April	06-04-2012	28-06-2012
Juni	08-06-2012	28-06-2012
Augustus	10-08-2012	30-08-2012
November	25-10-2012	15-11-2012
December	30-11-2012	20-12-2012

De advertentie is in A4 formaat en de prijs is exclusief btw.
Voor meer informatie kunt u contact opnemen met suzan.keuter@dchg.nl

TER PREVENTIE VAN CVA EN SYSTEMISCHE EMBOLIE
BIJ PATIËNTEN MET ATRIUMFIBRILLEREN*

NIEUW

PRADAXA 150 SUPERIOR

STROKE PREVENTION**,¹



Pradaxa 150. De feiten.

- 35% minder CVA's of systemische embolie dan coumarine¹
- Zowel significant minder ischemische als hemorragische CVA's dan coumarine¹
- 59% minder intracraniële bloedingen dan coumarine¹



* Non-valvulair atriumfibrilleren en één of meerdere risicofactoren.
** Ten opzichte van goed ingestelde coumarine.

Zie voor de verkorte IB-tekst en referentie elders in dit blad.

Pradaxa[®]
dabigatran etexilaat

Geen INR controle nodig