

37e jaargang no. 6 | december 2012



Zorg als 'bekommernis'

Complicaties tijdens CVA-revalidatie

Psychogeriatrische crisisopnames

Nierfunctiestoornissen

Zorg uit Voorzorg

Kortdurende geriatrische revalidatie

**40 jaar**  
zelfstandig & zelfbewust

**verenSo**  
specialisten in  
ouderengeneeskunde

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

# Colofon

## Hoofdredacteur

Drs. Martin W.F. van Leen

## Redactie

Drs. Annelore H. van Dalen-Kok

Drs. Jacobien F. Erbrink

Drs. Aafke J. de Groot

Dr. Jos W.P.M. Konings

Dr. Susanne J. de Kort

Dr. Dika H.J. Luijendijk

Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

## Eindredactie

Drs. Marjolijn Bontje, dchg medische communicatie

Drs. Lauri P.M. Faas, Verenso

Judith Heidstra, Verenso

## Redactieadres en inleveren kopij

Bureau Verenso, Judith Heidstra

Postbus 20069, 3502 LB UTRECHT

redactie@verenso.nl

## Abonnementen

Abonnement Nederland € 72,50 per kalenderjaar

Abonnement buitenland € 150,00 per kalenderjaar

E-mail: info@dchg.nl

## Uitgever, eindredactie en advertenties

dchg medische communicatie

Hendrik Figeeweg 3G-20

2031 BJ Haarlem

Telefoon: 023 5514888

Fax: 023 5515522

E-mail: marjolijn.bontje@dchg.nl

www.dchg.nl

Issn: 1879-4637

## Fotografie

Mieke Draijer: Mustafa Gumussu

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

Copyright© 2012

# Inhoudsopgave

## Redactioneel

267 Tijdig aan de bel trekken

## Wetenschappelijk artikel

268 Zorg als 'bekommernis'

270 Complicaties tijdens CVA-revalidatie

287 Psychogeriatrische crisisopnames

293 Nierfunctiestoornissen

298 Zorg uit Voorzorg

304 Kortdurende geriatrische revalidatie

## Digitaal

274 Artsen en Social Media

285 Ouderengeneeskunde 2.0

## Hora Est

277 Heart failure in geriatric outpatients

## Beschouwing

278 Het schriftelijk euthanasieverzoek

## Forum

281 Reactie op artikel van Gert-Jan van der Putten,  
Gerondotologie voor de specialist ouderengeneeskunde

## Bureau Verenso

282 Verantwoorde diabeteszorg

310 Terugblik op het jaar van de draak

318 Ereleden

## Amuse

286 2013

## Competenties

311 Maatschappelijk handelen

313 Kaderopleidingen. Is dat nu nodig?

315 Kwaliteitseisen

317 Taakdelegatie

319 Taakherschikking en taakdelegatie

## Leergang Ouderengeneeskunde

321 Leergang Ouderengeneeskunde



# Tijdig aan de bel trekken

Martin van Leen, hoofdredacteur



REDACTIONEEL

In plaats van een toelichting op de inhoud van dit nummer kies ik er dit keer voor twee gebeurtenissen uit de actualiteit te bespreken: een tuchtzaak over een eenzijdig geregelde overplaatsing en ons nieuwe regeerakkoord.

De tuchtzaak is gepubliceerd in Medisch Contact van 12 oktober 2012, het betreft de procedure rondom een wilsonbekwame patiënt die al enige tijd verblijft op een klinische behandelafdeling organische psychiatrie. Het behandelteam, waaronder een specialist ouderengeneeskunde, is van mening dat de patiënt niet de juiste zorg krijgt en doet nader onderzoek waaruit blijkt dat er sprake is van een mild dementiesyndroom. Familie is het niet eens met de diagnose en vraagt om een externe second opinion. Alvorens dit heeft kunnen plaatsvinden, start het behandelteam een CIZ-indicatieprocedure, zonder hierbij de vertegenwoordiger te betrekken. Het behandelteam vult wel in dat de patiënt akkoord is. Op het moment dat er in een verpleeghuis plaats is, regelt het behandelteam een overplaatsing. Hierop volgt een klacht die leidt tot een waarschuwing van het tuchtrechtcollege.

In deze casus zitten volgens mij twee aandachtspunten. Als eerste: de waarschuwing wordt gegeven omdat er geen overeenstemming is met familie en er informatie is gegeven aan het CIZ zonder betrokkenheid en akkoordverklaring van vertegenwoordiger. Ten tweede: de procedure voor overplaatsing als vertegenwoordiger het er niet mee eens is. Aangaande het eerste punt blijkt wederom dat de rol van de vertegenwoordiger en de familie niet gering is. Besluitvorming zonder instemming is dus niet alleen niet wenselijk, maar eigenlijk niet toegestaan. Bij het plegen van nader onderzoek is bij wilsonbekwaamheid de toestemming van de vertegenwoordiger verplicht.

Het tweede punt ligt veel moeilijker. Hoe dient een behandelteam te handelen als het van mening is dat er onvoldoende juiste zorg wordt geleverd en de familie weigert mee te werken aan een overplaatsing? Ik ga er namelijk vanuit dat

deze casus meerdere malen besproken is met het behandelteam en de familie, hetgeen ook bleek uit het verslag. Het is moeilijk om hiervoor de juiste oplossing te vinden. Er zijn wel een aantal mogelijkheden. Het was in mijn opinie beter geweest, alvorens de hele procedure richting indicatiestelling op te starten, om een externe consultant te betrekken bij de besluitvorming. Mogelijk had dit geleid tot consensus. Anders kan een instelling alleen maar een procedure starten voor het opzeggen van de zorgovereenkomst en uit eigen ervaring kan ik stellen dat dit niet altijd leidt tot het gewenste resultaat. Al met al een leerzame casus over verantwoordelijkheid, besluitvorming en goede zorg.

Dan de tweede gebeurtenis: het regeerakkoord. De eerste geluiden over de toekomst van de ouderenzorg vind ik zorgwekkend. Zoals al langer verwacht, verdwijnen de zorgzwaartepakketten VV 1 t/m 4 en zullen alleen ouderen met een zorgzwaartepakket 5 of hoger nog opgenomen kunnen worden in een intramuraal setting. Dit betekent dat een groep ouderen langer thuis moet blijven en het risico bestaat dat er een groep ouderen komt die onvoldoende zorg en begeleiding kan krijgen. Voor specialisten ouderengeneeskunde en dementieconsulenten geeft dit wel de kans om zich in de eerste lijn meer te gaan profileren. Hopelijk komt er dan ook een betere financiering en wel het liefst vanuit de zorgverzekeringswet. Ik maak me ook zorgen over de financiële gevolgen voor de ouderenzorg. Door alle bezuinigingen binnen gemeenten vraag ik mij af of de gelden die bedoeld zijn voor deze groep ook feitelijk aan hen besteed gaan worden. Gelukkig heeft de coalitie ook ideeën over uitbreiding van de wijkverpleging, waarbij ik me wel afvraag of er voldoende mankracht beschikbaar is. Laten we er maar het beste van hopen en alert blijven, zodat we als professionals op tijd aan de bel kunnen trekken.

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl

# Zorg als 'bekommernis'

Drs. Ger Palmboom, docent ethiek en gespreksleider moreel beraad - Zwart/Wit, morele reflectie in de zorg

In mijn werk als ethicus en begeleider van morele reflectie binnen zorginstellingen laat ik mij inspireren door de zorgethiek, meer specifiek door de presentiebenadering van Andries Baart.<sup>1</sup> De presentiebenadering stelt dat zorgen een door en door morele onderneming is, waarbij niet van tevoren vast staat wat goede zorg is. Zorgprofessionals dienen daarom over hun handelen te reflecteren, zowel met elkaar als samen met de aan hun goede zorgen toevertrouwde mensen. Wat maakt zorg tot goede zorg? Ik beantwoord deze vraag aan de hand van de (ouderwetse) term 'bekommernis'. Ter illustratie hiervan schets ik mijn ervaringen rond de zorg van mijn inmiddels overleden moeder.

Mijn moeder kreeg op haar 79<sup>e</sup> een licht CVA. Na de eerste week, waarin ze het bed moest houden en een beetje van de wereld was, krabbelde ze fysiek uit het dal. Maar geestelijk bleek ze een flinke klap te hebben gehad. Ze was verward en tegelijkertijd ook heel somber gestemd. Het werd haar duidelijk dat de fase aangebroken was van steeds verdere verafhankelijkheid. Ze zei regelmatig dat het 'voor haar allemaal niet meer hoefde'. Voor mijn drie broers (en zus in de Verenigde Staten) was het de start van een intensieve en eneroverende periode die drie jaar zou duren. Zowel fysiek als geestelijk werd ze langzaam 'gesloopt' door haar opeenvolgende aandoeningen. Natuurlijk was dit proces heftig en werd geprobeerd het zo goed mogelijk te begeleiden en van de scherpste randjes te ontdoen. De fysieke en geestelijke achteruitgang was echter – zo denk ik achteraf – niet het hoofdprobleem voor mijn moeder en voor mij. Ik schat in dat haar hoofdprobleem was dat ze zich steeds meer overbodig voelde. Deed ze er nog wel toe nu ze steeds meer in moest leveren en mensen alleen maar tot last dacht te worden?

Bovenstaande ervaringen zullen professionals in de ouderenzorg bekend in de oren klinken. Die herkenning is logisch, niet te vermijden en ook niet erg. Toch schuilt er een gevaar in. Wat voor zorgverleners 'aan de orde van elke dag is', was voor mijn moeder en haar kinderen een persoonlijk drama. Eén van de grootste opgaven voor professionele zorgverleners lijkt mij, om als zorgverlener dagelijks geconfronteerd te worden met leed van mensen waarmee je vanwege dat leed een relatie krijgt. Als hulpverlener (en als naaste) wil je dan graag dat het lijden stopt – door het probleem op te lossen – terwijl het er misschien vooral op aan komt dat je de lijdende niet in de steek laat. In de ouderenzorg zal het 'leedfeit' vaak niet meer (volledig) weggenomen kunnen worden doordat het niet op te lossen is. Dan draait zorgen dus om het bijstaan van de lijdende.

Het fundament waarop de presentiebenadering steunt, is dat ieder mens, hoe onaangepast, 'ziek, zwak en misselijk' deze ook is, nog steeds een kwetsbaar en waardevol persoon is, die ondanks zijn of haar gebrek het waard is om lief te hebben. Kortom: volgens de presentiebenadering behoort goede zorg minimaal te streven naar de erkenning van de noden van de patiënt, zodat hij bij minstens één iemand 'in tel is'. Op deze manier voelt de patiënt dat hij er nog steeds toe doet. Met een ouderwets woord wordt dat ook wel 'bekommernis' genoemd. Andries Baart onderscheidt vier poten waarop bekommernis steunt: verzorgdheid; zorgvuldigheid; zorgzaamheid en bezorgdheid.<sup>2</sup> Ik werk deze hieronder uit aan de hand van herinneringen aan de laatste drie jaar van het leven van mijn moeder. Ik hoop hiermee te verduidelijken dat goede zorg – zeker in de laatste levensfase – waarschijnlijk meer draait om de 'eer' van de patiënt dan om het oplossen van problemen.

## VERZORGDHEID

Hierbij wordt 'het nodige' gedaan. Dit is de basisvoorwaarde voor zorg. Er moet gezien worden wat er nodig is en vervolgens moet dit vakkundig en professioneel uitgevoerd worden. In de zorg voor mijn moeder was dat bijvoorbeeld: helpen met de huishouding, helpen bij persoonlijke verzorging zoals wassen, aankleden, eten, medicijnname, toiletgang, structuur bieden. In de tijd dat zij nog in haar eentje in haar serviceflat woonde, was de verzorging alleen tot deze basiszorg in staat. Ze werd goed verzorgd, maar zat verder wel de hele dag in grote eenzaamheid te wachten tot er – snel, snel, snel – iemand langskwam om wat noodzakelijke handelingen uit te voeren. Haar 'algemene behoefte' werd gelenigd met een relevant aanbod van noodzakelijke maar minimale zorg. De zorgverleners hadden helaas geen tijd en ruimte om mijn moeder boven 'het nodige' ook aandacht te schenken en te zien wat bijvoorbeeld de redenen waren waarom mijn moeder zo weinig at en zo somber was. Met andere woorden: ze waren niet in de gelegenheid om af te stemmen op haar en te bezien of en hoe hun zorg aansloot. Paste hun aanbod bij mijn moeder, had ze het idee veilig te zijn en dat er goed voor haar gezorgd werd?

Ik bedoel dit niet als kritiek op de zorgverleners in de serviceflat. De omstandigheden en de organisatie van de zorg gaven helaas niet meer ruimte om aan meer dan dit type behoefte van mijn moeder recht te kunnen doen. De zorgverleners renden zich de benen uit het lijf. Mijn broers en ik deden daarbij ook wat we naast onze andere verplichtingen konden. Omdat deze situatie niet te lang kon duren,



gingen wij op zoek naar een plek waar naast 'verzorgdheid' ook ruimte en gelegenheid was voor 'zorgvuldigheid'.

## ZORGVULDIGHEID

Wij kregen moeder op redelijk korte termijn geplaatst in een kleinschalige woongroep van een verpleeghuis met tien licht-dementerende ouderen. Zij had er een eenpersoonskamer, er was een huiskamer en er werd in eerste instantie op de woongroep gekookt. Bovenop 'verzorgdheid' was hier meer ruimte voor zorgvuldigheid. Zo was mijn moeder gedurende de dag niet meer zo veel alleen, er werd naar haar omgezien en ze had wat aanspraak. Er werd moeite gedaan om buiten het minimale te kijken wat mijn moeder paste. Tegelijkertijd voelde moeder zich niet geheel op haar plek tussen de medebewoners die ze niet zelf uitgezocht had en waarvan er sommigen veel erger aan toe waren dan zij. Door haar geestelijke achteruitgang – waar ze zich overigens nog steeds van bewust was – kon ze zowel naar zorgverleners als naar haar zonen regelmatig scherp, ontevreden en onmogelijk uit de hoek komen. Desondanks lieten haar zonen, maar ook de meeste professionals, haar niet vallen. Waarbij we op het volgende aspect van 'bekommernis' aanbeland zijn; zorgzaamheid.

## ZORGZAAMHEID

Naast verzorgdheid en zorgvuldigheid hebben (kwetsbare) mensen ook behoefte om met trouw bejegend te worden: 'hoe je op dit moment ook bent of doet, we laten je niet in de steek.' Het was – zo zie ik dat achteraf – misschien wel het allerbelangrijkste voor haar dat ze niet verlaten werd en ze er nog steeds mocht zijn, ondanks dat ze zelf vond dat ze 'niets meer waard was en anderen alleen maar tot last was'. Ik bewonder de zorgverleners voor wie het mogelijk was om haar te laten voelen dat ze er nog toe deed en die haar niet verlieten. Dat waren trouwens meestal ook de zorgverleners die 'bezorgdheid' toonden.

## BEZORGDHEID

Ik denk dat dit van goede zorg leveren de meest lastige, maar tegelijkertijd de meest motiverende kant voor zorgverleners is. Bij bezorgdheid gaat het om wederkerigheid en medeleven. Het is een *persoonlijke* betrokkenheid, die verder gaat dan alleen professionaliteit. Ik kan me herinneren dat mijn moeder een speciale voorkeur had voor een verzorg-

ster. Er ontstond een bijzondere band tussen hen waarin de verzorgster ook delen van haar eigen leven deelde. Zo bleef mijn moeder ervaren dat ze er nog steeds toe deed en van waarde kon zijn voor andere mensen.

Kortom, in de (ouderen)zorg gaat het volgens mij niet zozeer om het 'oplossen van problemen', maar vooral om een zoektocht naar wat er voor de aan zijn zorgen toevertrouwde mens 'op het spel staat', dat die 'er toe blijft doen' en 'in tel blijft bij minstens één'. Bij het reflecteren op wat professioneel handelen is, mag dit mijns inziens niet uit het oog worden verloren. Om de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen op peil te houden, is het van belang om op dit soort aspecten van zorgen te blijven letten. Daarnaast kan reflectie ook de intrinsieke motivatie van zorgverleners voeden en ondersteunen, zodat zij dit mooie maar ook veeleisende werk vol kunnen houden. Reflecteren is daarom niet alleen zaak voor de uitvoerende zorgprofessionals, maar ook de verantwoordelijkheid van managers.

*Drs. Ger Palmboom is afgestudeerd aan de Universiteit voor Humanistiek. Na onderzoek en onderwijs verzorgd te hebben aan het AMC en het VuMc startte hij 'Zwart/Wit, morele reflectie in de zorg' van waaruit hij zorgprofessionals helpt bij het reflecteren over hun werk door scholing en gespreksleiding (moreel beraad). [www.nietsiszwartwit.nl](http://www.nietsiszwartwit.nl)*

## LITERATUUR

1. Zie [www.presentie.nl](http://www.presentie.nl) voor meer informatie over de presentiebenadering.
2. Andries Baart 'Moet dat nou? Presentie en het verlangen van de manager.' In: Van Heijst, Tromp en Baart, 2006, (pag. 45-73) *Minder hard - meer hart; Zorgethiek en management: een werkzame combinatie. Reliëf.*
3. *Het gezamenlijk koken werd gedurende haar verblijf helaas wegbezuinigd. Dat terwijl het samen klaar maken van de maaltijd in mijn ogen veel meer opricht dan alleen een smakelijke maaltijd, namelijk gezamenlijk het eten voorbereiden; de geuren die het klaarmaken verspreidde, et cetera.*

Correspondentieadres  
[info@nietsiszwartwit.nl](mailto:info@nietsiszwartwit.nl)

# Complicaties tijdens CVA-revalidatie

## De invloed op het herstel van de ADL-functies

Lakshmi Prasad Dhakal, aios ouderengeneeskunde, Gerion, Amsterdam

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

### INLEIDING

Een Cerebro Vasculair Accident (CVA) is een invaliderende aandoening.<sup>1</sup> Met de veroudering neemt de incidentie van het CVA sterk toe.<sup>2</sup> Tweederde van alle CVA's komt voor bij mensen boven de leeftijd van 65 jaar.<sup>3</sup> In tegenstelling tot jongere CVA-patiënten, die een intensieve CVA-revalidatie krijgen, komen CVA-patiënten ouder dan 65 jaar meestal terecht in een aangepast revalidatietraject in het verpleeghuis. Dit komt door hun leeftijd en comorbiditeit.

Een revalidatie leidt in 50-70% van de gevallen tot functionele onafhankelijkheid bij CVA-patiënten van alle leeftijden. Het bereiken van het revalidatiedoel hangt echter van verschillende factoren af (Spruit-van Eijk et al, 2010). Factoren die invloed hebben op het succes van CVA-revalidatie zijn: de grootte en de locatie van het CVA<sup>4</sup>, comorbiditeit zoals hart- en vaatziekten en psychiatrische problemen<sup>5</sup>, leeftijd<sup>6</sup>, urine-incontinentie<sup>7</sup> en cognitieve stoornissen.<sup>8</sup>

Medische complicaties, met name infecties, valpartijen, et cetera, komen bij CVA-patiënten vaak voor tijdens het revalidatieproces. Deze complicaties variëren tussen de 44%<sup>9</sup> en 70%<sup>10</sup> bij patiënten die in het ziekenhuis gerevalideerd zijn. Er is echter geen onderzoek gedaan naar de invloed van acute medische complicaties tijdens de revalidatie op de functionele ADL-voortgang bij de oudere CVA-patiënten die revalideren in een verpleeghuis. Om hier meer inzicht in te krijgen hebben wij een onderzoek opgezet op een stroke unit van het verpleeghuis. De belangrijkste vraagstelling hierbij was: wat is de invloed van acute medische complicaties (bijvoorbeeld infectie, delier, valpartijen en fractuur, et cetera) op de ADL-voortgang bij oudere CVA-revalidanten tijdens het revalidatietraject in een verpleeghuis? Ook hebben wij gekeken naar de incidentie van acute medische complicaties, wat de invloed is van de ernst van het CVA op de ADL-voortgang en de invloed van comorbiditeit of pre-existente beperkingen vóór het CVA op het revalidatieproces.

### METHODE

Door middel van een prospectief cohortonderzoek werden gegevens verzameld. Alle CVA-patiënten die in de periode van april t/m juli 2011 ter revalidatie werden opgenomen in het verpleeghuis De Drie Hoven, werden geïnccludeerd. Patiënten werden gevolgd totdat ze uitgerevalideerd waren.

Geëxcludeerd werden patiënten met een vroegtijdig ontslag naar andere revalidatiecentra, omdat deze niet tot aan het eind van hun revalidatieperiode konden worden vervolgd. De Barthelindex (BI) werd gebruikt om ADL te meten. Dit is een eenvoudig, betrouwbaar en gevalideerd meetinstrument<sup>11</sup> en wordt beschouwd als een gouden standaard voor het meten van de ADL.<sup>12</sup> Bij elke patiënt werd door de verpleging bij opname een BI gescoord, na zes weken en bij het ontslag. Bij overlijden scoorden wij de BI van de overleden patiënten als nul. In de eerste week werden door middel van een multidisciplinair overleg (MDO) revalidatiedoelen vastgesteld. De revalidanten werden behandeld door een multidisciplinair team. Tijdens de revalidatieperiode werden alle acute medische complicaties door de arts (eerste auteur) nader onderzocht, geregistreerd en zo nodig behandeld. Er werd geen standaard bloedonderzoek gedaan om acuut medische complicaties op te sporen.

De ernst van de acute complicaties werd volgens Disease Staging Criteria van MEDSTAT geclassificeerd (0=geen ziekte of ziekte zonder complicaties, 1=ziekte beperkte tot één orgaan of één systeem, 2=meer dan één systeem aangetast en 3=dood).

De ernst van het CVA werd in deze studie gescoord met behulp van de classificatie van American Heart Association Stroke Outcome Classification (AHASOC). Deze classificeert de maat van neurologische beperkingen ten gevolge van stroke op drie niveaus (geen of minimaal-, matig- en ernstig neurologische beperkingen).

Om de invloed van comorbiditeit of pre-existente beperkingen vóór het CVA op het revalidatieproces in kaart te brengen, werd er gekeken naar het functioneren thuis. Het functioneren thuis werd verdeeld in zelfstandig, deels afhankelijk en volledig afhankelijk voor opname.

### STATISTISCHE BEWERKING

Alle gegevens werden ingevoerd in de Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versie 18. Er is een regressieanalyse gedaan om inzicht te krijgen in de invloed van de acute medische complicaties, de ernst van het CVA en pre-existente beperkingen vóór het CVA op de BI bij ontslag (onafhankelijke variabele) en om verband tussen deze factoren te kunnen onderzoeken.



Tabel 1. Een aantal factoren met een mogelijke invloed op de vooruitgang van de barthelindex bij CVA-revalidanten in een verpleeghuis.

Factoren		N=17	Marginal %
Geslacht van patiënten	Man	7	41.2%
	Vrouw	10	58.8%
Thuis functioneren vóór het CVA	Zelfstandig	13	76.5%
	Deels afhankelijk	4	23.5%
	Volledig afhankelijk	0	0.00%
De ernst van het CVA <sup>1</sup>	Geen of minimaal neurologische uitval	1	5.9%
	Milde vorm van neurologische uitval op een of meer domainen	9	52.9%
	Ernstige neurologische uitval in meer dan een domain	7	41.2%
De ernst van de complicatie <sup>2</sup>	Geen complicatie of een complicatie van een minimale ernst	3	17.6%
	Complicatie beperkt tot een orgaan of systeem	5	29.4%
	Uitgebreide complicatie met een slechte prognose	7	41.2%
	Complicatie leidt tot dood	2	11.8%

<sup>1</sup> Geclassificeerd volgens American Heart Association Stroke Outcome Classification

<sup>2</sup> Geclassificeerd volgens Disease Staging Criteria

## RESULTATEN

De gemiddelde BI bij opname was 9.4 (spreiding 1-18). Na zes weken revalidatie was deze 10.5 (spreiding 0-18). Bij het ontslag was deze 11.10 (spreiding 0-19). Bij exclusie van de overleden patiënten in de analyse was de gemiddelde BI na zes weken 11.6 (spreiding 1-18) en bij het ontslag 12.6 (spreiding 1-19).

Er werden 21 revalidanten opgenomen. Van alle patiënten was 58,8% (n=10) vrouw. De gemiddelde leeftijd was 80,7 jaar (spreiding 56-99 jaar). Vier patiënten die met ontslag naar andere revalidatiecentra gingen, werden geëxcludeerd. Dertien patiënten hebben het revalidatietraject afgesloten. Drie patiënten werden ingestuurd naar het ziekenhuis in verband met acute buik, recidief CVA en collaps e.c.i.. Een patiënt hiervan werd heropgenomen in het verpleeghuis ter afronding van het revalidatietraject. Twee revalidanten zijn overleden.

Van alle CVA-revalidanten had 5,9% (n=1) geen of minimaal neurologische uitval. 41,2% (n=7) van de revalidanten had ernstige neurologische uitval, met name motorische uitval. Driekwart (76,5%, n=13) van alle revalidanten woonde voor het CVA zelfstandig, 23,5% (n=4) was deels afhankelijk en geen enkele patiënt was volledig afhankelijk (zie tabel 1).

Van de 17 geanalyseerde patiënten had 17,6% (n=3) geen enkele acute complicatie of complicaties van een minimale ernst ontwikkeld, 41,2% (n=7) had een ernstige complicatie en 11,8% (n=2) een ernstige complicatie met overlijden als gevolg (zie tabel 1). De meest voorkomende acute medische complicaties waren urineweginfectie (n=6), rugpijn (n=4), koorts e.c.i. (n=3), delier e.c.i. (n=3), valpartij en pneumonie (n=2) (zie tabel 2).

Tabel 2. De incidentie van acute medische complicaties bij de ernst van het CVA.<sup>3</sup>

De ernst van het CVA	UWI	Pneumonie	Delirium	Recidief CVA	Valpartij	Rugpijn	Diarree	Collaps	Koorts e.c.i.	Acute Buik	Ziekenhuis heropname
Geen of minimaal neurologische uitval (n=1)											
Milde vorm van neurologische uitval op een of meer domainen (n=9)	1			1	2	2		1			2
Ernstige neurologische uitval in meer dan een domain (n=7)	5	2	3			2	2		3	1	1

<sup>3</sup> Geclassificeerd volgens American Heart Association Stroke Outcome Classification



Er werd een onafhankelijk significant verband gevonden tussen de ernst van het CVA ( $p=0.015$ ), de ernst van de acute complicaties ( $p=0.001$ ), het niveau van BI bij de opname ( $p=0.012$ ), BI na zes weken revalidatie ( $p=0.018$ ) en op de BI bij ontslag (zie tabel 3). Er werd geen significant verband gevonden van de BI bij het ontslag in relatie tot leeftijd en het niveau van het functioneren thuis vóór het CVA.

## BESCHOUWING

Voor zover we weten is dit de eerste studie naar de invloed van complicaties tijdens de revalidatie op de uitkomst van revalidatie bij oudere CVA-revalidanten in een verpleeghuis.

Eerdere studies van Roth et al. in Amerika en Hung et al. in Taiwan wezen uit dat ten minste 75% en 44% van de patiënten tijdens de revalidatie een medische complicatie ontwikkelden. Wij vonden een hoger percentage van 88%. Het verschil in deze incidentie wordt waarschijnlijk verklaard door de gemiddeld lage leeftijd in de andere studies, tussen de 63 en 65 jaar, terwijl in onze studie de revalidanten gemiddeld 88 jaar oud waren, met dientengevolge meer comorbiditeit. Zowel in hun onderzoek als in ons onderzoek kwam de incidentie van urineweginfectie als complicatie het meeste voor. Dit kan samenhangen met het hoge risico bij CVA-patiënten op urineweginfectie bij (eerder) CAD-gebruik, het hoge risico op zowel incontinentie als retentie voor urine en minder mogelijkheden voor zelfzorg door afhankelijkheid.

In een studie gedaan door Sze et al.<sup>13</sup>, in Hong Kong op een stroke revalidatie unit, werd bij 11,5% van de revalidanten een valpartij geconstateerd. Dit is in onze studie 17,6%. Ook hier speelt waarschijnlijk de kwetsbaarheid door hogere leeftijd in onze studie een rol.

In tegenstelling tot het onderzoek door Paolucci et al.<sup>14</sup> heeft onze studie vergelijkbare resultaten met de studie uit

Italië van Denti et al., namelijk dat leeftijd geen onafhankelijk belemmerende factor is in de CVA-revalidatie en in de vooruitgang van de BI. Over het functioneren thuis vóór het CVA en de invloed hiervan op de BI bij het ontslag, is geen relevante literatuur te vinden. Uit onze studie blijkt dat het niveau van het functioneren thuis vóór het CVA geen voorspeller is voor een vooruitgang van BI tijdens CVA-revalidatie.

Onze studie heeft een aantal beperkingen. De studiegroep van 17 patiënten is uiteraard klein om definitieve conclusies te trekken. Het gebruikte meetinstrument, de BI, is een relevant en een goedkoop meetinstrument. De betrouwbaarheid bij ouderen is echter onzeker. De BI is gefocust op de lichamelijke beperkingen en houdt geen rekening met de cognitieve toestand. Verder is de optimale meting van BI om de prognose te voorspellen op dag vijf post-CVA. Opname van CVA-patiënten in het verpleeghuis ter revalidatie vindt echter meestal plaats na deze periode. Ook hebben wij alleen bij opname, na week zes en bij het ontslag de BI gemeten. Het vergelijken van revalidanten met een lage BI en een relatief hoge BI en de invloed van medische complicaties op BI bij ontslag en het terugkeren naar huis, kan daardoor minder betrouwbaar zijn.

Herstel van het functioneren na een CVA wordt beïnvloed door heterogene factoren. Uit deze studie lijken een aantal determinanten een significant negatieve invloed te hebben op ADL. Dit zijn: de ernst van het CVA, de ernst van de medische complicaties en lage BI bij opname en na zes weken revalidatie. Door een aantal beperkingen van deze studie is het niet mogelijk om harde conclusies te trekken. De resultaten zijn wellicht aanleiding voor een grootschalig onderzoek naar deze en andere factoren die effect hebben op het CVA-revalidatieproces met als doel verbetering van de CVA-revalidatiezorg en het voorkomen van acute medische complicaties.

Tabel 3. Regressie-analyse met de Barthelindex bij ontslag als een afhankelijke variabele (N=17).

Variabelen	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-.319	6.793		-.047	.964
Geslacht van patiënten	-.811	1.176	-.054	-.689	.513
Leeftijd van patiënten	-.108	.078	-.151	-1.377	.211
Thuis functioneren vóór het CVA	2.506	1.493	.143	1.678	.137
De ernst van het CVA <sup>4</sup>	4.798	1.495	.380	3.210	.015
De ernst van de complicatie	-4.624	.869	-.570	-5.319	.001
Barthelindex bij opname	.621	.186	.498	3.335	.012
Barthelindex op 6 weken van de revalidatie	.537	.175	.432	3.069	.018

a. Dependent Variable: Barthel Index bij ontslag

<sup>4</sup> Geclassificeerd volgens American Heart Association Stroke Outcome Classification

## CONCLUSIE

De ernst van de medische complicaties, lage BI bij zowel opname als na zes weken revalidatie en de ernst van het CVA, hebben een significant negatieve invloed op de BI bij ontslag. Van de medische complicaties was dit wel te verwachten, maar nog niet eerder onderzocht. Om definitieve conclusies te trekken is er een grootschaliger onderzoek nodig om dit te bevestigen. Het is van groot belang om complicaties te voorkomen in het revalidatieproces. Dit kan leiden tot verbetering van de CVA-revalidatiezorg in verpleeghuizen.

## LITERATUUR

1. Carod-Artal FJ, Egido JA. *Quality of life after stroke: the importance of a good recovery.* *Cerebrovasc Dis.* 2009;27 Suppl 1:204-14.
2. Spruit-van Eijk M, Buijck BI, Zuidema SU, Voncken FL, Geurts AC, Koopmans RT. *Geriatric rehabilitation of stroke patients in nursing homes: a study protocol.* *BMC Geriatr.* 2010 Mar 27;10:15.
3. Vaartjes I, Reitsma JB, Bruin A de, Berger-van Sijl M, Bos MJ, Breteler MM, Grobbee DE, Bots ML (2008), 'Nation-wide incidence of first stroke and TIA in the Netherlands', *Eur J Neurol.* 2008 Dec;15(12):1315-23.
4. Meijer R, Ihnenfeldt DS, Groot IJ de, Limbeek J van, Vermeulen M, Haan RJ de. *Prognostic factors for ambulation and activities of daily living in the subacute phase after stroke, A systematic review of the literature.* *Clin Rehabil.* 2003 Mar;17(2):119-29.
5. Ferriero G, Franchignoni F, Benevolo E, Ottonello M, Scocchi M, Xanthi M. *The influence of comorbidities and complications on discharge function in stroke rehabilitation inpatients.* *Eura Medicophys.* 2006 Jun;42(2):91-6.
6. Denti L, Scoditti U, Tonelli C, Saccavini M, Caminiti C, Valcavi R, Benatti M, Ceda GP. *The poor outcome of ischemic stroke in very old people: a cohort study of its determinants.* *J Am Geriatr Soc.* 2010 Jan; 58(1): 12-7.
7. Denti L, Scoditti U, Tonelli C, Saccavini M, Caminiti C, Valcavi R, Benatti M, Ceda GP. *The poor outcome of ischemic stroke in very old people: a cohort study of its determinants.* *J Am Geriatr Soc.* 2010 Jan; 58(1): 12-7.
8. Mok VC, Wong A, Lam WW, Fan YH, Tang WK, Kwok T, Hui AC, Wong KS. *Cognitive impairment and functional outcome after stroke associated with small vessel disease.* *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004 Apr;75(4):560-6.
9. Hung JW, Tsay TH, Chang HW, Leong CP, Lau YC. *Incidence and risk factors of medical complications during inpatient stroke rehabilitation.* *Chang Gung Med J.* 2005 Jan;28(1):31-8.
10. Roth EJ, Lovell L, Harvey RL, Heinemann AW, Semik P, Diaz S. *Incidence of and risk factors for medical complications during stroke rehabilitation.* *Stroke.* 2001 Feb;32(2):523-9.
11. Quinn TJ, Langhorne P, Stott DJ. *Barthel Index for Stroke Trials: Development, Properties, and Application.* *Stroke.* 2011 Mar 3.
12. Kwakkel G, Veerbeek JM, Harmeling-van der Wel BC, Wegen E van, Kollen BJ. *Diagnostic accuracy of the Barthel Index for measuring activities of daily living outcome after ischemic hemispheric stroke: does early poststroke timing of assessment matter.* *Stroke.* 2011 Feb;42(2):342-6.
13. Sze KH, Wong E, Leung HY, Woo J. *Falls among Chinese stroke patients during rehabilitation.* *Arch Phys Med Rehabil.* 2001 Sep;82(9):1219-25.
14. Paolucci S, Antonucci G, Troisi E, Bragioni M, Coiro P, De Angelis D, Pratesi L, Venturiero V, Grasso MG. *Aging and stroke rehabilitation, a case-comparison study.* *Cerebrovasc Dis.* 2003; 15 (1-2): 98-105.

Correspondentieadres  
lakshmidhakal@hotmail.com

## SAMENVATTING

**Doel:** Analyseren van de invloed van medische complicaties op de uitkomst van CVA-revalidatie in een verpleeghuis.

**Opzet:** Prospectief cohortonderzoek.

**Methode:** Gegevens van patiënten, opgenomen ter revalidatie op de stroke unit van een verpleeghuis van april t/m juli 2011, werden verzameld. Een Barthel Index (BI), Disease Staging Criteria en American Heart Association Stroke Outcome Classification zijn gebruikt om respectievelijk Activiteiten in het Dagelijks Leven (ADL), de ernst van de medische complicaties en de ernst van

het Cerebrovasculair accident (CVA) te meten. De verzamelde gegevens werden geanalyseerd met Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versie 18.

**Resultaten:** Van alle patiënten was 58,8% (n=10) vrouw. De gemiddelde leeftijd was 80,7 jaar. De gemiddelde BI was 9,4 bij opname en 12,6 bij ontslag. 41,2% (n=7) van de revalidanten had een ernstige complicatie met een mogelijk slechte prognose en 11,8% (n=2) is door de complicatie overleden. Er was een significant verband tussen de BI bij ontslag en de ernst van het CVA (p=0.015), de ernst van de acute complicaties (p=0.001), het niveau van de BI bij de opname (p=0.012) en de BI na zes weken revalidatie (p=0.018).

# Artsen en Social Media

Lonneke Schuurmans

## INLEIDING

Het gebruik van social media is de laatste jaren explosief gegroeid. Met de opkomst van smartphones en tablets blijkt het nog eenvoudiger om je leven online te delen met anderen. Ook de geneeskunde heeft de social media ontdekt. Steeds meer artsen zijn actief op media als Facebook en Twitter en als je als professional heden ten dage niet te vinden bent op LinkedIn, kun je het wel vergeten, zo lijkt het.

Het gebruik van social media door artsen is niet zonder haken en ogen. Reden voor de KNMG om eind vorig jaar een handreiking *Artsen en Social Media* uit te brengen als addendum op de KNMG-richtlijn *Online arts-patiënt contact*. Reden ook voor het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde om in deze laatste editie van 2012 stil te staan bij de aanbevelingen uit deze handreiking. Er zijn immers flink wat CanMeds-competenties mee gemoeid!

## SOCIAL MEDIA DEFINITIE<sup>1</sup>

Met de term *social media* wordt bedoeld op online platformen met sociale netwerken waarbinnen de gebruikers tezamen zorg dragen voor de inhoud. Die inhoud kan bijvoorbeeld bestaan uit ervaringen, kennis en verhalen, neergelegd in teksten, meningen, foto's en video's. Kenmerkend voor *social media* is dat sprake is van interactieve dialogen waarbij gebruik wordt gemaakt van internet en mobiele technologieën. De bekendste *social media* op dit moment zijn: Facebook, Twitter, LinkedIn, Hyves en Google+.

## AANBEVELINGEN

### 1. Benut kansen van social media

*Social media dringen door in de zorg. Dit biedt kansen en mogelijkheden om de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen.*

Een voorbeeld van nieuwe manieren om zorg te verlenen zijn de zogenaamde twittersprekuren opgestart door enkele huisartsen en ziekenhuizen. Patiënten sturen korte berichtjes met vragen en krijgen hierop antwoord of worden doorverwezen. Social media worden eveneens al volop gebruikt door instellingen als onderdeel van de grote PR-machine. Nieuwsberichten komen niet alleen meer in de krant of op de eigen website, maar worden ook verspreid via media als Twitter en LinkedIn. Als ontvangende partij wordt het je zo gemakkelijk gemaakt om je te abonneren op die informatie die je interesseert. Tot slot is LinkedIn een mooi voorbeeld van digitaal netwerken en het opbouwen en onderhouden van je professionele contacten.

### 2. Garandeer vertrouwelijkheid

*2.1 Neem bij gebruik van social media de regels van het beroepsgeheim en privacy in acht.*

*2.2 Garandeer de anonimiteit van de patiënt en publiceer geen tot patiënten herleidbare informatie.*

Ons vak staat bol van de mooie, humoristische, ontroerende, maar ook schrijnende anekdotes. Anekdotes die zich gemakkelijk lenen om gedeeld te worden met de buitenwereld. Of het nu een 140 karakter tellende tweet is of een uitgebreider verhaal op een blog, er zijn legio voorbeelden op het net. De KNMG adviseert over het algemeen om voorzichtig te zijn met het plaatsen van anekdotes, ook al zijn ze geanonimiseerd. Het is namelijk altijd mogelijk dat de patiënt of diens betrokkenen zich in de casus kunnen herkennen. Zeker als je eigen profiel herkenbaar is als de arts van een bepaalde instelling.

### 3. Geen vrienden met patiënten

*3.1 Breng zoveel mogelijk scheiding aan tussen uw persoonlijke en professionele gebruik van social media en zorg dat die scheiding duidelijk tot uitdrukking komt.*

*3.2 Het is verstandig om online persoonlijke relaties met huidige of voormalige patiënten te vermijden.*

*3.3 Als u via social media met patiënten wilt communiceren, zorg dan vooraf voor voldoende informatie voor de patiënten.*

Een groot deel van de mensen in Nederland heeft een eigen Facebook-account en vormt een groter of kleiner netwerk met familie, vrienden en bekenden. Artsen zijn hierop geen uitzondering. De KNMG adviseert om dit soort privé-gebruik van social media te scheiden van professioneel gebruik. Accepteer op je privéaccount dus geen vriendschapsverzoeken van patiënten. Leg hen uit dat je op advies van je beroepsvereniging geen online vriendschappen met patiënten kunt aangaan. Als je wilt voorkomen dat mensen je online kunnen vinden, kun je ook kiezen voor een anoniem account onder een fictieve naam.

Wil je op een professionele manier contact maken met patiënten via social media, maak hiervoor dan een apart account aan, waarop duidelijk herkenbaar is wie je bent en wat het doel is van het account, bijvoorbeeld het beantwoorden van vragen of het delen van informatie.

### 4. Onderscheid wat openbaar is en privé

*Doe geen uitspraken op social media die u ook niet bij de koffieautomaat of op het NOS journaal zou doen.*

Als je informatie over je privéleven online zet, is deze openbaar en toegankelijk voor anderen. Eenmaal gepubliceerde informatie is zeer moeilijk weer te verwijderen. Wees selectief met de informatie die je online zet en zorg dat je

privacyinstellingen goed staan afgesteld. Controleer deze instellingen regelmatig! Voor je het weet staat dat beschamende vakantiekiekie in de publieke belangstelling of voor je het weet staan er duizenden mensen op de stoep voor je besloten verjaardagsfeestje...

## 5. Denk aan de reikwijdte

*Wees u bewust van de reikwijdte die een bericht op social media kan hebben. Door wie kan het allemaal worden gelezen?*

Nieuws verspreidt zich razendsnel via social media. De hele wereld kijkt mee en oordeelt. Bedenk daarom voordat je iets typt: 1 tweet = retweet = trending topic! Als *trending topic* ben je een populair item, gevolgd en gelezen door veel mensen. Dagelijks worden er ranglijsten bijgehouden van de meest populaire items, zowel nationaal als internationaal. Dit geeft vaak een goede afspiegeling van de actualiteit of van wat mensen bezighoudt. Begin dit jaar na het ongeval van Prins Friso was neurochirurg Tulleken een tijd lang *trending topic* op alle social media. Dit is niet de manier waarop je als arts in de belangstelling wilt staan. Een fout leidt zo niet alleen tot een tuchtrechtelijke, maar ook tot een publiekelijke schandpaal.

## 6. Toon respect

*6.1 Houd u aan de algemene internetgedragsregels.*

*6.2 Onthoud u van ongepaste en ongefundeerde commentaren en uitspraken in social media, zowel jegens patiënten als jegens collega's en jegens de organisatie waar u werkzaam bent.*

Een doodoener eigenlijk. Als je mensen niet met respect behandelt, hoor je niet thuis in ons vak. Punt.

## 7. Spreek uw collega aan

*7.1 Spreek uw collega er op aan als die op onprofessionele wijze informatie verspreidt of op andere wijze onzorgvuldig gebruikmaakt van social media.*

*7.2 Heeft u kritiek op het gebruik van social media door een collega, bespreek dit dan persoonlijk met uw collega en reageer niet in het openbaar.*

Het is niet altijd direct duidelijk of bepaald gedrag onzorgvuldig is. Enkele aanbevelingen hierboven zijn heel evident (schending beroepsgeheim, respectloos gedrag), maar andere zaken liggen soms minder zwart-wit. In dit kader noemt de KNMG ook het 'stoom afblazen' dat op internet veelvuldig wordt gedaan. Artsen sturen korte berichtjes tijdens een dienst ('Pfff, ik moet nog 12 uur en nu al gaar!') en krijgen bemoedigende antwoorden van collega's ('Nog even volhouden, bakkie koffie doet wonderen!'). Het lijkt onschuldig, maar de KNMG adviseert toch om hier mee op te passen in verband met mogelijke verwijten omtrent vermoeidheid of nalatigheid achteraf. Het gebruik van social media zit in een leerproces, waarbij de lijnen gaandeweg duidelijker worden. Als je vasthoudt aan het adagium *Bij Twijfel Niet Doen* kan het niet fout gaan.

## 8. Volg gedragsregels werkgever

*Houd u aan de gedragsregels van de werkgever. Dat geldt zowel voor de gedragsregels die de werkgever heeft opgesteld voor het gebruik van social media, als voor het gebruik van e-mail en internet in het algemeen.*

Met de opkomst van social media en mobiele gadgets komen er nieuwe vragen op: is twitteren onder werktijd toegestaan? Wat te doen met collega's die het artsenuitwisseling gebruiken om hun privéberichten te checken op hun smartphone of tablet? Wat is wel en niet gepast als het gaat om werkgerelateerde berichten op internet? Met deze aanbevelingen geeft de KNMG een handreiking, maar binnen je eigen vakgroep kun je hier ook afspraken over maken, zodat er duidelijkheid is over wat je samen wel en niet gepast vindt.

## 9. Let op disciplinaire risico's

*Wees u ervan bewust dat (toekomstige) werkgevers ook toegang hebben tot de informatie die u online hebt staan. Onprofessioneel gedrag in social media kan tot gevolg hebben dat uw werkgever disciplinaire maatregelen treft.*

Het is intussen al heel gebruikelijk dat bij sollicitanten een antecedentenonderzoek via het internet wordt gedaan. Even Googlen en je hebt meteen een schat aan informatie, van een LinkedIn-account tot een weblog of Facebookpagina. Heb je het dan niet zo nauw genomen met je privacyinstelling, dan kan die ene foto van jou in beschonken toestand hele nare gevolgen hebben.

Er zijn daarnaast voorbeelden van artsen (en ook andere professionals) die door hun werkgever zijn geschorst vanwege foto's of berichten op hun social media. Er zijn ook voorbeelden van situaties waarin mensen civielrechtelijk zijn vervolgd vanwege het schenden van afspraken met voormalige werkgevers door het contact leggen met concurrenten via social media.

## NAWOORD

Na het lezen van al deze aanbevelingen kan ik mij voorstellen dat er enige terughoudendheid is om je als specialist ouderengeneeskunde op het gebied van social media te begeven. Dat is nergens voor nodig. Je kunt social media heel goed gebruiken in je dagelijkse werk en in je dagelijkse leven. Als consument bijvoorbeeld, door je te abonneren op relevante en interessante personen, instellingen, tijdschriften of nieuwsbronnen. Je kunt twitter- en facebookfeeds volgen zonder zelf ook maar een ding online te zetten. Een prima manier om op de hoogte te blijven van het laatste nieuws. Dit hoeft natuurlijk niet alleen werkgerelateerd te zijn. Er zijn veel auteurs, muzikanten, sporters en zelfs politici die het volgen meer dan waard zijn.

Wil je verder in het gebruik van social media en ook zelf gaan publiceren? Oriënteer je dan op de mogelijkheden en bedenk vooral wat je wilt gaan doen en met welk doel. Denk na over het hoe, wat en waarom en schep duidelijkheid voor je lezers. Op de website van de KNMG zijn voorbeelden te vinden van succesvolle social media-projecten.<sup>1</sup>

## SPECIALISTEN OUDERENGENEESKUNDE @ TWITTER

Een (at random) overzicht van de bij mij bekende twitterende specialisten ouderengeneeskunde.

@RaymondKoopmans | @carlanieuw | @Nienkeo10 |  
@LobkevnOverbeek | @mdenobel | @RonHameleers |  
@SytseZuidema | @MargotVerkuylen | @Marjolein44 |  
@michellemwp | @martinkooij67 | @ouderengnk |  
@willemus | @hermgod | @HelmichE | @LPiZwiet |  
@jIurvink1

Heb ik je gemist, stuur me dan even een tweet:

@ouderengnk!

## SAMENVATTING

Het gebruik van social media is de laatste jaren enorm gegroeid, ook binnen de medische sector. Dit artikel geeft een overzicht van de aanbevelingen uit de handreiking **Artsen en Social Media** van de KNMG, bedoeld als leidraad en houvast voor artsen die zich op social media begeven.

**Can-Meds-competenties:** professionaliteit, maatschappelijk handelen, communicatie.

## LITERATUUR

1. *Handreiking Artsen en Social Media*. KNMG, november 2011. Kijk voor meer informatie op: [www.knmg.nl/socialmedia](http://www.knmg.nl/socialmedia)

### Correspondentieadres

lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

---

# Rectificatie

In de abstract van Marijke van Dijk – TvO 05/2012 p. 257 – zijn abusievelijk de auteursgegevens niet opgenomen. Hieronder treft u deze alsnog aan.

Marijke van Dijk, MSc, junior onderzoeker, afdeling Huisartseneeskunde & Ouderengeneeskunde, EMGO+, VUmc Amsterdam.

### Correspondentieadres

rm.droes@vumc.nl



# Heart failure in geriatric outpatients

## Diagnoses, prognoses and treatment

Martin van Leen



Met een waardig Hora Est verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn proefschrift. In deze rubriek wordt aan het proefschrift van Irène Oudejans aandacht besteed. Op 10 mei 2012 promoveerde Irène Oudejans (klinisch geriater) aan de Universiteit Utrecht op het proefschrift 'Heart failure in geriatric outpatients' (promotor prof. dr. A.W. Hoes, copromotor dr. A. Mosterd).

Diagnostiek bij (kwetsbare) ouderen aangaande hartfalen is een probleem, mede door de atypische manifestering. Onderdiagnostiek maar ook overdiagnostiek kan leiden tot fouten in de behandeling en zelfs risico's op schade voor de patiënt veroorzaken. Gouden standaard is volgens de geldende richtlijnen het verrichten van een echocardiogram. Voor veel ouderen is dit echter een methode die niet altijd te realiseren is, denk hierbij bijvoorbeeld aan onze kwetsbare ouderen in het verpleeghuis.

In haar proefschrift doet Irène Oudejans onderzoek bij 206 poliklinische patiënten. Zij tracht middels gestandaardiseerd onderzoek aan te geven of ook zonder een echocardiogram verantwoorde diagnostiek mogelijk is. In hoofdstuk 2 onderzoekt ze middels interviews of huisartsen en gerieters op basis van symptomen, ECG, X-Thorax en labwaarden in staat zijn een correcte diagnose te stellen. Bij tweederde bleek dit te kunnen. Bij twijfelgevallen werd een echocardiogram geadviseerd. Via Medlineonderzoek is gekeken naar de waarde van algoritmen, zoals opgenomen in onze huidige Nederlandse richtlijn hartfalen/NICE-richtlijn of de Mant-studie. Alle gaan uit van een afkapwaarde van NT-proBNP. Gebruikmaken van deze algoritmen leidt bij een afkapwaarde van NT-proBNP < 400 pg/ml, zoals geadviseerd door de European Society of Cardiology, tot 10% foute diagnose. Er zijn ook ingewikkelde wiskundige vergelijkin-

gen (hoofdstuk 4) maar die zijn te complex voor de algemene praktijk. In hoofdstuk 5 bespreekt Irène Oudejans de waarde van de klassieke symptomen als oedeem, kortademigheid et cetera. Bij een derde van de patiënten met hartfalen bleken die te ontbreken. Verlies van eetlust, lage BMI en afwezigheid van piepende ademhaling bleken sterke indicatoren voor de aanwezigheid van hartfalen te zijn. Zij ontwikkelde een scoringsysteem, waarbij naast anamnese en lichamelijk onderzoek, alleen NT-proBNP-waarde nodig is. Met behulp van deze score bleef slechts bij 16% verwijzing voor echocardiografie nodig.

In hoofdstuk 6 gaat Irène Oudejans in op de gevolgen van comorbiditeit. 50% van de ouderen met hartfalen is overleden binnen drie jaar. Met behulp van de Charlson-comorbidity-index is het risico op sterfte ongeacht de ernst van het hartfalen het best te bepalen. Zij pleit dan ook voor het gebruik van deze schaal als hulpmiddel voor wijze van behandelen. Een extra hulpmiddel kan nog de bepaling van galectine-3 zijn, aangezien uit haar onderzoek blijkt dat dit ook voor ouderen een voorspellende factor is op overlijden binnen drie jaar. Tevens bleek dat de waarde hoger is bij patiënten met hartfalen in vergelijking met patiënten zonder hartfalen.

De prognose van hartfalen kan worden verbeterd door gebruik van bepaalde medicatie. Dit effect is echter matig tot niet onderzocht bij ouderen boven de 80 jaar. In de onderzoeken bij jongere patiënten wordt meestal alleen gekeken naar sterfte en ziekenhuisopnames, zelden naar kwaliteit van leven zoals voor ouderen mogelijk veel belangrijker is. Het is maar zeer de vraag of uitslagen uit deze studies geëxtrapoleerd mogen worden naar ouderen met comorbiditeit.

In hoofdstuk 9 neemt Oudejans een aangepast algoritme op, gebaseerd op waarde NT-proBNP en de door haar ontwikkelde 'diagnostic rule'. Hiermee kan besloten worden of een echocardiogram moet worden overwogen. Hopelijk zal verder onderzoek met dit algoritme ons helpen bij de diagnostiek. Dit is het eerste onderzoek wat gepubliceerd wordt bij onze doelgroep en ik complimenteer Irène Oudejans met haar promotie en het uitlokken van nieuwe vragen rond diagnostiek en behandeling.

Correspondentieadres  
m.van.leen@avoord.nl

# Het schriftelijk euthanasieverzoek van een patiënt met dementie

Dr. Petra de Jong, directeur Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde

Op 9 november 2011 verscheen een artikel in de Volkskrant over euthanasie bij een vrouw met dementie. De vrouw kan op het moment van de euthanasie haar doodswens niet meer duidelijk uiten. Voor het eerst was er in Nederland euthanasie toegepast bij een patiënt met dementie in een vergevorderd stadium.

Het ging om een vrouw die in 1999, zij was toen 53 jaar, geheugenproblemen kreeg. In 2003 werd de diagnose Alzheimer gesteld en niet lang daarna bespreekt zij haar euthanasiewens met de huisarts. Niet dat euthanasie dan al aan de orde is. Ze krijgt medicijnen en leeft nog een aantal jaren in redelijke gezondheid. Een paar jaar later wordt de euthanasiewens opnieuw met de huisarts besproken. Daarbij is -naast haar echtgenoot en kinderen- ook een psycholoog betrokken. De vrouw tekent een schriftelijk euthanasieverzoek en voegt een handgeschreven bijlage toe. Zij vraagt daarin de arts om euthanasie wanneer zij totaal afhankelijk wordt en daardoor naar een verpleeghuis zou moeten. Daar heeft ze vroeger als verzorgende gewerkt. Dit zijn voor haar omstandigheden waarin ze niet verder wil leven.

In 2009 verslechtert haar toestand plotseling. Het demetieproces versnelt en zij bespreekt haar schriftelijk euthanasieverzoek wederom met haar huisarts. Iets wat zij overigens met regelmaat doet. Op dat moment wil zij nog geen concreet verzoek om euthanasie doen. In 2010 verandert haar situatie totaal, verpleeghuisopname nadert. In het najaar vindt de huisarts het tijd om aan haar euthanasieverzoek te gaan voldoen. De vrouw is dan niet meer in staat haar doodswens te uiten. In de verklaring van de huisarts staat dat de vrouw geen concrete gedetailleerde herinneringen meer heeft aan haar schriftelijk euthanasieverzoek en haar euthanasiewens niet meer kan herhalen. Met andere woorden, de vrouw is niet meer wilsbekwaam. De huisarts wil in principe tot euthanasie overgaan, maar wil eerst een positief advies van een onafhankelijk arts, een SCEN-arts. De eerste SCEN-arts die wordt geconsulteerd, geeft een negatief advies. De arts is overtuigd van de ondraaglijkheid van het lijden van de patiënte, maar kan zich niet vergewissen of het verzoek vrijwillig en weloverwogen is. De patiënte kan haar verzoek in het gesprek niet herhalen. De tijd dringt en de huisarts blijft recht willen doen aan het verzoek van de vrouw omdat hij overtuigd is dat zij in een situatie komt die zij nooit had gewild. De huisarts raadpleegt een tweede SCEN-arts die in de praktijk ervaring heeft met euthanasie bij beginnende dementie. Deze SCEN-arts betreft ook de naasten bij haar-

beoordeling of aan alle criteria is voldaan. Zij is van mening dat de ziekte met zich meebrengt dat de wilsbekwaamheid van de patiënt ook bij de naasten ligt. Naar haar mening is aan alle zorgvuldigheidscriteria voldaan.

De opmerking 'doe nou wat' die de vrouw tegenover de huisarts uit, ervaart de huisarts als een belangrijk teken. Voor hem is een belangrijke voorwaarde om tot euthanasie over te gaan: uit de mond van mevrouw nogmaals haar doodswens horen. Op 15 maart 2011 wordt de euthanasie uitgevoerd, de vrouw is op dat moment 64 jaar.

De euthanasie wordt bij een van de regionale toetsingscommissies gemeld. Vanwege de gevoeligheid rondom deze uitvoering, ten slotte was het de eerste keer dat euthanasie op basis van een schriftelijke verklaring bij gevorderde dementie was toegepast, wordt de casus voorgelegd aan alle vijf regionale toetsingscommissies. Het oordeel is uiteindelijk dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld.<sup>1</sup>

De artsenorganisatie KNMG geeft naar aanleiding van deze casus een persbericht uit, waarin zij stelt dat het oordeel van de toetsingscommissie geen verschuiving van de praktijknorm is of oprekking van de euthanasiewet. Wel vindt zij dat de patiënt tot het moment van daadwerkelijke uitvoering de wens om te willen sterven in woord of gebaar duidelijk moet kunnen maken. Om die reden vindt de artsenorganisatie dat bij euthanasie bij dementerende patiënten grote zorgvuldigheid en terughoudendheid is geboden.

Op 4 februari 2012 verschijnt er een uitgebreid interview in het NRC Handelsblad: 'De vrouw die niet meer wist dat ze dood wilde', waarin ook de echtgenoot, de huisarts en de beide SCEN-artsen aan het woord komen. Een storm aan reacties breekt los. De vragen die worden gesteld zijn: 'Is een schriftelijk euthanasieverzoek geldig bij iemand die dement is en voor hoe lang dan? Moet de Hoge Raad niet toetsen of een arts euthanasie mag uitvoeren bij iemand in een vergevorderd stadium van dementie? Staan wij toe dat we op grond van een eerder opgestelde wilsverklaring euthanasie verlenen aan een persoon die wilsbekwaam is geworden?'

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is het zaak de euthanasiewet precies te bekijken. In artikel 2, lid 2 van de Wet toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, kortweg euthanasiewet, staat letterlijk: 'Indien de patiënt van zestien jaren of ouder niet langer in staat is zijn wil



te uiten, maar voordat hij in die staat geraakt tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring, inhoudende een verzoek om levensbeëindiging, heeft afgelegd, dan kan de arts aan dit verzoek gevolg geven. De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in het eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing’.

De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts:

- a. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt,
- b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt,
- c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten,
- d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was,
- e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d, en
- f. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

### Schriftelijke wilsverklaring kan mondeling verzoek vervangen

Wettelijk heeft de schriftelijke wilsverklaring dus eenzelfde status als een mondeling verzoek (art.2, lid 2). Interessant is om te bekijken wat het stenografisch verslag, dat gemaakt is tijdens het debat over de euthanasiewet<sup>2</sup>, zegt. Op antwoord van een vraag van een van de Kamerleden stelt toenmalig minister van Justitie, Benk Korthals, ‘De verklaring heeft dezelfde status als een concreet verzoek om levensbeëindiging. Anders gezegd, de schriftelijke verklaring vervangt een actueel mondeling verzoek.’ Er wordt letterlijk gezegd: ‘De aanwezigheid van een der beide, dus een mondeling of een schriftelijk verzoek, legitimeert de arts het verzoek in te willigen.’ Dit betekent niet dat een arts verplicht is te voldoen aan het schriftelijk euthanasieverzoek, evenmin als hij verplicht is een mondeling verzoek uit te voeren, maar de mogelijkheid is er dus wel. Ook de wilsverklaring ten aanzien van euthanasie van de NVVE, Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde, spreekt van een verzoek. Dat communicatie essentieel is, blijkt ook uit wat in het debat is gezegd: ‘Hoe meer, hoe beter en concreter een patiënt met zijn of haar arts communiceert, hoe groter de kans dat een arts overtuigd raakt van de wens die in de schriftelijke wilsverklaring kenbaar is gemaakt’. Zo wordt er gezegd dat: ‘Het belangrijk is dat de inhoud van de verklaring tussen patiënt en arts wordt besproken.’ Dit is echter niet als eis in de wet opgenomen. Er wordt zelfs ingegaan op de situatie waarin iemand wilsonbekwaam wordt en zijn wilsverklaring niet besproken heeft met zijn arts. De toenmalig minister van Justitie stelt dan: ‘In dat geval zal hij (lees de arts) van de vrijwilligheid en weloverwo-

genheid van het verzoek overtuigd kunnen zijn, indien hij geen aanleiding heeft om het tegendeel aan te nemen. Hij gaat daarbij af op zijn bevindingen bij de bestudering van de medische geschiedenis van de patiënt en op gesprekken met – als die er zijn – familie en bekenden en een eventuele vertegenwoordiger van de patiënt.

Terug naar de commotie van dit voorjaar. In Medisch Contact nr. 10 van 9 maart 2012 stelt de KNMG dat toepassing van het wetsartikel waarin de wilsverklaring wordt geregeld, niet toepasbaar is in de praktijk: levensbeëindiging is dan zelfs ‘onverantwoord’. Met andere woorden: ‘geen communicatie, geen euthanasie’. Dit lijkt in tegenspraak met wat zij eerder over de casus in een persbericht naar buiten heeft gebracht. De professionele norm in het artikel in Medisch Contact is volgens de KNMG strikter dan de wettelijke norm. Echter bij het invoeren van een professionele norm hebben patiënten geen enkele zeggenschap en geen enkele mogelijkheid tot verweer. Het enige waar de burger zich op kan beroepen is de wettekst. Door deze tekst naast zich neer te leggen, wordt de toekomstige patiënt in zijn wens om levensbeëindiging genegeerd.

Ondanks dat een schriftelijk euthanasieverzoek een arts dus legitimeert om euthanasie uit te voeren, gebeurt dit in de praktijk – op deze ene besproken casus na – niet. Als argument om geen euthanasie uit te voeren, wordt niet zelden de vrolijke patiënt met dementie opgevoerd. Lezenswaardig is daarom het artikel van ethicus Govert den Hartogh in Medisch Contact nr. 12 van 23 maart 2012. Hierin stelt hij dat de alzheimerpatiënt, voordat deze zwaar dement is, nog steeds een conceptie van zichzelf heeft. Op grond daarvan ondergaat hij niet alleen zijn ervaringen, maar geeft hij daar ook interpretatie aan en handelt hij nog op basis daarvan. Den Hartogh verwijst hierbij naar een grondige empathische bestudering van de psychologie van de alzheimerpatiënt van de laatste twintig jaar. Zijn conclusie is dan ook dat een alzheimerpatiënt, juist omdat hij niet meteen volledig ophoudt het subject te zijn van zijn eigen ervaringen, vaak ervaringen heeft van ernstig lijden. De meeste specialisten ouderengeneeskunde erkennen inmiddels dat dementie wel degelijk ernstig lijden kan veroorzaken en soms ook dat het lijden als ondraaglijk is te bestempelen. Den Hartogh, en velen met hem, kunnen zich voorstellen dat artsen er moeite mee hebben het leven van iemand te beëindigen die daar niet meer om kan vragen. Maar, zegt hij, laten zij daar dan eerlijk voor uitkomen en zich niet achter de wet verschuilen. Het is niet de wet die euthanasie bij gevorderde dementie op basis van een wilsverklaring in de weg staat. Aan alle zorgvuldigheidseisen kan voldaan zijn. Ook aan de eis van ondraaglijk lijden. Dit is precies wat de toetsingscommissie over de casus concludeert.

De NVVE is daarom teleurgesteld in het standpunt dat de KNMG inneemt. In haar kwartaalblad Relevant verwoordt Hans van Dam, consulent hersenletsel, het als volgt. ‘Het

## UIT HET JAARVERSLAG 2011:

*‘De commissie overwoog met betrekking tot het vrijwillig en weloverwogen verzoek dat op grond van artikel 2 lid 2 wet toetsing levensbeëindiging op verzoek een ondertekende schriftelijke wilsverklaring een mondeling verzoek kan vervangen. In het onderhavige geval had patiënte al vanaf zeven jaar voor het overlijden, na het bekend worden van de diagnose, vele malen uitgebreid met de arts, een begeleidend psycholoog en haar gezin over actieve levensbeëindiging gesproken. Patiënte had daarbij telkens aangegeven onder welke omstandigheden zij haar lijden als ondraaglijk zou ervaren en levensbeëindiging zou wensen. Patiënte had dit standpunt en het euthanasieverzoek vastgelegd in een door haar ondertekende, regelmatig geactualiseerde, schriftelijke wilsverklaring terwijl zij wilsbekwaam was. Zij was tot op het laatst meestentijds nog wel in staat om door haar gedrag en uitingen haar eerdere wilsverklaringen te ondersteunen. Gezien dit alles achtte de commissie het aannemelijk dat het in de schriftelijke wilsverklaring verwoorde verzoek door patiënte vrijwillig en weloverwogen was gedaan.*

*Met betrekking tot de ondraaglijkheid van het lijden stelde de commissie vast dat tijdens de vele gesprekken die de patiënte met de arts en haar gezin over haar euthanasiewens had gevoerd, uitvoerig aan de orde was gekomen wat dat voor haar inhield. Patiënte had dit ook uitgebreid verwoord in haar schriftelijke verklaring. Zij had in die wilsverklaring omschreven dat het verlies van menselijke waardigheid door de totale afhankelijkheid van anderen, het niet langer herkennen van haar naasten en het onvermogen te begrijpen wat er in de wereld om haar heen gebeurde, voor haar een ondraaglijk lijden zou vormen. Patiënte had tevens aangegeven dat opname in een verpleeghuis wegens het niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen, voor haar een reden zou zijn om euthanasie te verzoeken.*

*Patiënte kon vlak voor de levensbeëindiging de ondraaglijkheid van haar lijden weliswaar niet meer adequaat onder woorden brengen, maar de arts en de consulenten hadden uit de lichaamstaal en verbale reacties van patiënte zeer sterk de indruk gekregen dat patiënte de toestand waarin zij nu verkeerde – die zij voorheen als ondraaglijk had omschreven – ook als zodanig ervoer. De arts had zich hierin gesterkt gevoeld doordat patiënte, zij het op gebrekkige wijze, vlak voor de uitvoering van de euthanasie, nog enkele malen uitte dat zij dood wilde. Volgens de commissie kon de arts tot de overtuiging komen dat patiënte ten tijde van de uitvoering van de euthanasie ondraaglijk leed’.*

*Ook oordeelde de commissie dat het inschakelen van een tweede SCEN-arts met specifieke deskundigheid zorgvuldig was.*

belangrijkste verschil bij inwilliging op basis van een schriftelijke wilsverklaring is dat mondelinge bevestiging op het moment van uitvoering vervalt. Dat is evident, want de wilsverklaring is pas aan de orde als een mondeling verzoek meer mogelijk is en dus is een mondelinge bevestiging een onmogelijke eis. Zodra een wilsverklaring de grondslag vormt, is er geen sprake meer van dat iemand nog kan willen of niet willen. In een krantenkop stond ‘Geen euthanasie bij een demente die zich bedenkt.’ Dat is in de situatie van deze vrouw een contradictio in terminis: iemand met gevorderde dementie mist simpelweg de cerebrale vermogens om te willen, dus zeker om zich nog te kunnen bedenken. Dat stadium is voorbij. En in het stadium dat de vrouw dat nog kon, heeft ze zich niet bedacht, geen enkele keer! Haar laatste wens was dus de wens die zij al jaren had: ik wil niet met gevorderde dementie naar het verpleeghuis’, aldus Van Dam.

Natuurlijk is het zo dat lang niet alle mensen met dementie een euthanasieverzoek hebben. En dat het gevreesde lijden voor sommigen blijkt mee te vallen, zoals Marike de Boer heeft onderzocht<sup>3</sup> in haar proefschrift. Maar er zijn mensen die een weloverwogen en vrijwillig verzoek doen en daar tot het einde aan vasthouden. In 2011 werden 49 meldingen gedaan van euthanasie of hulp bij zelfdoding bij dementie, twee keer zoveel als in 2010. In 48 van de gevallen betreft het patiënten in de beginfase van dementie. Deze mensen wilden ‘op tijd zijn’ om niet in een situatie te komen die zij niet wensten. Alle gevallen zijn als zorgvuldig beoordeeld.

Het verzoek om euthanasie op basis van een wilsverklaring is verre van gemakkelijk en allerlei problemen kunnen opdoemen. Toch moet men de wens van de burgers, die alleen terug kunnen vallen op de wettekst van de euthanasiewet, serieus nemen. Het is te gemakkelijk om te roepen ‘het mag en kan niet’. De schriftelijke wilsverklaring heeft in de genoemde casus de doorslag gegeven in het beoordelen van de zorgvuldigheid. Steeds meer mensen denken over hun levenseinde na en stellen een wilsverklaring op. Met z’n allen juichen we dat toe. Zowel de NVVE als de KNMG roepen haar leden op om tijdig over het levenseinde te praten. Maar doe je dat als (toekomstig) patiënt tijdig, dan blijken zowel die gesprekken als de wilsverklaring zodra je dement bent, voor de arts een wassen neus te zijn. Dat kan toch niet de bedoeling zijn.

## LITERATUUR

1. Zie casus 7 uit het Jaarverslag 2011 van de Regionale toetsingscommissies euthanasie, pag. 21-24.
2. Kamerstuk 26691 nr.24, 15 november 2000.
3. *Advance Directives in Dementia Care*, Marike de Boer.

Correspondentieadres  
s.michelis@NVVE.nl

# Reactie op artikel van Gert-Jan van der Putten Gerodontologie voor de specialist ouderengeneeskunde<sup>1</sup>

Robbert Kamerling, arts/SCEN-arts en oud-specialist ouderengeneeskunde

Geachte redactie,

Allereerst wil ik u laten weten dat het artikel van Gert-Jan van der Putten een gedegen en goed leesbaar artikel is. Ik complementeer u hiermee en raad u aan dit artikel ook aan de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde aan te bieden, zodat ook de tandartsen dit onderwerp ter harte nemen.

Verder wil ik u laten weten dat ik reeds in de beginperiode van mijn werk als verpleeghuisarts in 1980 een scriptie heb geschreven over dit onderwerp, met de titel *Een onderzoek naar de tandheelkundige verzorging van de bejaarde, nieuw opgenomen verpleeghuispatiënt*. Deze scriptie schreef ik voor de toen gebruikelijke eenjarige cursus verpleeghuisgeneeskunde, die men destijds moest volgen om als verpleeghuisarts te mogen werken. In mijn scriptie kwam al een zeer treurig beeld tevoorschijn. Hierdoor is prof. Cees de Baat begonnen om in de regio's Katwijk en Leiden de eerste tandheelkundige zorg binnen het verpleeghuis op te zetten.

Anno 2012 zijn er nog steeds grote problemen met de tandheelkundige zorg binnen het verpleeghuis. Daarnaast komen er nu steeds meer bewoners met hoge ZZP-normen voor in verzorgingshuizen. Juist ook in deze instellingen is er vrijwel helemaal geen tandheelkundige zorg. Bovendien neemt de noodzaak tot tandheelkundige zorg bij ouderen alleen maar toe door minder gebruik van ouderwetse prothesen en een enorme toename van implantaten en vele bruggen en kronen.

Ook in de opleiding van de moderne zorgkundige, op welk niveau dan ook, is te weinig aandacht voor goede gebitsverzorging. Daarnaast wordt in de praktijk vrijwel geen aandacht besteed aan het gebit, zeker als er ook nog personeels-schaarste is, met name in de avonduren. Hierdoor neemt de gebitszorg alleen maar af en moeten onnodig veel kiezen worden getrokken.

Ik pleit er voor dat in de opleiding voor de zorgkundigen en in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde dit onderwerp de nodige aandacht krijgt, aandacht die dringend nodig is.

Met vriendelijke groeten,

Robbert Kamerling

1. Dr. Gert-Jan van der Putten. Gerodontologie voor de specialist ouderengeneeskunde. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2012; 4 (37):172-178.

Correspondentieadres  
rkamerli@xs4all.nl

# Verantwoorde diabeteszorg

## In de palliatieve en terminale fase

Agaath W. Bruin, praktijkverpleegkundige bij ISZ De Brug in Driebergen

Drs. Laura E.J.M. Joosen, specialist ouderengeneeskunde bij Rivas in Sliedrecht

Drs. Corinne M. de Ruiter, beleidsmedewerker Verenso

### AANLEIDING

Welk medisch beleid is van belang bij kwetsbare ouderen met diabetes in de palliatieve en terminale fase? Dat is één van de onderwerpen van de multidisciplinaire Verenso-richtlijn Verantwoorde Diabeteszorg voor kwetsbare ouderen (2011). Voor die richtlijn, te vinden op de website van Verenso, is veel belangstelling van specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, verpleegkundigen en praktijkondersteuners. De leden van de voormalige richtlijnwerkgroep hebben de verspreiding van kennis over de richtlijn sterk gestimuleerd (competentie kennis en wetenschap). Zo hebben zij het afgelopen jaar actief bijgedragen aan 26 artikelen/berichten over de richtlijn en 32 scholingsbijeenkomsten voor verschillende disciplines georganiseerd. Tijdens die scholingsbijeenkomsten bleek onder andere behoefte aan handvatten voor verantwoorde diabeteszorg in de palliatieve en terminale fase. Daar gaat dit artikel over.

### KERN

Circa 20% van de verpleeghuisbewoners heeft diabetes mellitus (DM) waarvan de meeste DM2 en een klein aantal DM1 (Bruin, 2007; Baan, 2009; Frijters 2011). Het doel van diabeteszorg in zowel de palliatieve als terminale fase is vooral gericht op het bieden van comfort en kwaliteit van leven. Proactief diabetesmanagement in deze laatste levensfase zal hieraan zeker bijdragen. Diabetes kan de levenskwaliteit van de (pre)terminale patiënt op verschillende manieren beïnvloeden:

- hyperglykemische klachten: onder andere dorst, polyurie, vermoeidheid en verlaagd bewustzijn,
- hypoglykemie: onplezierig en potentieel gevaarlijk. Moeilijk te behandelen bij verminderde eetlust, misselijkheid, braken of moeilijke veneuze toegangsweg. Glucagon is minder tot niet effectief bij de cachectische patiënt vanwege afwezige glycogeen voorraad,
- corticosteroiden, vaak gebruikt als symptoomcontrole (bij pijn, misselijkheid, verhoogde intracraniale druk, verminderde eetlust) kunnen hyperglykemie veroorzaken of verergeren.

De levensduur en de wensen van de patiënt bepalen welke behandeling wordt voortgezet of ingezet. In de *palliatieve fase* verandert het behandelbeleid naar een eenvoudiger regime, waarbij het belangrijkste doel is symptomatisch hoge bloedsuikerspiegels met minimale interventie te behande-

len. Langetermijncomplicaties zijn niet meer van belang, maar een ontregeling van de diabetes kan wel extra zorg opleveren bij patiënten en familie, terwijl het glucosemanagement maar een klein aspect is van de totale benodigde zorg op dat moment. Patiënt en familie hebben dan uitleg nodig over de reden van de keuzes bij diabetesmanagement, bijvoorbeeld over de reden waarom bloedsuikers minder streng worden gereguleerd dan voorheen. Diabeteszorg op maat betekent nu dat de patiënt niet onnodig wordt belast met prikken en meten, maar dat hypoglykemie en hyperglykemie zoveel mogelijk vermeden worden. Daarmee kan de kwaliteit van leven positief beïnvloed worden. Dieetbeperkingen zijn niet meer nodig of veel minder strikt. Dieetrestricties, voor zover aanwezig, kunnen losgelaten worden (wensdieet).

In de *terminale fase* wordt het medisch beleid wezenlijk anders en zijn controles minder belangrijk of niet meer zinvol en haalbaar. Wanneer de patiënt nog bij bewustzijn is, wordt gestreefd naar het vermijden van de gevolgen van een hyperglykemie. Wanneer de patiënt comateus is, wordt alle medicatie gestaakt en zijn controles niet meer nodig. Vooral familie moet dan goed op de hoogte zijn van de keuzes die gemaakt worden bij het staken van de behandeling van diabetes. Het doen van periodieke controles is niet meer standaard: alles is gericht op comfort van de patiënt. Dat betekent voor de arts dat deze aan patiënten en verzorgenden uitleg geeft; dat een intensief insulinerégime en het veelvuldig meten van het bloedglucosegehalte voor patiënt en familie onnodig en vervelend belastend is.

### TOELICHTING VANUIT DE RICHTLIJN

Het behandelen van diabetes mellitus in de laatste levensfase lijkt triviaal, maar blijkt uit diverse onderzoeken toch tot veel vragen en soms ook tot onzekerheid bij de behandelaren te leiden.

Quinn et al. (2006) onderzochten hoe artsen en verpleegkundigen handelden in de laatste levensfase, en concludeerden dat er een grote variëteit was in keuzen en behandelingen. Zij vonden dat een derde van de ondervraagde artsen en verpleegkundigen zich onzeker voelden over het glykemisch management bij patiënten met diabetes mellitus in de laatste levensfase. De frequentie van controle van bloedsuikers varieerde dan ook sterk, afhankelijk van het

stadium van de ziekte, type diabetes en de organisatie van de diabeteszorg. Soms werd altijd bij opname gecontroleerd, soms alleen bij hyperglykemische symptomen. In de laatste levensdagen bleek controle meestal afhankelijk van de toestand en de symptomen die de patiënt aangaf en of de symptomen ontstonden door hyperglykemie. Zij stelden dat meer uniformiteit (consensus-based richtlijn) aanbevelenswaardig was, zeker omdat maar de helft van de door hen ondervraagde artsen bewust wijzigingen in hun beleid doorvoerden in deze fase. De Verenso-richtlijn (2011) hoopt hieraan bij te dragen.

Ford Dunn (2006) onderzocht bij een aantal patiënten met DM2 in de terminale fase of deze daadwerkelijk hoge bloedsuikers ontwikkelden in de laatste levensdagen, na staken van alle medicatie. Uit hun onderzoek bleek dat de glucosespiegel niet steeg bij stervende patiënten met DM2, zelfs niet na het staken van hun medicatie (zowel tabletten, als insuline). De eventuele zorg voor hoge bloedsuikers na staken van medicatie is dus niet gegrond, en men kan hieruit afleiden dat het staken van alle behandeling mogelijk is, zonder bijeffecten van hyperglykemie.

## ADVIEZEN UIT DE RICHTLIJN

Het doel van het glykemisch management verandert in de palliatieve en terminale fase omdat deze niet meer gericht is op het voorkomen van langetermijncomplicaties. Dat betekent bij patiënten met DM in de palliatieve fase:

- bespreek met de patiënt en zijn familie de wensen en (on-)mogelijkheden van de zorg vanuit het uitgangspunt dat de behandeling gericht is op comfort en het voorkomen van hypo- en hyperglykemieën en bijwerkingen;
- informeer de patiënt, diens familie en de verzorgenden op welke symptomen van hypo- en hyperglykemieën en bijwerkingen men alert moet zijn, zie tabel 4a in de richtlijn;
- vraag de patiënt, en/of diens familie symptomen door te geven aan de verantwoordelijke verzorgende die vervolgens eventuele veranderingen in de situatie of symptomen van ontregeling aan de arts doorgeeft;
- versoepel eventuele voedingsbeperkingen;
- controleer zo min mogelijk de bloedglucose: bij orale medicatie meestal 1x per week en bij insuline 2x per week, afhankelijk van de intake en de conditie van de patiënt;
- streef naar bloedglucoses tussen 10 en 20 mmol/l en vermijden van hypoglykemie;
- evalueer regelmatig het gebruik van diabetesmedicatie en corticosteroiden en verlaag of stop deze tijdig. Pas zo nodig de dosering aan bij afname van eetlust en/of het gewicht;
- wees alert op gastro-intestinale bijwerkingen, zoals misselijkheid en anorexie, bij gebruik van metformine;
- evalueer de noodzaak van corticosteroiden en wees alert op symptomen van hyperglykemie;
- zorg voor vroege herkenning en behandeling van infecties zoals orale candida;

- geef uitleg over gewijzigd beleid aan de patiënt en zijn familie en zorg voor heldere vastlegging in het dossier en het zorgplan;
- verwijs/overleg zo nodig met een palliatief team of een palliatief consulent.

Specifiek bij patiënten met (gevorderde) dementie met DM geldt dan:

- bied comfort met zo min mogelijk (medicamenteuze) belasting en voorkom complicaties door hypo-/hyperglykemieën;
- streef naar een minder scherpe glucose-instelling;
- vermeld heldere afspraken in het behandelplan, zoals medicatieaanpassing bij weigering van medicatie of eten;
- geef omgangsadviezen aan de familie en de verzorging bij het weigeren van medicatie of eten.

Bij patiënten met DM in de terminale fase is het belangrijk de onderhoudsmedicatie regelmatig te evalueren:

- *bij insulinegebruik*: verminder de eerdere insulinedosis tot de helft of tweederde. Pas eventueel extra aan bij gewichtsverlies of verminderde voedingsintake bij anorexie of braken. Continueer een lage dosis insuline om ketoacidose te voorkomen.
- *bij orale medicatie*: wees voorzichtig met middelen die hypoglykemieën kunnen geven, zoals de SU-derivaten, vooral bij achteruitgang van de leverfunctie. Overweeg dan de dosis metformine en SU-derivaten te halveren of te stoppen.

Bij patiënten met een levensverwachting van slechts enkele dagen geldt:

- als de patiënt bij bewustzijn is en de hyperglykemie symptomatisch is: controleer de glucose en bij glucose > 20 mmol/l regel deze dan bij met kortwerkende insuline;
- als de patiënt niet bij bewustzijn is: stop in principe alle medicatie (bespreek dit eerst met de familie) en doe geen glucosecontroles meer.

Uiteraard moet bij de overgang van de palliatieve naar de terminale fase het beleid worden aangepast en via het zorgplan worden overgedragen. Daarin worden ook de afspraken vastgelegd die samen met de patiënt en/of diens naasten zijn gemaakt.

## ONDERSTEUNING VANUIT V&V

Verzorgenden en verpleegkundigen (V&V) hebben een belangrijke rol in het ondersteunen van het afgesproken glykemisch beleid. Voorwaarde is dan wel dat zij via het zorgplan zijn geïnformeerd welk beleid geldt voor individuele patiënten zoals benodigde streefwaarden, medicatie en eventuele omgangsadviezen. Ook is het van belang dat zij voldoende geschoold zijn, bijvoorbeeld om specifieke symptomen te kunnen herkennen van hyper- en hypoglykemie bij kwetsbare ouderen, zie hiervoor tabel 4a in de Verenso-richtlijn. Ook moeten zij weten welke andere signalen zij aan de arts moeten doorgeven om tijdig het glyke-



misch management bij te stellen. Relevante signalen zijn weigering van medicatie of voedsel, gastro-intestinale bijwerkingen of infecties. Uiteraard is het ook van belang dat zij weten hoe zij zelf moeten handelen bij ontregeling van diabetes. Een praktijkverpleegkundige kan dit aansturen en begeleiden. Bijvoorbeeld door het geven van een klinische les aan verzorgenden en door voor hen als consulent beschikbaar te zijn bij problemen of vragen. Ook kan een praktijkverpleegkundige tijdens een wekelijkse visite de actuele situatie van een patiënt beoordelen waarbij zij met de evv-er (eerst verantwoordelijke verzorgende) relevante aandachtspunten checkt en ook kijkt of er sprake is van goede mondzorg en de juiste preventie van huidletsel. Zo nodig kan zij direct voorlichting geven aan patiënten en hun familie. In de terminale fase is het van belang dat de patiënt in de dagelijkse zorg zoveel mogelijk begeleid wordt door vertrouwde verzorgenden. Alleen indien gewenst kan de praktijkverpleegkundige direct de patiënt en/of zijn familie ondersteunen.

### TOT SLOT

Het kan geruststellend zijn voor patiënten en hun mantelzorgers dat in deze eindfase van het leven zorgvuldig wordt gestreefd nadelige gevolgen te voorkomen van een niet goed geregelde diabetes. Uitgangspunt is bij te dragen aan een goede dood voor de stervende patiënt. Door een minimum aan belastende handelingen wordt gestreefd naar een minimum aan onaangename symptomen.

### LITERATUUR

1. Baan CA, Poos MJJC. Hoe vaak komt diabetes mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen\ Diabetes mellitus, 24 juni 2009.
2. Bruin A. *Protocolaire diabeteszorg door de praktijkverpleegkundige in het verpleeghuis*. Amsterdam, 2007.
3. Ford-Dunn S, Smith A, Quin J. Management of diabetes during the last days of life: attitudes of consultant diabetologists and consultant palliative care physicians in the UK. *Palliat Med.* 2006 Apr;20(3):197-203.
4. Frijters L. Mondelinge mededeling over prevalentie van diabetes bij 2233 bewoners van 8 verpleeghuizen en 12 verzorgingshuizen die deelnemen aan RAI database VUmc (peildatum eind 2009).
5. Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) 'Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie', richtlijn voor verzorgenden niveau 3. 2009 LEVV.
6. Quinn K, Hudson P, Dunning T. Diabetes management in patiënts receiving palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2006 Sep;32(3):275-86.

Correspondentieadres  
a.bruin@iszdebrug.nl



Fotograaf: Guus Herbschleb.

# Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

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

## WEBSITES

[www.wiehelptdedokter.nl](http://www.wiehelptdedokter.nl)



Collega specialist ouderengeneeskunde Ron Hamelaers geeft tips en adviezen rondom timemanagement en persoonlijke effectiviteit onder het motto: *prettiger dokters door slimmer te organiseren*. Filosofische overpeinzingen, praktische computertips en handige weetjes: de website van Ron biedt voor ieder wat wils. Je kunt de informatie ook volgen via een RSS feed, Facebook, Twitter of LinkedIn. Like!

[www.hugovanderwedden.nl](http://www.hugovanderwedden.nl)

De website van socioloog en verpleegkundige Hugo van der Wedden is een bezoek meer dan waard. Met prikkelende en inspirerende publicaties over thema's als *reanimatie bij ouderen en euthanasie bij dementie* is Van der Wedden inmiddels een bekende naam binnen en buiten de medische sociologie. Hij publiceert onder meer voor de Volkskrant, NRC Handelsblad en het vakblad Nursing. Van der Wedden is ook te volgen via diverse social media. Like!

## APPS

### MedZine

MedZine promoot zich als hét realtime magazine voor medici. Het moet gezegd: de layout is prachtig! MedZine vergaart nieuwsberichten uit de medische wereld (gebaseerd op door de gebruiker in te stellen voorkeuren) en plaatst deze in een tijdschriftachtige layout. Op het retina-scherm van de iPad is dit werkelijk een lust voor het oog. De redactie van MedZine bestaat uit vertegenwoordigers van alle specialismen. MedZine is gratis te downloaden voor de iPhone en iPad. Een aanrader!



### Ysis Mobiel

Ysis, het bekende EPD van Gerimedica heeft sinds 28 augustus 2012 een mobiele app voor toegang tot het medische dossier 'on the go'. De app biedt ook ondersteuning voor het registreren van zorgactiviteiten in het kader van de DBC in de geriatrische revalidatiezorg. Ysis Mobiel is op dit moment beschikbaar voor de iPhone, eind 2012 wordt een Android-versie verwacht.

### NHG-standaarden

De NHG-standaarden zijn als app beschikbaar voor iOS en Android. De samenvattingskaarten zijn gratis te bekijken, voor toegang tot de volledige richtlijnen moet € 18,99 worden betaald. Huisartsen die lid zijn van het NHG krijgen korting. De app ziet er prachtig uit en werkt intuïtief. Ook zonder toegang tot de volledige richtlijnen is downloaden meer dan de moeite waard. De richtlijnen zijn geordend per tractus en je kunt veel gebruikte richtlijnen markeren voor snelle toegang. De informatie wordt lokaal opgeslagen en is dus ook zonder internetverbinding te gebruiken.

### Correspondentieadres

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

Twitter: @ouderengnk

Facebook: ouderengeneeskunde





In de kennistuin heerste een bedrijvige sfeer, zachte stemmen en driftig tikkende vingers onder zoemende tl-lampen. Peter voelde zich er nooit op zijn gemak. Al die beeldschermen die hem aanstaarden, om nog maar te zwijgen van de blikken van zijn collega's. En dan die náám. Kennistuin. Peter had nooit begrepen waarom deze ruimte tuin heette. Bij een tuin dacht hij aan groen, aan bomen en bloemen, aan zon en wind. En aan vogels. Koolmeesjes vooral. Van dat alles was in deze kennistuin niets te beleven. Zuchtend sloop hij langs de muur naar een lege plek op rechts en zette de computer aan. Zachtjes tikte hij zijn code in en wachtte.

Terwijl het scherm onbegrijpelijke plaatjes en codes produceerde, bladerde hij in zijn nieuwe agenda. Een agenda die hij zelf had moeten kopen, stiekem. Zijn laatste, vreesde hij, want volgend jaar zou ook hij niet meer onder de digitale agenda uitkunnen. Liefkozend streek hij over de kerstdagen midden op de bladzijde.

'Waar ben jij mee bezig?' De stem van Gert.

Geschrokken draaide hij zich om.

'Wachtwoord opzoeken voor GAIA', mompelde hij.

Gert zwaaide quasi vermanend met zijn wijsvinger heen en weer. 'Tut tut, Prins, niet liegen, je zat je agenda te aaien. Een uitstervend ras, hè, zo'n agenda, daar moet je zuinig op zijn.'

Peter schoof de agenda snel van zich af en greep de muis. Hij voelde zich betrappt. Op het scherm verscheen google, 'GAIA' tikte hij met twee wijsvingers.

Gert stond hoofdschuddend naast hem. 'Man, wat een omweg, zal ik het even doen?'

Voor hij het wist had Gert uitbundig klikkend GAIA in beeld gebracht, een snelkoppeling op het bureaublad gezet en het inlogschermbild opgeroepen.

'Code?' vroeg hij.

Codes. Die stonden achter in zijn agenda. Hij noemde zijn BIG-nummer. 'Hier', Gert schoof hem het toetsenbord toe, 'tik zelf maar je wachtwoord in.' Peter hoopte vurig dat de smartphone van Gert nu zou gaan en diens aandacht zou opeisen. Maar dat was kennelijk teveel gevraagd. De hele dag piepte, floot en trilde het ding op de meest ongelegen momenten, maar nu hield het zich natuurlijk koest. Langzaam toetste hij onder het wakend oog van Gert zijn wachtwoord in.

'Hier', Gert had alweer doorgedrukt naar een volgende scherm. 'Prins, als ik het niet dacht, jij moet echt wat aan communicatie en samenwerking gaan doen!' Grijnzend wees hij naar de grafiek bovenin beeld. 'Zie je dat? Zip. Zero. Nada!'

Ingespannen tuurde Peter naar het scherm. Er stonden gekleurde balkjes in die het competentieprofiel weergaven. Medisch handelen en wetenschap hadden een mooi balkje, maar communicatie en samenwerking waren geheel kleurloos. En maatschappelijk handelen trouwens ook, zag hij tot zijn chagrijn. Het voelde als een vonnis, een onguur brandmerk.

'Je laat je toch niet meer herregistreren?' ging Gert door, hij klonk ongelovig. 'Ga toch lekker met pensioen man, ben je ook van dat digitale gedoe af en kun je de hele dag met je papieren agenda spelen!' De fluittoon van Gerts smartphone onderbrak zijn betoog.

Nog nooit was Peter zo blij geweest met dat geluid. Hij draaide Gert zijn rug toe en klikte snel het scherm weg. De vraag over zijn herregistratie had hem geraakt, daar worstelde hij al maanden mee. Met pensioen of niet met pensioen, dat was de kwestie.

Wat zou dat betekenen, pensioen? Iedere keer als hij daar over nadacht zag hij zich tot zijn afgrijzen de hele dag met Peterien op de bank zitten. Hij huiverde. Dat nooit.

Achter zich hoorde hij een telefoon gaan, iemand nam op. Wat zou hij missen? De bewoners, dacht hij, en het feit dat hij daar iets voor kon betekenen. Zoals Bart met zijn blad-hark. Maar dat was ook een hoop gedoe geweest en dat zou hij dan weer niet missen. Het gedoe, de regels, het gevoel dat hij alles moest bevechten.

Achter hem ging opnieuw een telefoon. Deze kennistuin zou hij ook niet missen. Nee, dan zijn eigen tuin, waar hij dan eindelijk eens oneindig lang naast het nestkastje zou kunnen gaan zitten, tot hij alle kleine koolmeesjes had zien uitvliegen, de vrijheid tegemoet.

Een onverwacht gevoel van geluk beving hem bij dat idee. Langzaam sloot hij zijn agenda. Met zijn vingers volgde hij de contouren van het getal 2013 op de voorkant. Een jaar dat er ineens een stuk aantrekkelijker uitzag.

Correspondentieadres  
j.erbrink@vanneynsel.nl

# Psychogeriatrische crisisopnames

## Een casecontrolstudie

Drs. Annette P.A. van Kerkhof, specialist ouderengeneeskunde, dr. Roland B. Wetzels, specialist ouderengeneeskunde, dr. Sytse U. Zuidema<sup>1,2</sup>, specialist ouderengeneeskunde

<sup>1</sup> Afdeling Eerstelijnsgeriatrie UMC St Radboud, Nijmegen

<sup>2</sup> Afdeling Huisartsgeneeskunde UMCG, Groningen

### INLEIDING

In Nederland hebben ruim 235.000 mensen dementie. Dit aantal zal stijgen naar meer dan een half miljoen in 2050. 70% van de mensen met dementie woont thuis en wordt verzorgd door mantelzorgers.<sup>1</sup> Het huidige beleid is er op gericht dat mensen met dementie zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Er is onvoldoende capaciteit om het stijgende aantal mensen met dementie op te nemen in het verpleeghuis. Bovendien zou dit enorme kosten met zich meebrengen. Maar het belangrijkste is dat patiënten zelf zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Soms is een opname in het verpleeghuis echter onvermijdelijk. Veel voorkomende redenen voor opname zijn: overbelasting bij mantelzorger, afhankelijkheid in ADL (met name bij incontinentie), gedragsproblemen en depressie. Daarnaast zijn er enkele risicofactoren voor opname: hoge leeftijd, vrouwelijk geslacht, laag geschooldheid, laag inkomen en alleenstaand.<sup>2-4</sup> Uit de internationale literatuur blijkt dat met name gedragsproblemen bij de patiënt een grote belasting zijn voor mantelzorgers. Deze hebben een grotere impact dan de mate van cognitieve problemen of de mate van ADL-afhankelijkheid.<sup>5,6</sup>

Een gedeelte van de psychogeriatrische opnames vindt plaats in een crisissituatie. In de praktijk merken we dat deze crisisopnames veel onrust met zich meebrengen voor patiënt, familie en hulpverleners. Sommige crisisopnames zijn niet te voorkomen; bijvoorbeeld bij het plotseling wegvallen van de mantelzorger. Bij andere crisisopnames hebben we het gevoel dat door een andere aanpak in de eerste lijn de crisissituatie wel voorkomen had kunnen worden. Bijvoorbeeld wanneer er sprake is van (langdurige) overbelasting bij de mantelzorger waarbij er nog nooit gesproken is over dagbehandeling of er is gekeken naar de gedragsproblemen bij de patiënt. We zouden graag zien dat een overbelast systeem eerder wordt gesignaleerd en dat er langzaam wordt toegewerkt naar een reguliere opname.

Er is één eerder onderzoek gedaan naar crisisopnames psychogeriatric (PG). Het betreft een Nederlands onderzoek gepubliceerd in 1992. In dit onderzoek wordt aangegeven wat zoal de aanleidingen zijn voor een crisisopname. Vaak was dit overbelasting van mantelzorgers, vooral vanwege gedragsstoornissen van de patiënt. Of er was sprake van ziekte

of overlijden van de mantelzorger. Interventies als begeleiding en steun geven aan de centrale verzorger, extra hulp van wijkverpleging of gezinszorg inschakelen, dagbehandeling of dagopvang voor de patiënt met dementie regelen en andere maatregelen ter versteviging van het sociale netwerk rond het systeem in crisis konden een crisisopname vaak voorkomen.<sup>7</sup> Ook in grotere internationale onderzoeken is gekeken naar interventies om draaglast bij mantelzorgers te verminderen en verpleeghuisopname uit te stellen. Door goede educatie en het aanleren van strategieën aan de mantelzorger om te kunnen omgaan met de patiënt en diens gedragsproblemen, kan de draaglast verminderd worden. Van respijtzorg zoals dagbehandeling en kortdurende opnames, kan niet worden bewezen dat deze de draaglast verminderen of zorgen voor uitstel van opname. Als mogelijke reden wordt genoemd dat deze maatregelen vaak te laat worden ingezet. Het inzetten van respijtzorg is vaak een drempel waar patiënt en mantelzorger over moeten, waarbij ze de aanmoediging van hulpverleners nodig hebben om deze drempel te nemen.<sup>5,6</sup> Een systematische review over de effectiviteit van huisbezoeken laat zien dat deze een positief effect (minder functionele achteruitgang en/of uitstel van verpleeghuisopname) kunnen hebben, mits er een multidimensionaal geriatrisch assessment plaatsvindt en de huisbezoeken een vervolg krijgen.<sup>8</sup>

In ons onderzoek hebben we gekeken naar verschillen tussen crisisopnames en reguliere opnames betreffende het profiel van de patiënt en de zorg die thuis is ingezet. Een specifiek verschil tussen beide groepen kan een aangrijpingspunt bieden voor behandeling en/of preventie van vermijdbare factoren.

### METHODE

#### Opzet en inclusie

Dit onderzoek is een casecontrolstudie waarin crisis- en reguliere patiënten geïncludeerd zijn vanuit verpleeghuizen van zorgcentra uit drie verschillende regio's in Nederland: Zorggroep Apeldoorn, verpleeghuis Casa Bonita (inclusief Dependance Twello), Livio, verpleeghuis de Cromhoff (Enschede) en Zorgcentra Rivierenland, verpleeghuis Vrijthof (Tiel), Westerhof (Tiel) en Zorgcentrum Ravestein (Geldermalsen). Crisisopname werd gedefinieerd als elke opname die plaatsvond binnen 24 uur na aanmelding. Een reguliere

opname was een opname vanaf de wachtlijst waarbij het niet nodig is geweest de persoon op enig moment hoger op de wachtlijst te plaatsen of met voorrang op te nemen. De meest recente crisis- en reguliere opnames werden gescreend op inclusie- en exclusie criteria. De opnames vonden plaats tussen januari 2008 en maart 2011. Niet alle opnames in deze periode in de drie regio's zijn meegenomen, maar we streefden naar 20 reguliere opnames en 20 crisisopnames per regio. Dit is uiteindelijk niet volledig gelukt omdat niet van elke opname te achterhalen was of het een crisis- of reguliere opname was. De opnames waarbij dit niet te achterhalen was, zijn geëxcludeerd. Patiënten die vanuit een ziekenhuisopname of vanuit het verzorgingshuis werden opgenomen zijn vanwege de vergelijkbaarheid geëxcludeerd.

Dossieronderzoek valt niet onder de Wet Mensgebonden Onderzoek (WMO). Bij de betreffende verpleeghuizen is wel toestemming gevraagd voor het uitvoeren van het onderzoek aan de raad van bestuur en de cliëntenraad. Er werd een brief met uitleg over het onderzoek gestuurd naar de eerste contactpersonen van de patiënten met dementie. Daarna hebben we telefonisch contact gezocht met de contactpersonen om toestemming te vragen voor inclusie van de patiënt.

#### *Dataverzameling*

De volgende gegevens werden uit de medische- en zorgdossiers van de patiënten geëxtraheerd: leeftijd, opnamedatum, diagnose, voorgeschiedenis, medicatiegebruik bij opname, reden van opname, doel van opname en de toegepaste juridische maatregel in het kader van de wet BOPZ. De dementie-diagnose is overgenomen zoals in het dossier vermeld staat. Met de gegevens uit de dossiers die werden bijgehouden door het opnamebureau of door maatschappelijk werk brachten we de zorg in de thuissituatie in kaart; huishoudelijke hulp, hulp bij ADL, dagbehandeling, betrokkenheid van casemanager en GGz. Wanneer deze gegevens niet voorhanden waren, zijn we deze nagegaan bij de huisarts of bij de mantelzorg.

#### *Analyse*

De verzamelde gegevens werden verwerkt in SPSS 18. De twee groepen werden met elkaar vergeleken middels de chikwadraattoets of fisherexacttest (bij  $n < 5$ ) en de t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven voor respectievelijk dichotome en continue data.

## RESULTATEN

De resultaten van 65 crisispatiënten en 55 regulier opgenomen patiënten staan weergegeven in tabel 1. Van alle mogelijk geschikte patiënten werd een patiënt geëxcludeerd omdat de contactpersoon geen toestemming gaf. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was in beide groepen 83 jaar. In totaal werden meer vrouwen (73) dan mannen

(47) geïnccludeerd. In de reguliere groep werd op een persoon na (Rechterlijke Machtiging- RM) iedereen met een BOPZ-artikel 60 opgenomen. In de crisisgroep had 6% een In Bewaring Stelling (IBS), 5% een RM en 89% nog geen juridische maatregel bij opname dan wel een BOPZ-artikel 60.

Het percentage mannen in de crisisgroep was groter dan in de reguliere groep ( $p=0,038$ ). De diagnose ziekte van Alzheimer kwam in de crisisgroep minder vaak voor dan in de reguliere groep ( $p=0,000$ ). In de crisisgroep was de diagnose vaker onbekend bij opname ( $p=0,018$ ). De vasculaire dementie en de gemengde vorm (Alzheimer/vasculair) kwamen in beide groepen ongeveer even vaak voor. De frontotemporale dementie en het syndroom van Korsakov bevonden zich uitsluitend in de crisisgroep. Er was geen significant verschil in voorgeschiedenis tussen beide groepen. De personen in de crisisgroep gebruikten bij opname gemiddeld even veel medicamenten als in de reguliere groep (respectievelijk 4,9 medicamenten (SD 3,1) en 4,7 medicamenten (SD 2,7)). In de crisisgroep werd vaker psychofarmaca (met name anxiolytica) gebruikt dan in de reguliere groep ( $p=0,033$ ).

In de groep crisisopnames was de reden van opname divers zoals te zien is in tabel 1. In de totale groep werd als reden van opname overbelasting van de mantelzorg en achteruitgang van dementie het vaakst genoemd. In de groep crisisopname was de reden van opname significant vaker: delier, gedragsproblemen en wegvallen mantelzorgers. Minder vaak ging het om achteruitgang dementie als hoofdreden voor opname (in vergelijking tot de controlegroep). Andere reden van opnames zoals overbelasting mantelzorg, vallen, somatische aandoeningen en zelfverwaarlozing kwamen in beide groepen even vaak voor. Bij alle personen in de reguliere groep was het doel een blijvende verpleeghuisopname. Bij de personen in de crisisgroep was ook bij de grootste groep een blijvende verpleeghuisopname het doel (74%). Bij 14% was er een reactiveringsdoelstelling, bij 6% was uitgebreide diagnostiek de belangrijkste reden tot opname, bij 5% overbrugging naar een verzorgingshuis en bij 2% tijdelijke ontlasting van de mantelzorg.

In de crisisgroep was minder vaak huishoudelijke hulp ingeschakeld in de thuissituatie dan in de reguliere groep ( $p=0,013$ ). Daarnaast was er minder vaak ADL-zorg aanwezig. De patiënten uit de crisisgroep bezochten aanzienlijk minder vaak de dagbehandeling dan patiënten uit de reguliere groep ( $p=0,000$ ). We vonden geen duidelijke verschillen tussen beide groepen in wie de mantelzorg was van de persoon met dementie. Ook maakte het geen verschil of de mantelzorg bij de patiënt in huis woonde of niet. Van de groep crisisopnames stond 75% van de personen niet op een wachtlijst voor verpleeghuisopname.

## BESCHOUWING

In dit onderzoek vonden we opvallende verschillen in geslacht, diagnose, reden van opname en zorg in de thuis-situatie tussen patiënten opgenomen in crisis en patiënten opgenomen op de reguliere wijze. Deze verschillen kunnen aanknopingspunten bieden in het voorkomen van crisisop-

names. Mannen lijken een verhoogd risico te lopen in crisis te worden opgenomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bepaalde gedragsproblemen zoals agressie en dwalen vaker bij mannen voorkomen.<sup>9-11</sup> Dit zou mogelijk weer kunnen samenhangen met het feit dat vrouwelijke mantelzorgers zich vaker overbelast voelen dan mannelijke mantelzorgers.<sup>6</sup>

Tabel 1. Kenmerken van de crisisopnames versus de reguliere opnames.

Kenmerk	Crisisopnames (N=65)	Reguliere opnames (N=55)	Totaal	p-waarde
<b>Regio</b>				
Apeldoorn	24	19	43	
Enschede	20	23	43	
Tiel	21	13	34	
<b>Gemiddelde leeftijd</b>				
Leeftijd (jaar)	83,35 (SD=7,28)	82,62 (SD=5,87)		
<b>Geslacht</b>				
Man	31	16	47	0,038
Vrouw	34	39	73	
<b>Diagnose</b>				
Ziekte van Alzheimer	17	34	51	0,000
Vasculaire dementie	11	9	20	0,935
Gemengd beeld (Alz/vasc)	6	5	11	0,979
Frontotemporale dementie	4	0	4	0,088
Lewy-body-dementie	6	1	7	0,084
Parkinsondementie	4	2	6	0,528
Syndroom van Korsakov	2	0	2	0,291
Geen diagnose gesteld	15	4	19	0,018
<b>Voorgeschiedenis</b>				
Psychiatrische aandoening	13	9	22	0,472
CVA	8	6	14	0,693
Diabetes Mellitus	12	10	22	0,807
Hart- en vaatziekten	39	29	68	0,179
Aandoeningen zintuigen	21	20	41	0,873
Aandoeningen bewegingsapparaat	24	28	52	0,234
Maligniteit	12	16	28	0,253
Longziekten	9	7	16	0,727
<b>Medicatiegebruik</b>				
Gemiddeld aantal medicamenten	4,89 (SD=3,12)	4,65 (SD=2,70)		0,682
Psychofarmaca	35 (53,8%)	19 (34,5%)	54	0,033
Antipsychotica	17	9	28	0,213
Anxiolytica	18	3	21	0,001
Hypnotica	7	6	13	0,935
Antidepressiva	11	10	21	0,794
Cholineesteraseremmers	3	2	5	0,814
Anticonvulsiva	0	2	2	0,201
<b>Reden v. opname</b>				
Wegvallen van mantelzorger	8	1	9	0,030
Overbelasting van mantelzorger	12	11	23	0,831
Somatische aandoening bij patiënt	5	1	6	0,141
Gedragsproblemen	9	0	9	0,004
Dwalen	13	0	13	0,000
Vallen	4	0	4	0,082
Zelfverwaarlozing	2	4	6	0,293
Delier	5	0	5	0,036
Bijwerking medicatie	6	0	6	0,021
Achteruitgang dementie	1	38	39	0,000

\*BOPZ= bijzondere opname in psychiatrische ziekenhuis

**Vervolg** Tabel 1. Kenmerken van de crisisopnames versus de reguliere opnames.

Kenmerk	Crisisopnames (N=65)	Reguliere opnames (N=55)	Totaal	p-waarde
<i>Doel v. opname</i>				
Blijvende verpleeghuisopname	48	55	103	0,000
Overbrugging naar verzorgingshuis	3	0	3	0,156
Tijdelijke ontlasting mantelzorger	1	1	2	0,542
Diagnostiek	4	0	4	0,124
Reactivering	9	0	9	0,004
<i>Juridische maatregel</i>				
Geen maatregel	8	0	8	0,007
BOPZ- artikel 60*	49	54	103	0,000
Rechterlijke Machtiging (RM)	3	1	4	0,375
In Bewaring Stelling (IBS)	4	0	4	0,082
<i>Wachlijst</i>				
Wachlijst voor opname	16	31	47	0,000
<i>Zorgsysteem in thuissituatie</i>				
Huishoudelijke hulp	45	50	95	0,013
Thuiszorg ADL	47	46	93	0,139
Dagbehandeling	15	37	52	0,000
GGZ	26	13	39	0,057
Casemanager	6	7	13	0,539
<i>Mantelzorger</i>				
Partner	27	23	50	0,975
Inwonend kind	3	6	9	0,192
Kind buitenshuis	31	22	53	0,398
Overig familielid buitenshuis	4	3	7	0,871
Buren/vriend/kennis buitenshuis	0	1	1	0,458

\*BOPZ= bijzondere opname in psychiatrische ziekenhuis

Mensen met de ziekte van Alzheimer worden minder vaak in crisis opgenomen dan mensen met een andere vorm van dementie. Een reden hiervoor kan zijn dat de ziekte van Alzheimer meestal een langzame, relatief voorspelbare achteruitgang kent. De Lewy-body-dementie wordt gekarakteriseerd door met schommelingen gepaard gaande achteruitgang. Daarnaast komen vaker hallucinaties, wanen en depressies voor en is er sprake van parkinsonisme. De druk op de mantelzorger is hierdoor groter.<sup>1,11</sup> Dit geldt ook voor de fronto-temporale dementie waarbij meer gedragsproblemen voorkomen.<sup>13-16</sup> Bij deze vormen van dementie is het dus belangrijk extra alert te zijn op genoemde symptomen en de druk op de mantelzorger.

Een andere determinant voor crisisopname is psychofarmaceutiegebruik. Psychofarmaceutiegebruik kan een indicatie zijn van een ontsporende thuissituatie vanwege probleemgedrag. Bovendien kunnen de bijwerkingen van de psychofarmaca tot een crisisopname leiden. In dit onderzoek zagen wij sufheid en valpartijen na start van dipiperon, haldol en clozapine leiden tot crisisopname. Daarnaast zagen wij dat de patiënten uit de crisisgroep vaker anxiolytica gebruikten. Hiervan is bekend dat ze het valgevaar vergroten.

De redenen voor crisisopnames zijn divers. Sommige redenen zijn van te voren niet te voorzien, zoals het wegval-

len van de mantelzorger door opname of overlijden, of een somatische aandoening bij de patiënt zoals een CVA waardoor het functioneren plotseling achteruitgaat. Andere oorzaken zijn soms wel te voorzien, zoals overbelasting bij de mantelzorger. Het is belangrijk om dit vroegtijdig te constateren en ondersteuning te bieden door het opzetten van een zorgsysteem. Dit kan door het inschakelen van een professional (casemanager of SPV'er ouderenzorg) die regelmatig met betrokkenen evalueert hoe het gaat in de thuissituatie. Zij kunnen ook tijdig met patiënt en familie bespreken wanneer het in de thuissituatie toch onhoudbaar blijkt, om zo op tijd een plaats in het verpleeghuis van eerste keuze te kunnen aanvragen. De casemanager wordt door mantelzorgers vaak als enorme steun ervaren.<sup>17</sup> Door het inschakelen van thuiszorg voor hulp in de ADL en huishoudelijk hulp kan de mantelzorger deels worden ontlast. Daarnaast hebben de medewerkers van de thuiszorg een signalerende functie. Uit ons onderzoek komt naar voren dat patiënten die naar de dagbehandeling gaan veel minder vaak in crisis worden opgenomen. Dagbehandeling biedt multidisciplinaire ondersteuning (van een team met specialist ouderengeneeskunde, maatschappelijk werk et cetera), ontlast de mantelzorger, signaleert vroegtijdig problemen bij de patiënt, plaatst waar nodig patiënten vroegtijdig op de wachtlijst en zorgt ervoor dat de overgang van thuis naar het verpleeghuis minder abrupt is.



Drie andere veel genoemde redenen van crisisopname zijn: gedragsproblemen, vallen en dwalen. Ook in de literatuur zijn gedragsproblemen (inclusief dwalen) een veelgenoemde factor voor opname.<sup>2-6,20</sup> Gedragsproblemen zijn moeilijk te behandelen en vergen vaak een multidisciplinaire aanpak die in de thuissituatie minder makkelijk te bieden is. Bij de patiënten opgenomen in crisis was de prescriptie van psychofarmaca hoger dan in de reguliere groep, waarschijnlijk vanwege gedragsproblemen als onderliggende factor. De effectiviteit van psychofarmaca voor gedragsproblemen en dwalen is beperkt en bijwerkingen zijn aanzienlijk.<sup>18</sup> Ook frequent vallen, dat een enorme impact heeft op patiënt en mantelzorger, kan een bijwerking zijn van psychofarmaca.<sup>19</sup> Gezien de complexiteit van gedragsproblemen en de behandeling ervan kan een consult van een specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie op zijn plaats zijn.<sup>21</sup> Elektronische hulpmiddelen om het gevaar bij dwalen te verminderen, zoals de chip/GPS, kunnen in de toekomst behulpzaam zijn.

Een overgrote meerderheid van alle crisisopnames (75%) stond niet op de wachtlijst voor opname. Het probleem lijkt dus niet in de wachtlijsten te zitten, maar meer in het feit dat deze patiënten niet goed in beeld zijn. Daarnaast zal er een groep patiënten zijn waarbij de nodige hulp wel is aangeboden, maar niet geaccepteerd wordt door de patiënt en/of diens omgeving. De mantelzorgers van de patiënten die in crisis worden opgenomen, hebben zich waarschijnlijk niet kunnen oriënteren op de verschillende verpleeghuizen en woonvormen in de omgeving. De patiënt wordt opgenomen op een crisisbed en zal na een periode vaak moeten verhuizen naar een andere afdeling of zelfs ander verpleeghuis. Deze patiënten worden dus van de ene op de andere dag opgenomen in een verpleeghuis en als het ze dan toch lukt om te wennen aan de nieuwe omgeving, staat hen nog een verhuizing te wachten. We zullen dus kritisch moeten blijven kijken hoe we crisisopnames zoveel mogelijk kunnen voorkomen. Deze studie biedt een aantal aanknopingspunten. Onze aanbeveling voor verder onderzoek ligt in de volgende vragen; hoe identificeren we de patiënten met dementie en hun mantelzorgers die niet de optimale zorg en educatie ontvangen in de eerste lijn? Komen zij naar voren in de screeningslijsten voor frailty die momenteel ontwikkeld worden? Hoe zorgen we er na identificatie voor dat de zorg geoptimaliseerd wordt?

## CONCLUSIE

Dit onderzoek laat een aantal belangrijke verschillen zien tussen PG-crisisopnames en reguliere PG-opnames. Een aantal redenen van opname (zoals delier, vallen, gedragsproblemen) kan bij een deel van de patiënten worden voorkomen door deze patiënten zo goed mogelijk te analyseren en te behandelen in de eerste lijn. Het behandelen van potentieel vermijdbare factoren is van groot belang, omdat verhuizing van thuis naar een verpleeghuis een ingrijpende stap is, waarbij patiënt en mantelzorgers de kans moeten

krijgen zich hier zo goed mogelijk op voor te bereiden. Wij raden huisartsen aan voor deze analyse en behandeling zo nodig een specialist ouderengeneeskunde of sociaal geriatr in consult te vragen gezien hun expertise op dit gebied. Voorzichtigheid is geboden met de inzet van psychofarmaca, het effect is gering en de bijwerkingen kunnen op zichzelf reden zijn voor crisisopname. Het is van belang om de mantelzorger zo goed mogelijk te ondersteunen om overbelasting te voorkomen, bijvoorbeeld door vroegtijdig thuiszorg of dagbehandeling in te zetten.

Om het zorgsysteem rondom een patiënt met dementie thuis zo goed mogelijk op te zetten is het van belang dat de huisarts alert is op symptomen van dementie en delier, de diagnose in een vroeg stadium stelt, de zorgbehoefte evalueert en hierbij hulp inschakelt van andere professionals, zoals casemanagers dementie, een specialist ouderengeneeskunde/ sociaal geriatr, een klinisch geriatr of een ouderrenpsychiatr.

## LITERATUUR

1. [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl).
2. Almberg B, Grafström M, Winblad B. Caring for a demented elderly person-burden and burnout among caregiving relatives. *J Adv Nurs*. 1997; 25: 109-116.
3. Argyl N, Jestice S, Brook CP. Psychogeriatric patients: their supporters' problems. *Age Ageing*, 1985; 14: 355-360.
4. Gaugler JE, Yu F, Krichbaum K, Wyman JF. Predictors of Nursing Home Admission for Persons with Dementia. *Psychol Aging*. 2009; 24:385-96.
5. Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden. A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology* 1998; 51(Suppl 1): S53-S60.
6. Torti FM, Gwyther LP, Reed SD, Freidamn JY, Schulman KA. A Multinational Review of Recent Trends and Reports in Dementia Caregiver Burden. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2004; 18: 99-109.
7. Schrijver TL. Psychogeriatrische crisisopnamen in de regio Eindhoven en de Kempen. *Tijdschrift Gerontol Geriatr*, Vol. 1992; 23.
8. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. *Systematic Review and Meta-regression Analysis*. *JAMA*, February 27, 2002;8:1022-1028.
9. Matsuoka K, Miyamoto J, Ito H, Kurita H. Relationships between behavioural disturbances and characteristics of patients in special units for dementia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2003; 57: 569-574.
10. Lyketsos CG, Steele C, Galik E, Rosenblatt A, Steinberg M, Warren A, et al. Physical aggression in dementia patients and its relationship to depression. *Am. J. Psychiatry*, 2000; 157: 708-714.
11. Schreiner AS. Aggressive behaviours among demented nursing home residents in Japan. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2001; 16: 209-215.

12. Ricci M, Guidoni SV, Sepe-Monti M, Bomboi G, Antonini G, Blundo C, et al. *Clinical findings, functional abilities and caregiver distress in the early stage of dementia with Lewy bodies (DLB) and Alzheimer's disease (AD)*. *Arch Gerontol Geriatr*, 2009; 49: 101-104.
13. Knutsen KM, Zamboni G, Tierney MC, Grafman J. *Neural Correlates of Caregiver Burden in Cortical Basal Syndrome and Frontotemporal Dementia*. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008; 26: 467-474.
14. Riedijk SR, Vugt ME De, Duivenvoorden HJ, Niermeijer MF, Swieten JC van, Verhey FR, et al. *Caregiver burden, health-related quality of life and coping in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease*. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2006; 22: 405-412.
15. Vugt ME De, Riedijk SR, Aalten P, Tibben A, Swieten JC van, Verhey FR. *Impact of behavioural problems on spousal caregivers: a comparison between Alzheimer's disease and frontotemporal dementia*. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006; 22: 35-41.
16. Chow TW, Binns MA, Cummings JL, Lam I, Black SE, Miller BL, et al. *Apathy Symptom Profile and Behavioral Associations in Frontotemporal Dementia vs Dementia of Alzheimer Type*. *Arch Neurol*. 2009; 66: 888-893.
17. Groenewoud H, Egers I, Pool A, Lange J de. *Evaluatie onderzoek van de pilot casemanagement dementie in de regio Delft Westland Oostland 2005-2007*. Kenniskring Transitie in Zorg, 2008.
18. NVVA. *Richtlijn probleemgedrag met herziene medicatie-paragraaf 2008*.
19. Faes MC, Reelick MF, Joosten-Weyn Banningh LW, Gier M, Esselink RA, Olderikkert MG. *Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: foundations for an intervention to prevent falls*. *Aging & Mental Health*, 2010; 14: 834-842.
20. Hope T, Keene J, Mc Shane RH, Fairburn CG, Gedling K, Jacoby R. *Wandering in dementia: a longitudinal study*. *Int Psychogeriatr*, 2001; 13: 137-147.
21. LHV, Verenso, NHG. *Folder; het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde*. *Praktische informatie voor de huisarts*.

Correspondentieadres  
annette\_4@hotmail.com

## SAMENVATTING

**Doel:** Dagbehandeling en thuiszorg kunnen mantelzorgers ontlasten en hebben een signalerende functie. Zij zouden daarom laagdrempelig ingezet moeten worden. Het doel van deze studie was inzicht te krijgen in de patiëntkenmerken en reeds ingezette zorg in de thuissituatie bij crisisopnames in vergelijking tot reguliere opnames in de psychogeriatric om zo aangrijpingspunten te vinden voor preventie van crisisopnames.

**Opzet:** casecontrolstudie.

**Methode:** Dossieronderzoek in drie verschillende regio's van Nederland bij dementiepatiënten opgenomen in crisis en dementiepatiënten opgenomen op de reguliere wijze als controle groep. De kenmerken en ingezette zorg van beide groepen werden vergeleken middels de t-toets of de chikwadraattoets.

**Resultaten:** 120 patiënten werden geïncludeerd; 65 crisisopnames en 55 reguliere opnames; 47 mannen en 73 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was in beide groepen

83 jaar. In vergelijking met de controle groep bevonden zich in de crisisgroep meer mannen ( $p = 0,041$ ), meer patiënten met een zeldzame vorm van dementie, meer patiënten zonder diagnose ( $p = 0,018$ ) en meer patiënten die thuis psychofarmaca gebruikten ( $p = 0,033$ ). Als reden van opname was er bij de crisisopname vaker sprake van een delier ( $p = 0,036$ ), gedragsproblemen ( $p = 0,004$ ) waaronder dwalen ( $p = 0,000$ ), bijwerkingen medicatie ( $p = 0,021$ ) of wegvallen mantelzorger ( $p = 0,030$ ). In de crisisgroep was voor opname minder vaak thuiszorg en dagbehandeling ( $p = 0,000$ ) ingeschakeld.

**Conclusie:** Mannen, patiënten met cognitieve stoornissen zonder dementie diagnose of met een zeldzame dementievorm, en patiënten met psychofarmacagebruik lopen een verhoogd risico om in crisis te worden opgenomen. Delier, gedragsproblemen en wegvallen van de mantelzorger vormden vaker de directe aanleiding voor crisisopnames. Alhoewel lastig, zouden delier en gedragsproblemen mogelijk vaker in de thuissituatie geanalyseerd en behandeld kunnen worden.



# Nierfunctiestoornissen

## Vergelijking van twee schattingsmethoden

*Drs. Martine Brouwers, specialist ouderengeneeskunde, Argos Zorggroep, locatie DrieMaasStede te Schiedam*

*Dr. Martin Smalbrugge, specialist ouderengeneeskunde, hoofd opleidingsinstituut specialisme ouderengeneeskunde Gerion VUmc*

### INLEIDING

Nierfunctiestoornissen komen veel voor bij ouderen en met het vorderen van de leeftijd neemt de kans op het ontstaan van nierfunctiestoornissen toe.<sup>1,4</sup> Over de prevalentie van nierfunctiestoornissen bij kwetsbare ouderen in verpleeghuizen in Nederland is weinig bekend.<sup>4</sup> Meer inzicht is wenselijk. De nierfunctie is immers een belangrijk gegeven bij het voorschrijven van medicatie, aangezien veel geneesmiddelen, waaronder de meeste antibiotica, renaal geklaard worden.<sup>4,5</sup> Bovendien zijn nierfunctiestoornissen geassocieerd met een verhoogd risico op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit en daarmee van prognostische betekenis.<sup>6</sup>

De belangrijkste parameter voor de nierfunctie is de glomerulaire filtratiesnelheid (GFR). De GFR kan geschat worden door het berekenen van de klaring van creatinine. Tegenwoordig wordt vaak gebruik gemaakt van formules om de GFR (eGFR = estimated GFR) te schatten met behulp van de serumcreatinineconcentratie, waarbij gecorrigeerd wordt voor factoren die van invloed zijn op de spiermassa, zoals geslacht, leeftijd, lichaamsbouw en ras.<sup>7-9</sup> Twee veelgebruikte methoden die worden aanbevolen in praktijkrichtlijnen<sup>10,11</sup> zijn de formule van Cockcroft en Gault (CG-formule) en de MDRD (Modification of Diet in Renal Disease-study)-formule. Geen van beide methoden zijn echter gevalideerd voor de toepassing bij ouderen en over de wijze waarop de nierfunctie geschat moet worden in een oudere populatie bestaat geen consensus.

Het doel van dit onderzoek is het bepalen van de prevalentie van klinisch relevante nierfunctiestoornissen bij opname onder verpleeghuisbewoners en het beschrijven van het beloop en de incidentie van klinisch relevante nierfunctiestoornissen vanaf opname tot maximaal twee jaar na opname. Tevens worden twee methoden om de nierfunctie te schatten vergeleken: de formule van Cockcroft en Gault en de MDRD (Modification of Diet in Renal Disease-study)-formule.

### ONDERZOEKSPOPULATIE

Van bewoners die op 1 september 2010 verbleven op twee verblijfsafdelingen (een somatische en een psychogeriatrische afdeling) van een verpleeghuis zijn gegevens over de nierfunctie bij opname en over een periode tot maximaal twee jaar na opname verzameld. Patiënten werden geëxcludeerd indien er geen waarde van het serumcreatinine bij opname aanwezig was.

### METINGEN EN MEETINSTRUMENTEN

#### *Serumcreatinine*

Bij opname en halfjaarlijks wordt in het onderzoeksverpleeghuis bij patiënten onder andere het serumcreatinine bepaald. Bij de geïnccludeerde patiënten is de waarde van het serumcreatinine bij opname en bij de halfjaarlijkse laboratoriumcontrole (marge: +/- drie maanden) tot maximaal twee jaar na opname uit het dossier verzameld. Indien tussenliggende waarden van het serumcreatinine bij halfjaarlijks laboratoriumonderzoek ontbraken (13 van in totaal 193 waarden) dan zijn deze geïmputeerd. Hiervoor werd het gemiddelde van de waarde van het serumcreatinine van de bepaling voor en na de ontbrekende bepaling gebruikt.

#### *Lichaamsgewicht*

Informatie over het lichaamsgewicht is verkregen uit het elektronisch patiëntendossier door het gewicht na te gaan ten tijde van de laboratoriumcontroles. Alle patiënten worden maandelijks gewogen met een weegstoel (Soehnle Professional) of plateauweegschaal (Detecto).

#### *Schatting van de nierfunctie*

Op basis van de waarde van het serumcreatinine is de geschatte GFR berekend met zowel de formule van Cockcroft en Gault als de MDRD-formule. De formule van Cockcroft en Gault (uitgedrukt in ml/min)<sup>(12)</sup> luidt:  $[(140 - \text{leeftijd in jaren}) \times (\text{gewicht in kg}) \times \text{factor}] / (\text{serumcreatinine in } \mu\text{mol/l})$ . De factor voor mannen is 1,23 en voor vrouwen 1,04.

Deze formule werd in 1976 ontwikkeld voor de schatting van de creatinineklaring. Een beperking is dat de formule onbetrouwbarder wordt als maat voor de GFR bij een slechter wordende glomerulaire klaring. Verder gaat de formule uit van een normale lichaamsbouw, met gewicht als maat voor de spiermassa, waardoor toepassing bij overgewicht, fors oedeem en een verhoudingsgewijs sterker afgenomen spiermassa (zoals bij bedlegerigheid en paresen) leidt tot overschatting van de nierfunctie.<sup>7,9</sup> Bij ouderen daarentegen wordt een onderschatting van de nierfunctie gezien. De manier waarop de factor leeftijd in de formule wordt gebruikt (lineair verband tussen toenemende leeftijd en dalende eGFR) draagt hieraan bij.<sup>13,14</sup> Hoe de formule presteert in een kwetsbare verpleeghuispopulatie waarbij verschillende factoren meespelen als hoge leeftijd, verminderd lichaamsgewicht en spieratrofie, is niet bekend.

De in 1999 ontwikkelde MDRD-formule, waarbij de iothalamaatklaring als referentiemethode is genomen, geeft een schatting van de werkelijke GFR en wordt steeds meer toegepast. De formule corrigeert naar  $1,73 \text{ m}^2$  lichaamsoppervlak en in een vereenvoudiging van de oorspronkelijke formule (de 4-punts MDRD-formule) wordt rekening gehouden met vier factoren: serumcreatinine, geslacht, leeftijd en ras.

De MDRD-formule (4-punts, uitgedrukt in  $\text{ml}/\text{min}/1,73 \text{ m}^2$ )<sup>(15)</sup> luidt:  $186 \times (\text{serumcreatinine in } \mu\text{mol}/\text{l} / 88,4)^{-1,154} \times (\text{leeftijd in jaren})^{-0,203} \times \text{factor}$ . Voor mannen geldt een factor 1, voor vrouwen een factor 0,742 en voor personen van het negroïde ras een additionele factor van 1,21.

De berekening blijkt betrouwbaarder bij een verminderde GFR. Net als voor bovengenoemde CG-formule geldt dat deze formule niet geschikt is bij een afwijkende lichaamsbouw of spiermassa.<sup>2,4,7-9</sup> De invloed van leeftijd in deze formule op afname van de eGFR is subtieler.<sup>13,14</sup>

## DEFINITIE NIERFUNCTIESTOORNIS

De mate van de nierfunctiestoornis werd vastgesteld en ingedeeld in stadia volgens de internationaal geldende criteria van het 'Kidney disease outcome quality initiative' (K/DOQI)<sup>10</sup> (zie tabel 1). Bij stadium 1 en 2 zijn in de praktijk geen aanpassingen van medicatiedosering en dergelijke nodig. Deze stadia worden daarom als klinisch niet-relevant beschouwd in dit onderzoek; een klaring van minder dan  $60 \text{ ml}/\text{min}/1,73 \text{ m}^2$  is als een klinisch relevante nierfunctiestoornis beschouwd.<sup>4,11</sup>

## ANALYSES

Voor bepalen van prevalentie, beloop en incidentie van nierfunctiestoornissen is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek. Als maat voor overeenstemming tussen de nierfunctie volgens de CG-formule en de MDRD-formule is Cohen's kappa berekend. De prevalentie van nierfunctiestoornissen is zowel voor de nierfunctie berekend met de CG-formule als met de MDRD-formule weergegeven; beloop en incidentie van nierfunctiestoornissen zijn alleen weergegeven voor de nierfunctie berekend met de MDRD-formule.

## RESULTATEN

Van de 62 patiënten die in de onderzoekspopulatie zaten, werden tien patiënten geëxcludeerd vanwege het ontbreken van laboratoriumonderzoek bij opname. Bij drie van de 52

geïnccludeerde patiënten was alleen een serumcreatinine bij opname bekend, omdat zij korter dan een half jaar opgenomen waren.

### Prevalentie nierfunctiestoornis bij opname

Figuur 1 geeft de geschatte nierfunctie bij opname weer, ingedeeld in stadia volgens de K/DOQI-criteria, berekend met beide methoden. Volgens berekening met de CG-formule heeft 73,1% ( $n = 38$ ) van de patiënten bij opname een klinisch relevante nierfunctiestoornis, waarbij het bij 3,8% ( $n = 2$ ) om een ernstig gestoorde nierfunctie ging.

Berekend met de MDRD-formule is het voorkomen van klinisch relevante nierfunctiestoornissen bij opname beduidend lager 44,2% ( $n = 23$ ) heeft een gestoorde nierfunctie, waarvan 3,8% ( $n = 2$ ) ernstig gestoord (dezelfde patiënten als bij berekening met de CG-formule).

## MATE VAN OVEREENSTEMMING

In tabel 2 is een vergelijking gemaakt van de geschatte nierfunctie bij opname berekend met de CG-formule en de MDRD-formule. De tabel geeft de aantallen patiënten weer met wel of geen klinisch relevante nierfunctiestoornis bij opname. Cohen's kappa, als maat voor de overeenstemming van de beide diagnostische methoden, was 0,38 (matige overeenstemming).

Bij 16 van de 38 patiënten (42,1%) die met de berekening met de CG-formule een gestoorde nierfunctie hadden, was volgens de MDRD-formule geen sprake van een klinisch relevante nierfunctiestoornis.

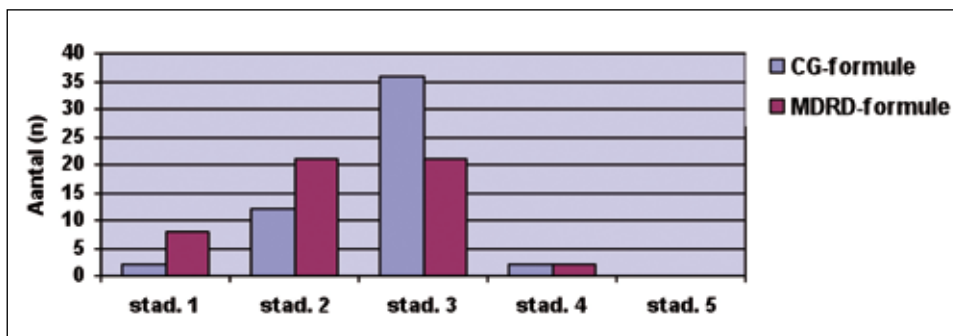
Het kwam één keer voor dat er bij de berekening met de MDRD-formule een klinisch relevante nierfunctiestoornis was en dit met de CG-formule niet het geval was. In dit ene geval lagen de absolute waarden van de schattingen van de GFR met beide formules dichtbij elkaar rondom het afkappunt:  $61 \text{ ml}/\text{min}$  met CG-formule en  $57 \text{ ml}/\text{min}/1,73 \text{ m}^2$  met de MDRD-formule.

## BELOOP VAN NIERFUNCTIESTOORNISSEN

Van de 49 onderzoekspatiënten die een half jaar of langer opgenomen waren, had 46,9% ( $n = 23$ ) bij opname een klinisch relevante nierfunctiestoornis. Na een half jaar was bij geen van hen de nierfunctie een stadium verslechterd. De nierfunctie bleef bij de meerderheid (69,6%,  $n = 16$ ) stabiel en in zeven gevallen verbeterde de nierfunctie een stadium; in zes gevallen (26,1%) was geen sprake meer van een klinisch relevante nierfunctiestoornis.

Tabel 1. Indeling van nierfunctiestoornissen a.h.v. GFR volgens K/DOQI-criteria.

Stadium	GFR ( $\text{ml}/\text{min}/1,73 \text{ m}^2$ )	Ernst
1	$\geq 90$	Normale nierfunctie
2	60 – 89	Milde nierfunctiestoornissen
3	30 – 59	Matige nierfunctiestoornissen
4	15 – 29	Ernstige nierfunctiestoornissen
5	< 15	Nierfalen



Figuur 1. Geschatte nierfunctie met CG-formule en MDRD-formule bij opname geassocieerd volgens K/DOQI-criteria.

In de groep die een jaar te vervolgen was ( $n = 22$ ), verslechterde de nierfunctie bij één patiënt (4,5%) van een matige naar een ernstige nierfunctiestoornis. Anderhalf jaar ( $n = 17$ ) en twee jaar na opname ( $n = 14$ ) was er alleen in dit ene geval nog steeds sprake van een verslechtering van de nierfunctie in stadia vergeleken met de nierfunctie bij opname. In absolute waarden daalde de geschatte GFR bij halfjaarlijkse controles geleidelijk van 31 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> bij opname, vervolgens 30, 28, 29, naar 28 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> na twee jaar.

Van de groep die twee jaar te vervolgen was ( $n = 14$ ), bleef de nierfunctie vergeleken met opname bij 71,4% gelijk ( $n = 10$ ), dat wil zeggen in hetzelfde stadium. Bij drie patiënten (21,4%) was de nierfunctie verbeterd naar geen klinisch relevante nierfunctiestoornis meer; de geschatte GFR steeg respectievelijk van 57 naar 102, van 57 naar 62, en van 55 naar 67 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

#### Incidentie nieuwe nierfunctiestoornissen

Bij opname hadden 26 patiënten (53,6%) van de 49 onderzochte patiënten die een half jaar of langer opgenomen waren een geschatte GFR groter of gelijk aan 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Een half jaar na opname was bij twee van hen (7,7%) een klinisch relevante nierfunctiestoornis ontstaan. Bij de een daalde de geschatte GFR van 98 naar 54 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, bij de ander van 61 naar 57 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Van de groep die een jaar te vervolgen was ( $n = 19$ ), was alleen bij deze laatste

patiënt (5,3%) nog steeds sprake van een klinisch relevante nierfunctiestoornis (geschatte GFR daalde verder naar 48 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Anderhalf jaar na opname ( $n = 13$ ) was bij één patiënt een klinisch relevante nierfunctiestoornis ontstaan, echter de volgende meting was deze weer hersteld. In de groep die twee jaar te vervolgen was ( $n = 10$ ), had na twee jaar geen patiënt een klinisch relevante nierfunctiestoornis. Bij de meesten (80%,  $n = 8$ ) bleef de nierfunctie vergeleken met opname stabiel, in één geval verslechterde de nierfunctie een stadium maar niet-klinisch relevant, in het andere geval verbeterde de nierfunctie een stadium.

## BESCHOUWING

### Discussie

Deze studie laat zien dat de nierfunctie bij de onderzochte groep verpleeghuisbewoners frequent klinisch relevant verminderd was. Vergelijking van de twee schattingsmethoden liet belangrijke verschillen zien, waarbij de MDRD-formule over het algemeen een gunstigere uitslag van de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid gaf. Met de schatting volgens de CG-formule had 73,1% van de patiënten een klinisch relevante nierfunctiestoornis bij opname. Bij de berekening met de MDRD-formule was dit percentage 44,2%. Bij de grote meerderheid van de verpleeghuispatiënten met een klinisch relevante nierfunctiestoornis bij opname, bleef de geschatte nierfunctie ingedeeld in stadia stabiel of verbeterde zelfs in de loop van de opname. De incidentie van nieuwe nierfunctiestoornissen was laag.

Het voorkomen van klinisch relevante nierfunctiestoornissen in de onderzochte populatie is hoger dan in een ander onderzoek bij verpleeghuispatiënten in Nederland. In de studie van Vergeer et al<sup>4</sup> vond men een prevalentie van klinisch relevante nierfunctiestoornissen van 47,3% volgens de CG-formule en van 20,7% met de MDRD-formule. Internationale studies naar de prevalentie van nierfunctiestoornissen bij (kwetsbare) ouderen laten uiteenlopende (hogere) percentages zien, met ook uitgesproken verschillen tussen verschillende schattingsformules.<sup>16-19</sup> In een Canadees onderzoek bij ouderen in long term care-facilities worden vergelijkbare percentages gevonden als in dit onderzoek: bijna 40% van de geïnstitutionaliseerde ouderen had klinisch relevante nierfunctiestoornissen berekend met de MDRD-formule, met de CG-formule was dit bijna

Tabel 2. Vergelijking van schattingen van de nierfunctie met Cockcroft en Gault en de MDRD-formule van het aantal patiënten met wel of geen klinisch relevante nierfunctiestoornis bij opname.

Nierfunctie volgens CG-formule	Nierfunctie volgens MDRD-formule		
	Geen klinisch relevante nierfunctiestoornis	Klinisch relevante nierfunctiestoornis	Totaal
Geen klinisch relevante nierfunctiestoornis	13	1	14
Klinisch relevante nierfunctiestoornis	16	22	38
Totaal	29	23	52

het dubbele.<sup>13</sup> Naast morbiditeitsverschillen tussen de populaties, zouden verschillen in prevalentie ook veroorzaakt kunnen worden door het gebruik van verschillende creatininebepalingsmethoden in laboratoria. De invloed van kalibratieverschillen op de geschatte GFR kan groot zijn.<sup>4,9,20</sup>

De in onze studie en in andere studies gevonden verschillen tussen de met de CG-formule en MDRD-formule berekende nierfunctie benadrukken nogmaals de behoefte aan een valide manier om de nierfunctie te bepalen bij deze populatie van kwetsbare ouderen. Op basis van dit onderzoek kan geen uitspraak worden gedaan over welke formule het meest betrouwbaar is in deze populatie, aangezien er geen vergelijking is gedaan met een gouden standaard.

De bevinding van deze studie dat in een populatie verpleeghuispatiënten opgenomen voor chronisch verblijf in de eerste twee jaar na opname de nierfunctie vrijwel stabiel blijft, is in overeenstemming met de bevinding in de studie van Vergeer et al.<sup>4</sup> dat de prevalentie van klinisch relevante nierfunctiestoornissen volgens de MDRD-formule na een jaar gelijk was gebleven. Het doet wel de vraag rijzen of halfjaarlijks laboratoriumonderzoek in deze populatie de standaard moet en kan zijn, of dat een meer geïndividualiseerde aanpak wenselijk is.

## AANBEVELINGEN

De specialist ouderengeneeskunde dient op de hoogte te zijn van de nierfunctie van zijn verpleeghuispatiënten, gezien de hoge prevalentie van klinisch relevante nierfunctiestoornissen en de consequenties daarvan met name voor het voorschrijven van medicatie. Geadviseerd wordt om bij opname de nierfunctie te bepalen, indien er geen recente nierfunctiebeoordeling is, en de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid beschikbaar te hebben in het patiëntendossier en, indien mogelijk, ook in het medicatievoorschrijfsysteem. Ontwikkeling van een onderzoek naar een betrouwbare en valide methode om de nierfunctie bij kwetsbare ouderen te schatten is dringend gewenst. Tot die tijd moet een keuze gemaakt worden voor ofwel de MDRD-formule ofwel de CG-formule, waarbij een magere troost is dat de overeenstemming tussen beide methoden het grootst is bij aanwezigheid van ernstige nierfunctiestoornissen.

## LITERATUUR

- Campbell KH, O Hare AM. Kidney disease in the elderly: update on recent literature. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2008;17:298-303.
- Zhang QL, Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. *BMC Public Health*. 2008 Apr 11;8:117.
- Pottelbergh van G, Heden van L, Mathei C, Degryse J. Methods to evaluate renal function in elderly patients: a systematic literature review. *Age and Ageing*. 2010;39:542-548.
- Vergeer WJF, Achterberg WP, Wiltink EH, Geers ABM, de Vet HCW. Schatting van nierfunctie bij verpleeghuispatiënten. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2009;153:B154.
- Vergeer WJF, Wiltink EH, Geers TB. Nierfunctiestoornissen bij ouderen; gevolgen voor het toedienen van medicatie. *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde*. 2008;33:6-9.
- Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med*. 2004; 351:1296-1305.
- Verhave JC, Wetzels JFM, Bakker SJL, Gansevoort RT. Schatting van de nierfunctie met een formule. *Huisarts en Wetenschap*. 2007, nummer 2:54-57.
- Apperloo JJ, Gerlag PGG, Beerenhout CH, Vader HL. Schatting van de nierfunctie op grond van de creatinineklaring: bruikbaarheid van enkele formules en correctie bij obese patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2007; 151:1016-23.
- Willems JL, Vervoort G, Wetzels JFM. Meten van de glomerulaire filtratiesnelheid in de praktijk: voorwaarden voor rapportage d.m.v. de MDRD-formule. *Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk*. 2006;31:306-311.
- National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis*. 2002 Feb;39(2 Suppl 1):S1-266.
- Wee ter PM, Jorna ATM. Behandeling van patiënten met chronische nierinsufficiëntie; richtlijn voor internisten. *Kwaliteitscommissie van de Nederlandse Federatie voor Nefrologie*. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2004;148:719-24.
- Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron*. 1976;16:31-41.
- Garg AX, Papaioannou A, Ferko N, Campbell G, Clarke JA, Ray JG. Estimating the prevalence of renal insufficiency in seniors requiring long-term care. *Kidney Int*. 2004 Feb;65(2):649-53.
- Flamant M, Haymann JP, Vidal-Petiot E, Letavernier E, Clerici C, Boffa JJ, Vrtovsnik F. GFR Estimation Using the Cockcroft-Gault, MDRD Study, and CKD-EPI Equations in the Elderly. *Am J Kidney Dis*. 2012; 60(5):847-9.
- Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med*. 1999;130:461-70.
- Dharmarajan TS, Yoo J, Russell RO, Norkus EP. Chronic Kidney Disease Staging in Nursing Home and Community Older Adults: Does the Choice of Cockcroft-Gault, Modification of Diet in Renal Disease Study or the Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Initiative Equations Matter? *JAMDA* 2012; 13:151-155.
- McClellan WM, Resnick B, Lei L, Bradbury BD, Sciarra A, Kewalramani R, Ouslander JG. Prevalence and severity of chronic kidney disease and anemia in the nursing home population. *J Am Med Dir Assoc* 2010 Jan;11(1):33-41.
- Nygaard HA, Naik M, Ruths S, Krüger K. Clinically important renal impairment in various groups of old persons. *Scand J Prim Health Care* 2004 Sep;22(3):152-6.
- Carter JL, O'Riordan SE, Eaglestone GL, Delaney MP, Lamb EJ. Chronic kidney disease prevalence in a UK residential care home population. *Nephrol Dial Transplant* 2008 Apr;23(4):1257-64.

20. Coresh J, Astor BC, McQuillan G, Kusek J, Greene T, Van Lente F et al. Calibration and random variation of the serum creatinine assay as critical elements of using equations to estimate glomerular filtration rate. *Am J Kidney Dis* 2002; 39:920-929.

#### Correspondentieadres

M.Brouwers@argoszorggroep.nl

### SAMENVATTING

**Doel:** Bepalen van prevalentie van klinisch relevante nierfunctiestoornissen onder verpleeghuisbewoners bij opname en beschrijven van beloop en incidentie van klinisch relevante nierfunctiestoornissen vanaf opname tot maximaal twee jaar na opname. Vergelijken van twee methoden om de glomerulaire filtratie ratio te schatten: de formule van Cockcroft en Gault en de MDRD (Modification of Diet in Renal Disease-study)-formule.

**Methoden:** Bij de bewoners die op 1 september 2010 verbleven op twee verblijfsafdelingen werd met behulp van het serumcreatinine, dat bepaald was bij opname en bij halfjaarlijkse laboratoriumcontroles, de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid berekend. Dit werd gedaan vanaf opname tot maximaal twee jaar daarna, gebruikmakend van de formule van Cockcroft en Gault (alleen bij opname) en de MDRD (Modification of Diet in Renal Disease-study)-formule (bij opname en halfjaarlijkse vervolgmetingen).

**Resultaten:** Bij opname had met de schatting volgens de formule van Cockcroft en Gault 73,1% van de patiënten een klinisch relevante nierfunctiestoornis. Bij de berekening met de MDRD-formule was dit 44,2%. Over het algemeen gaf de MDRD-formule een gunstigere uitslag van de geschatte nierfunctie. Het beloop van klinisch relevante nierfunctiestoornissen (nierfunctie geschat met MDRD-formule) was stabiel en de incidentie van nieuwe klinisch relevante nierfunctiestoornissen laag.

**Conclusie:** Nierfunctiestoornissen komen veel voor in het verpleeghuis, waarbij grote verschillen worden gevonden tussen beide schattingsmethoden. Gezien de klinische consequenties hiervan, met name voor het voorschrijven van medicatie, is duidelijkheid nodig over welke formule het beste toepasbaar is bij kwetsbare ouderen. Het is wenselijk om bij opname de nierfunctie te controleren als deze informatie niet uit recent laboratorium onderzoek bekend is.

**Trefwoorden:** verpleeghuispatiënt; nierfunctiestoornis; prevalentie; incidentie



# Zorg uit Voorzorg

## Een preventief programma voor thuiswonende kwetsbare ouderen\*

Dr. Ramon Daniëls, senior-onderzoeker en senior-docent, Kenniskring Autonomie en Participatie, Zuyd Hogeschool

Dr. Erik van Rossum, lector Zorginnovaties voor kwetsbare ouderen, Zuyd Hogeschool

Silke Metzelthin MSc, PhD student, CAPHRI Health Services Research, Universiteit Maastricht

Prof. Luc de Witte, professor/lector Technologie in de Zorg, Universiteit Maastricht, Zuyd Hogeschool

\*Dit artikel is een bewerking van het artikel *A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons*. Ramon Daniels, Erik van Rossum, Silke Metzelthin, Walther Sipers, Herbert Habets, Sjoerd Hobma, Wim van den Heuvel, and Luc de Witte. *Clinical Rehabilitation* 25(11); 963–974.

### INLEIDING

Kwetsbare ouderen hebben een verhoogd risico op ongunstige uitkomsten, zoals beperkingen in activiteiten. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau<sup>1</sup> neemt het aantal kwetsbare ouderen toe met ongeveer 300.000 personen van bijna 700.000 in 2010 tot ruim één miljoen personen in 2030. Onafhankelijk zijn en kunnen participeren in de maatschappij zijn belangrijke waarden voor ouderen.<sup>2,3</sup> De verminderde mogelijkheid tot deelname aan activiteiten heeft een negatief effect op de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen.<sup>2</sup>

De Nederlandse eerste lijn met de huisarts als spil levert kwalitatief goede zorg<sup>4</sup>, maar is minder goed voorbereid om in te spelen op behoeften van thuiswonende kwetsbare ouderen en om beperkingen te voorkomen.<sup>3</sup> Veelal is sprake van een re-actieve aanpak van ouderenzorg en is er weinig echte samenwerking tussen disciplines.<sup>5</sup> Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) ging in april 2008 van start en beoogt verbetering van de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen. Eén van de NPO-programma's betreft Zorg uit Voorzorg dat in Zuid-Limburg ontwikkeld werd in een samenwerkingsverband van Zuyd Hogeschool, Universiteit Maastricht, Orbis Medisch en Zorgconcern en Medisch Coördinatie Centrum Omnes. Zorg uit Voorzorg is een interdisciplinair programma voor thuiswonende kwetsbare ouderen gericht op het voorkomen van beperkingen in activiteiten.<sup>6</sup> Tussen mei 2009 en januari 2010 werd een pilotstudie met twee huisartsen, vier praktijkondersteuners, twee ergotherapeuten, twee fysiotherapeuten en 41 ouderen uitgevoerd om de haanteerbaarheid te evalueren.<sup>6</sup> In maart 2010 startte een gerandomiseerd onderzoek, gefinancierd door het NPO, om de effecten van Zorg uit Voorzorg te bestuderen.<sup>7</sup> Dit artikel beschrijft de inhoud van het programma, aangevuld met bevindingen uit de pilotstudie.

### VERANTWOORDING - DE THEORIE

#### *Definitie van kwetsbaarheid*

In Zorg uit Voorzorg wordt kwetsbaarheid opgevat als een verhoogd risico op het ontwikkelen van beperkingen in activiteiten. De literatuur suggereert dat het ontwikkelen van beperkingen multifactorieel van aard is. Stuck en collega's<sup>8</sup> identificeerden in hun review de volgende risicofactoren voor het ontwikkelen van beperkingen bij thuiswonende kwetsbare ouderen: cognitieve beperkingen, depressie, comorbiditeit, verhoogde of verlaagde body mass index, functionele beperking van de onderste extremiteiten, vallen, beperkte sociale contacten en weinig fysieke activiteit. Daarnaast zijn er indicaties dat factoren als motivatie en self-efficacy een rol spelen bij het ontstaan van beperkingen in activiteiten.<sup>9</sup> Het programma Zorg uit Voorzorg hanteert een multifactorieel perspectief op kwetsbaarheid in alle fasen van het programma (screening, assessment en behandeling).

#### *Programmadoelen*

Zorg uit Voorzorg beoogt dat kwetsbare ouderen activiteiten kunnen (blijven) doen, die voor hen van betekenis zijn. Op twee manieren wordt ondersteuning geboden:

- De identificatie van en het werken aan risicofactoren<sup>8</sup> voor de ontwikkeling van beperkingen. Doelen kunnen zich richten op cognitieve beperkingen, depressie, comorbiditeit, verhoogde of verlaagde body mass index, functionele beperking van de onderste extremiteiten, vallen, beperkte sociale contacten en weinig fysieke activiteit.
- De identificatie van problemen met activiteiten en het (blijven) uitvoeren van betekenisvolle activiteiten. Het Model of Human Occupation<sup>10</sup> beschrijft determinanten, die de uitvoering van activiteiten beïnvloeden. Doelen kunnen zich richten op determinanten als persoonlijke effectiviteit (self-efficacy), waarden, interesses, rollen, gewoontes, mentale en fysieke functies, vaardigheden (motorisch, cognitief, communicatief) en de fysieke en sociale omgeving.

Tabel 1. Elementen van het programma 'Zorg uit Voorzorg'.

Algemeen	Proces	Interventie
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziekte- en functioneringsgerichte preventie</li> <li>- Zorg op maat</li> <li>- Cliëntgerichte benaderingswijze</li> <li>- Ondersteunen van zelfmanagement</li> <li>- Multifactorieel perspectief op kwetsbaarheid</li> <li>- Interdisciplinaire samenwerking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Screening</li> <li>- Assessment</li> <li>- Casemanagement</li> <li>- Betrekken van het cliëntsysteem</li> <li>- Multifactoriële en flexibele toolbox met interventies</li> <li>- Langetermijnfollow-up</li> </ul>	<p><i>Determinanten:</i> Aanpak risicofactoren voor het ontwikkelen van beperkingen, bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valincidenten</li> <li>- Stemmingsstoornis</li> <li>- Gebrek aan fysieke activiteit</li> </ul> <p><i>Determinanten:</i> In stand houden van betekenisvolle activiteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mentale en fysieke functies</li> <li>- Persoonlijke effectiviteit</li> <li>- Waarden</li> <li>- Interesses</li> <li>- Rollen</li> <li>- Gewoontes</li> <li>- Vaardigheden</li> <li>- Sociale omgeving</li> <li>- Fysieke omgeving</li> </ul>

#### De uitvoering van het programma

Onze literatuurstudie<sup>11</sup> over preventieve interventies voor thuiswonende kwetsbare ouderen liet zien dat, zorg op maat, een multidisciplinaire en multifactoriële aanpak, individuele assessments en interventie, fysieke activiteit, technologie, casemanagement en langdurige follow-up, veelbelovende elementen zijn voor toekomstige interventies. Tijdens een expertmeeting (met 16 onderzoekers op het gebied van de ouderenzorg) in 2008, werden vergelijkbare factoren als relevant beoordeeld zoals zelfmanagement, zorg op maat, het betrekken van het cliëntsysteem en casemanagement. De programma-elementen van Zorg uit Voorzorg worden in tabel 1 gepresenteerd.

#### Zorg op maat en zelfmanagement

Belangrijke voorwaarden voor het slagen van de interventie is dat zoveel mogelijk gewerkt wordt met doelen die voor de oudere (en mantelzorger) van belang zijn en dat ouderen (en mantelzorgers), waar mogelijk, zelf sturing geven aan facetten van zorg. Ondersteuning van zelfmanagement binnen Zorg uit Voorzorg is gebaseerd op het 5 A's Behaviour Change Model<sup>12</sup> dat principes van cliëntgericht werken, een model voor gedragsverandering (Stages of Change model) en een directieve counselingstijl (motivational interviewing) combineert. De 5 A's zijn in de verschillende onderdelen van Zorg uit Voorzorg terug te vinden en staan voor:

- Achterhalen: onderzoek de wensen, problemen en bereidheid tot verandering
- Adviseren: geef informatie die op de behoefte van de persoon is toegesneden
- Afspreken: kom in samenspraak tot bepaling van doelen en acties
- Assisteren: ondersteun bij het leren van vaardigheden en slechten van barrières
- Arrangeren: organiseer follow-up en monitor

#### Betekenisvolle activiteiten

Betekenisvolle activiteiten zijn zowel middel als doel in het programma. Het zijn activiteiten die ouderen zelf als betekenisvol zien, die zin geven aan het leven en bijdragen aan kwaliteit van leven. De volgende uitgangspunten worden gehanteerd:

- De focus op betekenisvolle activiteiten verhoogt de motivatie voor deelname en inzet.
- Het handhaven van activiteiten die van betekenis zijn voor de oudere is een middel om problemen in zelfredzaamheid in termen van ADL en IADL te voorkomen en andere uitkomsten te bereiken zoals behoud van kwaliteit van leven en vermindering van depressieve symptomen.
- Het doen van activiteiten bevordert reflectie en leren. Zo wordt het verbeteren van persoonlijke effectiviteit (self-efficacy) vaak bereikt door het daadwerkelijke uitvoeren en oefenen van activiteiten.

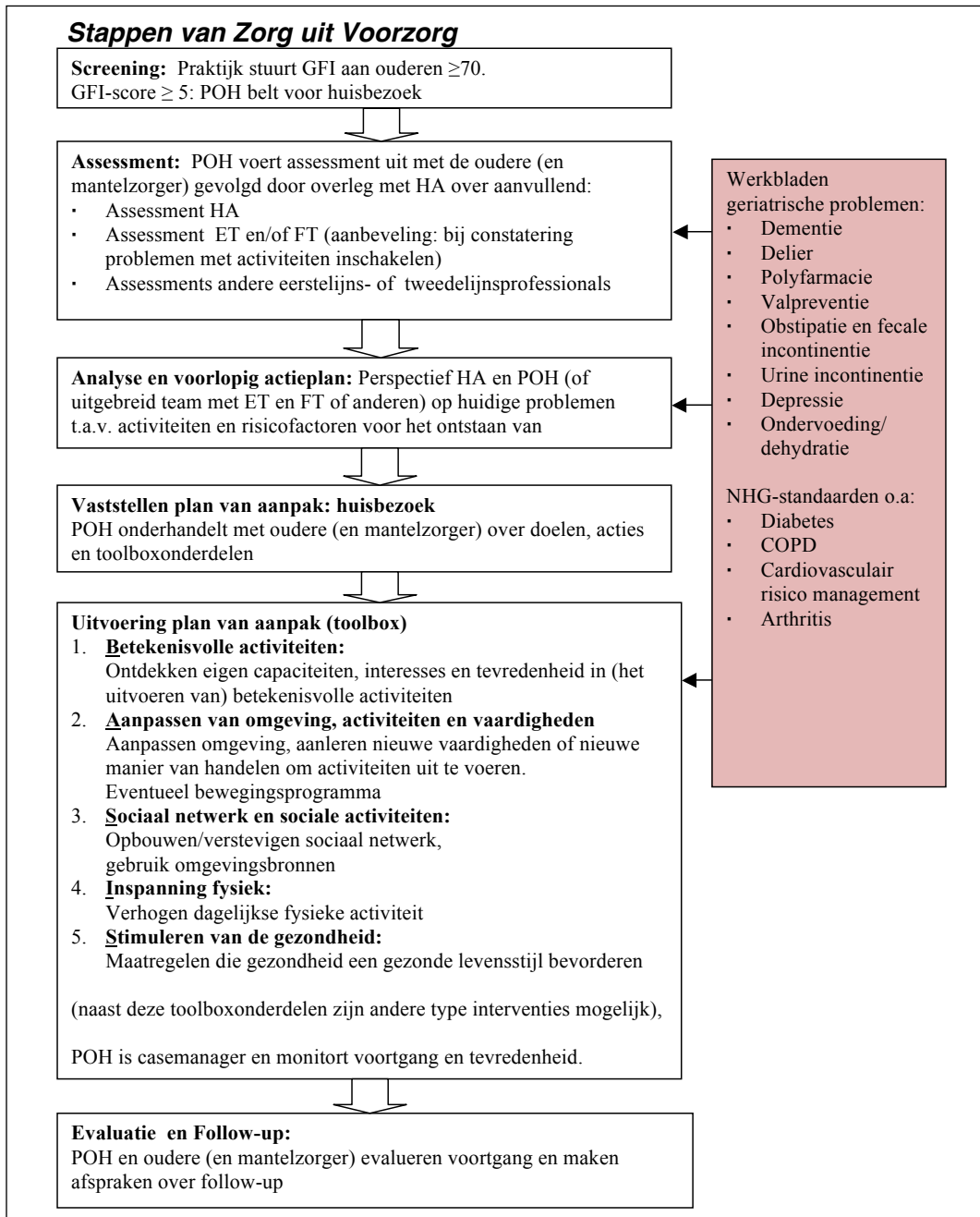
#### UITVOERING - DE PRAKTIJK

De praktijkondersteuner, als casemanager, en de huisarts vormen het kernteam van het programma. Zo nodig kan het team uitgebreid worden met een ergotherapeut, een fysiotherapeut of andere hulpverleners uit de eerste of tweede lijn. Het programma bestaat uit zes stappen.

##### Stap 1: Screening

Namens de huisarts wordt een schriftelijke vragenlijst, de Groningen Frailty Indicator (zie figuur 1), met een begeleidende brief naar thuiswonende ouderen (≥ 70 jaar), gestuurd. De Groningen Frailty Indicator (GFI)<sup>13</sup> bestaat uit 15 items, die over vier domeinen van functioneren gaan: fysiek (negen items), cognitief (een item), sociaal (drie items) en psychisch (twee items).<sup>13</sup> Ouderen met een totaalscore van vijf of hoger worden als matig tot ernstig kwetsbaar beschouwd. Uit eerdere studies was gebleken dat de interne consistentie en de constructvaliditeit van de GFI hoog was.<sup>13,14</sup>





Figuur 1. Schema Zorg uit Voorzorg.

HA = huisarts, POH = praktijkondersteuner, ET = ergotherapeut, FT = fysiotherapeut

In de pilotstudie stuurden bijna alle ouderen (90%) de screeningslijst terug en was het aantal missende waarden laag. Van de ouderen die de GFI retournerden bleek 46% kwetsbaar. Naar mening van professionals was een deel van deze ouderen niet kwetsbaar. Onze studie uit 2012 naar de voorspellende waarde van drie screeningsinstrumenten<sup>15</sup>, waaronder de GFI, liet zien dat deze instrumenten het potentieel hebben om kwetsbaarheid onder ouderen te identificeren, maar nog tot te veel fout-positieve uitslagen leiden.

#### Stap 2: Assessment

Ouderen met een GFI score van vijf of hoger worden door de praktijkondersteuner uitgenodigd voor een assessment. Dit multifactoriele assessment wordt tijdens een huisbezoek door de praktijkondersteuner in aanwezigheid van de

mantelzorg (indien van toepassing) afgenomen. Het richt zich op:

- Zorgen en wensen van de oudere en diens mantelzorg;
- Problemen met of zorgen over het uitvoeren van dagelijkse activiteiten;
- Risicofactoren voor het ontwikkelen van beperkingen in activiteiten;
- Bereidheid tot veranderen.

De praktijkondersteuner past motivational interviewing technieken toe om ouderen te ondersteunen bij reflectie op wat voor hun belangrijk of mogelijk is en hoe veranderingen bereikt zouden kunnen worden. Een gedragsveranderingsmodel (Stages of Change Model) wordt gebruikt om bereidheid tot verandering te monitoren.

**Een voorbeeld**

Naar aanleiding van een vraag over valincidenten, vertelt een mevrouw aan de praktijkondersteuner dat ze recentelijk drie keer gevallen is. Zij uit haar zorgen over deze incidenten, maar blijkt niet te weten wat ze zou kunnen veranderen om haar situatie te verbeteren. De praktijkondersteuner concludeert dat deze mevrouw in de contemplatie fase zit (probleem erkennen, maar nog niet zeker of klaar om veranderingen aan te brengen), maar open staat voor het ontvangen van informatie over mogelijke acties om vallen te voorkomen.

Na het assessment overlegt de praktijkondersteuner met de huisarts of aanvullende assessments nodig zijn. In geval van problemen met of zorgen over het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, worden ouderen voor aanvullend assessment doorverwezen naar de ergotherapeut en fysiotherapeut, om een beter zicht te krijgen op onderliggende oorzaken van de ervaren problemen. Indien van toepassing kunnen aanvullende assessment door andere professionals plaatsvinden.

Tijdens de pilotstudie duurde het assessment van de praktijkondersteuners gemiddeld een uur, gevolgd door een half uur administratietijd. Ouderen waren positief over de mogelijkheid hun verhaal te kunnen vertellen. Professionals waren eveneens positief, maar twijfelden of ouderen voldoende uitgedaagd werden om in het licht van gezondheid en welzijn op hun activiteitenpatroon te reflecteren. Over het algemeen zijn ouderen, volgens professionals, niet gewend om hun problemen en zorgen in termen van activiteiten te verwoorden.

*Stap 3: Analyse en (voorlopig) plan van aanpak*

Een nauwkeurige analyse van de verzamelde gegevens is nodig, voordat met behandeling begonnen kan worden. De huisarts en de praktijkondersteuner bepalen of ze dit samen doen of het team uitbreiden met een ergotherapeut, fysiotherapeut of andere professionals. In het tweede geval vindt een teamvergadering plaats. Ouderen en mantelzorgers kunnen daarbij uitgenodigd worden. Het team tracht de volgende vragen te beantwoorden:

- Hoe kunnen we ondersteuning bieden bij het blijven doen van activiteiten, die betekenisvol zijn voor de oudere?
- Hoe kunnen we ondersteuning bieden bij het reduceren van risicofactoren voor het ontwikkelen van beperkingen in activiteiten in de nabije toekomst?

Professionals gebruiken in de teamvergadering een zogenaamde topdownbenadering in de analyse. Na een samenvatting van achtergrond- en contextinformatie, worden eerst de voor de oudere betekenisvolle activiteiten besproken. Daarna worden problemen en zorgen van de oudere voor het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en risicofactoren voor beperkingen op een rij gezet. Vervolgens vindt er

een analyse plaats, waarbij rekening wordt gehouden met concepten zoals persoonlijke effectiviteit, waarden, interesses, rollen, gewoontes, mentaal en fysiek functioneren, vaardigheden (motorisch, cognitief, communicatief) en fysieke en sociale omgeving. Het team formuleert daarna haar perspectief op het plan van aanpak.

Het protocol van Zorg uit Voorzorg biedt specifieke informatie over geriatrische problemen (bijvoorbeeld dementie, valincidenten, depressie, incontinentie). De informatie is gebaseerd op recente protocollen en richtlijnen en biedt professionals hulp bij het redeneren.

**Een voorbeeld**

Een teamvergadering kan met voorstellen voor verschillende doelen en acties leiden tot het:

**In stand houden van (betekenisvolle) activiteiten. Bijvoorbeeld:**

- Een oudere persoon wil graag de tuin blijven bijhouden: *Fysieke omgeving:* het gebruik van hulpmiddelen en/of aanpassingen om de uitvoering van de activiteit te faciliteren (toolbox 'Aanpassen van omgeving, activiteiten en vaardigheden').
- Een oudere persoon wil graag een leuke activiteit in het weekend met andere ouderen uitvoeren: *Interesses:* is in staat om interesses te exploreren en voor een betekenisvolle activiteit te kiezen (toolbox 'Betekenisvolle activiteiten').

**Reduceren van risicofactoren voor het ontwikkelen van beperkingen. Bijvoorbeeld:**

- Polyfarmacie: veilig gebruik van medicatie verhogen (toolbox 'Stimuleren van de gezondheid').
- Fysieke activiteit: verhogen van de fysieke activiteit in het dagelijkse leven (toolbox 'Dagelijkse fysieke activiteit').
- Vallen: reduceren van risicofactoren m.b.t. vallen (toolbox 'Aanpassen van omgeving, activiteiten en vaardigheden').

In de pilotstudie duurde een interdisciplinaire teamvergadering gemiddeld een uur waarin drie tot vier patiënten besproken werden. Professionals meenden dat teamvergaderingen een completer beeld van de oudere en een gemeenschappelijk visie op de behandeling opleverden, en leidden tot een beter begrip van de expertise van andere professionals. Scholing en begeleiding van het team werden als relevant beschouwd voor het bereiken van effectieve interdisciplinaire samenwerking.

*Stap 4: Vaststellen plan van aanpak*

Tijdens een tweede huisbezoek legt de praktijkondersteuner uit dat ze graag in gesprek wil gaan over de mogelijkheden

om de oudere te ondersteunen bij het blijven doen van betekenisvolle activiteiten. De praktijkondersteuner gebruikt het motivational interviewing instrument 'agenda setting' om onderwerpen te bespreken, die voor de kwetsbare ouderen (de mantelzorger) en het team belangrijk zijn.

#### Een voorbeeld

Tijdens het gebruik van het tool 'Agenda setting' vraagt de praktijkondersteuner: "Waarover zou u graag met mij willen overleggen?..... Ik zou graag met u willen praten over uw bezorgdheid om te vallen en uw wens om de tuin bij te blijven houden. Vindt u het goed als we het hierover hebben?"

Nadat de agenda is vastgesteld, komen de punten van de oudere en de punten van het team aan bod. Informatie en adviezen, aangepast aan de behoefte van de oudere (bijvoorbeeld over mogelijke interventies), worden gegeven, indien de oudere daarvoor toestemming heeft gegeven. Voor- en nadelen van veranderingen komen aan de orde. Het gesprek leidt uiteindelijk tot een plan met doelen, acties en verantwoordelijkheden, die met de behoeftes van de oudere (en mantelzorger) overeenkomen.

De praktijkondersteuners in de pilotstudie rapporteerden dat de doelen van ouderen in het Zorg uit Voorzorg-programma meer variëren dan de doelen die zij opstellen bij patiënten met chronisch obstructieve pulmonaire ziekte (COPD) of diabetes. Uit de pilotstudie bleek dat praktijkondersteuners dit gesprek vaak niet face to face voerden, maar telefonisch.

#### Stap 5: Uitvoeren plan van aanpak

Een flexibele toolbox met interventies (methodieken) staat ter beschikking om het plan van aanpak uit te voeren. De toolbox bestaat uit vijf onderdelen:

- Betekenisvolle activiteiten (ergotherapeut). Dit onderdeel is bestemd voor ouderen, die een gebrek aan vertrouwen in de eigen capaciteiten hebben of een tekort aan activiteiten ervaren die ze plezierig vinden of die betekenis aan hun leven geven. Het doel is om de eigen capaciteiten, interesses en tevredenheid met betrekking tot betekenisvolle activiteiten te exploreren en keuzes te maken voor activiteiten die bijdragen aan zingeving.
- Aanpassen van omgeving, activiteiten en vaardigheden (ergotherapeut, fysiotherapeut). Dit onderdeel is bedoeld voor ouderen, die problemen ervaren in het uitvoeren van activiteiten. Het doel is om de omgeving, activiteiten of vaardigheden zodanig aan te passen dat uitvoering van deze activiteiten mogelijk blijft.
- Sociaal netwerk en sociale activiteiten (praktijkondersteuner). Dit onderdeel van de toolbox is bestemd voor ouderen met een klein sociaal netwerk, ouderen die onvoldoende ondersteuning vanuit hun netwerk ondervinden,

of spanningen in hun netwerk of eenzaamheid ervaren. Het doel is om het sociale netwerk te versterken en/of de participatie in sociale activiteiten te vergroten.

- Dagelijkse fysieke activiteit (fysiotherapeut). Dit onderdeel is bedoeld voor ouderen, die meer willen bewegen in hun dagelijks leven.
- Stimuleren van de gezondheid (huisarts en praktijkondersteuner). Dit onderdeel is bestemd voor ouderen met chronische aandoeningen of andere leefstijlgebonden risicofactoren voor het ontwikkelen van beperkingen in activiteiten. Het doel is om gezondheid en een gezonde leefstijl te stimuleren.

Tijdens de uitvoering van de toolbox onderdelen blijft de casemanager (praktijkondersteuner) in contact met de oudere (en de mantelzorger) om vooruitgang en tevredenheid te monitoren. Professionals gaven in de pilotstudie aan dat de methodieken van de toolbox onderdelen vroegen om een aanpassing van hun dagelijks handelen; van probleemoplossend werken naar ondersteuning van zelfmanagement.

#### Stap 6: Evaluatie en follow-up

Na het doorlopen van de toolbox onderdelen evalueert de praktijkondersteuner, als casemanager, met de oudere het bereiken van doelen, de implementatie van strategieën in het dagelijkse leven en de behoefte voor ondersteuning in de komende periode. De ondersteuning kan bijvoorbeeld vormgegeven worden door regelmatige huisbezoeken, telefoontjes of e-mailcontacten. In de pilotstudie was follow-up één van de elementen die niet voldoende toegepast werden.

## DISCUSSIE

Zorg uit Voorzorg is een innovatief programma voor thuiswonende kwetsbare ouderen. In de pilotstudie uitten de ouderen zich zeer positief over Zorg uit Voorzorg; professionals zijn van mening dat het programma hanteerbaar is in de praktijk. Zorg uit Voorzorg is gebaseerd op diverse theorieën, modellen en tools die hun waarde in de praktijk aangetoond hebben. Hoe deze combinatie uitpakt bij kwetsbare ouderen zal nader onderzoek moeten uitwijzen. De combinatie heeft geleid tot een complexe interventie. Implementatie van nieuwe elementen als screening, motivational interviewing, betekenisvolle activiteiten als kern, teamvergaderingen en een toolbox van interventies vragen om scholing en begeleiding van professionals in de eerste lijn. De studie naar hanteerbaarheid liet zien dat de screeningsprocedure aandacht behoeft en dat er aanvullende tools nodig zijn voor professionals om ondersteuning bij zelfmanagement te geven.

## DANKWOORD

Voor hun bijdrage aan de ontwikkeling van Zorg uit Voorzorg zijn we de volgende personen zeer erkentelijk: Herbert Habets, Sjoerd Hobma, Walther Sipers, Ruud Kempen, Lilo Crasborn, Simone Denis, Inge Systemans, Margot van Melick, Frederique Prompers, Frank Vlaskamp, Henk Jochems, Rob de Ruijter en Michel Oostdam.

## LITERATUUR

1. SCP. Kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
2. Puts MT, Shekary N, Widdershoven G, Heldens J, Lips P, Deeg DJ. What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Qual Life Res.* 2007;16(2):263-77.
3. Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009.
4. Knottnerus JA, Velden GH ten. Dutch doctors and their patients--effects of health care reform in the Netherlands. *N Engl J Med.* 2007;357(24):2424-6.
5. Oosterbos H van. The future of integrated primary care; community health centres at the heart of the neighbourhood. *International Journal of Integrated Care.* 2006;6:1-2.
6. Daniels R. Frailty elderly; identification and disability prevention in primary care. PhD thesis. Maastricht: Maastricht University; 2011.
7. Metzelthin SF, Rossum E van, Witte LP de, Hendriks MR, Kempen GI. The reduction of disability in community-dwelling frail older people: design of a two-arm cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2010;10(1):511.
8. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med.* 1999;48(4):445-69.
9. Femia EE, Zarit SH, Johansson B. The disablement process in very late life: a study of the oldest-old in Sweden. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2001;56(1):P12-23.
10. Kielhofner G. Model of human occupation. Theory and application. Baltimore: Kluwer/Lippincott Williams&Wilkins Wolters; 2008.
11. Daniels R, Metzelthin SF, Rossum E van, Witte L de, Kempen GI, Heuvel W van den. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview. *European Journal of Ageing.* 2010;7(1):37-55.
12. Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care. Strategies and tools for better practice. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2007.
13. Steverink N, Slaets JPJ, Schuurmans H, Lis M van. Measuring Frailty. Development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *Gerontologist.* 2001;41:236-7.
14. Metzelthin SF, Daniels R, Rossum E van, Witte LP de, Heuvel WJ van den, Kempen GI. The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. *BMC Public Health.* 2010;10(1):176.
15. Daniels R, Rossum E van, Beurskens A, Heuvel W van den, Witte L de. The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. *BMC Public Health.* 2012;12:69.

Correspondentieadres  
ramon.daniels@zuyd.nl

## SAMENVATTING

**Inleiding:** Kwetsbare ouderen hebben een verhoogd risico op ongunstige uitkomsten, zoals beperkingen in activiteiten. Er is behoefte aan interdisciplinaire preventieve programma's voor thuiswonende kwetsbare ouderen.

**Ontwikkeling:** Zorg uit Voorzorg beoogt dat kwetsbare ouderen activiteiten kunnen (blijven) doen, die voor hen van betekenis zijn. Literatuurstudies en een expertmeeting leidden tot identificatie van basiselementen, methoden en praktische tools voor de ontwikkeling van Zorg uit Voorzorg.

**Het programma:** De huisarts en de praktijkondersteuner vormen het kernteam dat uitgebreid kan worden met andere professionals. Er zijn zes stappen: (1) Screening, (2) Assessment, (3) Analyse en opstellen voorlopig plan van aanpak, (4) Vaststellen plan van aanpak, (5) Uitvoering, (6) Evaluatie en follow-up.

**Discussie:** Zorg uit Voorzorg heeft potentie om goed in te spelen op behoeften van kwetsbare ouderen en om beperkingen te voorkomen. De procedure voor screening heeft aandacht en er zijn meer praktische tools voor professionals nodig om de ondersteuning van zelfmanagement vorm te geven.

## SUMMARY

**Background:** Disability is a negative outcome of frailty. Policy reports emphasize the need for interdisciplinary disability prevention programmes.

**Development:** Literature reviews and an expert meeting led to identification of basic elements, theory-based methods and practical tools for the development of Zorg uit Voorzorg. The aim of the programme is to support frail older people to perform activities meaningful to them.

**The programme:** The general practitioner and the practice nurse comprise the core team that can be extended by other professionals. The programme includes six steps: (1) screening, (2) assessment, (3) analysis and preliminary action plan, (4) agreement on an action plan, (5) execution of the action plan (toolbox parts) and (6) evaluation and follow-up.

**Discussion:** Zorg uit Voorzorg seems promising for addressing the needs of frail older people. The screening procedure needs reconsideration and additional tools for professionals to support self-management seem necessary.

# Kortdurende geriatrische revalidatie

## Resultaten na behandeling van een heupfractuur

E.C. Folbert<sup>1</sup>, J.H. Hegeman<sup>1</sup>, J.v.d.Veur<sup>1</sup>, R. J. de Haas<sup>1</sup>, B. Broersma<sup>2</sup>, D. van der Velde<sup>1</sup>

<sup>1</sup>. Afdeling Heelkunde, Ziekenhuisgroep Twente, locatie Almelo

<sup>2</sup>. Specialist ouderengeneeskunde, TriviumMeulenbeltZorg, Almelo

### INLEIDING

Jaarlijks worden gemiddeld 19000 oudere patiënten met een heupfractuur opgenomen in het ziekenhuis.<sup>1,2</sup> De (na-)behandeling is complex door leeftijdsgebonden aspecten zoals comorbiditeit en polyfarmacie en is geassocieerd met hoge kosten.<sup>3,4</sup> Om de behandeling van deze vaak kwetsbare patiëntengroep te verbeteren, werd in 2008 in Ziekenhuisgroep Twente locatie Almelo (ZGT-A) het Centrum voor Geriatrische Traumatologie (CvGT) opgericht. Het doel is het creëren van een procesgericht behandelklimaat, waarin verbeteringen op het gebied van kwaliteit van zorg, logistiek en bedrijfsvoering kunnen worden gerealiseerd.

In Nederland richt revalidatie in een verpleeghuis zich van oudsher op ouderen na een opname in het ziekenhuis vanwege een acute aandoening of geplande ingreep. Dit betreft jaarlijks tussen de 25.000 en 30.000 patiënten (waarvan 25% voor revalidatie na een heupfractuur met een gemiddelde opnameduur van 61,5 dagen) en 422.813 ligdagen per jaar.<sup>6,7</sup> Na ontslag uit het CvGT werd een op de drie patiënten opgenomen voor kortdurende geriatrische revalidatie, in een van de drie verpleeghuizen in het verzorgingsgebied van ZGT-A. Uit een eerdere (deel) studie die wij verrichtten bleek dat onze heupfractuurpatiënten, ondanks een minder gecompliceerd beloop, regelmatig langer opgenomen bleven in afwachting van een beschikbaar revalidatiebed.<sup>5</sup>

In samenwerking met onze ketenpartners werd onderzocht of de doorstroming naar en van revalidatiebedden geoptimaliseerd zou kunnen worden door inzicht te verwerven in de resultaten van kortdurende geriatrische revalidatie. Er is hiernaar weinig onderzoek verricht.<sup>8-11</sup> In internationale studies zijn wel resultaten beschreven, maar de interpretatie hiervan werd bemoeilijkt doordat onder andere de revalidatie plaatsvond in zeer uiteenlopende vormen, de beschreven periodes vier maanden en langer waren en er gebruik werd gemaakt van verschillende functionele uitkomstmaten.<sup>12-15</sup>

De vraagstellingen van deze studie waren:

1. Hoeveel patiënten werden na een behandeling van een heupfractuur in het CvGT en kortdurende geriatrische revalidatie in ons verzorgingsgebied, binnen drie maanden ontslagen naar hun woonsituatie van voor de fractuur?

2. Zijn er voorspellende factoren te detecteren voor terugkeer naar de woonsituatie van voor de fractuur?

### PATIËNTEN EN METHODE

#### Populatie

Geïnccludeerd werden alle patiënten met een heupfractuur die opgenomen werden voor kortdurende revalidatie in een van de drie verpleeghuizen in het verzorgingsgebied van ZGT-A. De studieperiode betrof 1 april 2008 tot 31 maart 2010 (zie figuur 1).

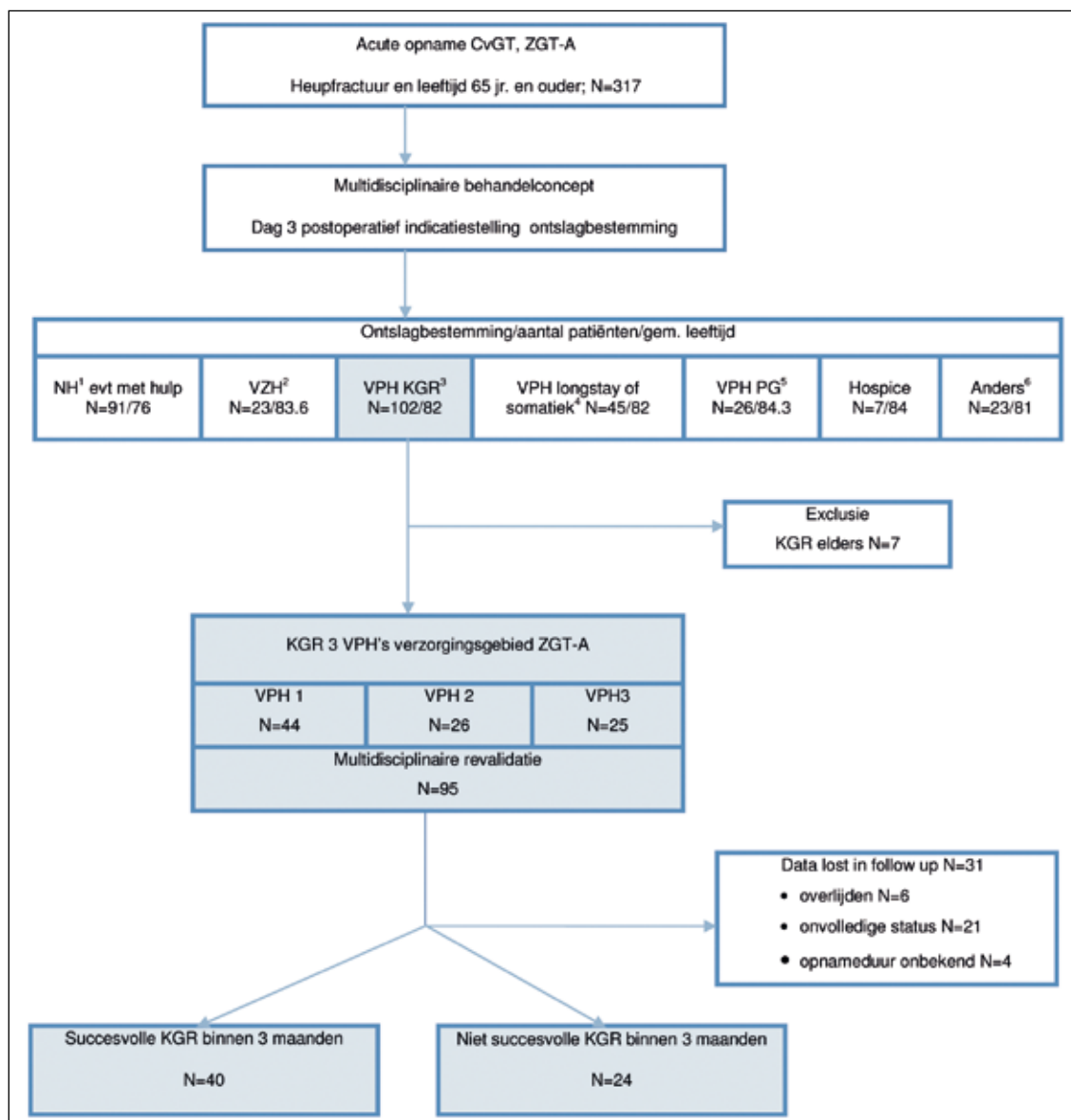
#### Setting

De klinische behandeling van deze patiënten vond plaats in het CvGT, welke gekenmerkt werd door een intensieve samenwerking van de specialismen traumachirurgie en geriatrie vanaf de spoedeisende hulp, een multidisciplinaire behandeling met het gebruik van klinische paden. De indicatie voor kortdurende geriatrische revalidatie werd gesteld op dag drie postoperatief op basis van de zorgbehoeften van de patiënt. Hierbij werd de inschatting gemaakt met behulp van informatie van de verschillende disciplines, of de patiënt binnen drie maanden voldoende was hersteld om terug te keren naar de woonsituatie van voor de fractuur. Indien dit niet haalbaar leek, werd men geïndiceerd voor een langere opnameduur van zes maanden. Patiënten met mogelijk cognitieve aandoeningen maakten geen gebruik van het kortdurende revalidatietraject. Geriatrische revalidatie vond plaats op een revalidatieafdeling waar patiënten met diverse neurologische, orthopedische en chirurgische aandoeningen revalideerden. De werkwijze op de drie revalidatieafdelingen verschilde in essentie niet. Er werd vanaf opname in een multidisciplinaire setting gerevalideerd, met als doel terugkeer naar de woonsituatie van voor de heupfractuur. De dossiervoering vond plaats door de afzonderlijke disciplines, met geplande multidisciplinaire overlegmomenten. Er werd geen gebruik gemaakt van klinische paden ter ondersteuning van de behandeling.

#### Dataverzameling

Ten behoeve van het onderzoek werden data gegenereerd uit de databases van het Kenniscentrum van het CvGT. In de verpleeghuizen vond retrospectief statusonderzoek plaats.





Figuur 1. Overzicht in-/exclusiecriteria studiepopulatie t.b.v. analyse op voorspellende factoren voor het succesvol afsluiten van kortdurende revalidatie in de periode 1-4-2008 t/m 31-3-2010.

*Primaire uitkomstmaat*

Hieronder werd verstaan: ontslag binnen drie maanden naar de oorspronkelijke woonsituatie (zelfstandig, eventueel met hulp of verzorgingshuis of verpleeghuis) van voor de heupfractuur. Nameting in de woonsituatie na ontslag werd niet opgenomen in de onderzoeksopzet.

*Keuze voorspellende factoren*

Op basis van een literatuurstudie<sup>8,12-15</sup> werden negen variabelen gekozen, waarvan een mogelijk effect werd verondersteld op de uitkomst van kortdurende revalidatie in het verpleeghuis na de behandeling van een heupfractuur. Dit waren: geslacht, leeftijd, woonsituatie voor de fractuur, de preoperatieve gezondheidstoestand, fractuurtype, het gebruikte osteosynthesemateriaal, de opnameduur in de kliniek, de functionele status bij opname/ontslag, het voorkomen van complicaties gedurende de opname in de kliniek en/of het verpleeghuis.

**DEFINIËRING VARIABELEN**

- Geslacht en leeftijd in jaren werd overgenomen uit het elektronische ziekenhuisinformatiesysteem.
- De woonsituatie voor het ontstaan van de fractuur geregistreerd als zelfstandig wonend, zelfstandig wonen met hulp van partner, mantelzorger of thuiszorg, verzorgingshuis, verpleeghuis of niet bekend.
- Preoperatieve gezondheidstoestand werd geclassificeerd met behulp van de American Society of Anesthesiologists (ASA) in; weinig tot geen comorbiditeit (ASA 1 en 2) en uitgebreide comorbiditeit (ASA 3 en 4).
- Fractuurtype werd ingedeeld met behulp van AO-ASIF richtlijnen in collum femoris, pertrochantair, subtrochantair of femurschacht.
- Type osteosynthesemateriaal te weten plaat-schroeffixatie (DHS), hemiartroplastiek (KHP), intramedullaire penschroeffixatie (PFNa) en unreamed femur nail (UFN).
- Opnameduur kliniek werd gedefinieerd als het aantal klinische ligdagen.



Tabel 1. Karakteristieken van 95 patiënten met een heupfractuur welke voor kortdurende geriatrische revalidatie werden opgenomen in de periode 1 april 2008 t/m 31 maart 2010.

	T1	T2	T3
aantal patiënten; n	95		
geslacht; n (%)			
man:vrouw	31(33):64(67)		
leeftijd; n (%)			
65 t/m 79 jr	34(36)		
80 jr. en ouder	61(64)		
gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	81(7.1)		
mediane ADL-score in punten (IQR)*	6(6-6)	5(4-6)	5(5-6)
mediane NMS in punten (IQR)	7(6-9)	4(2-5)	6(3-6)
woonsituatie: (%)			
zelfstandig evt. met hulp	85(89)		50(53)
verzorgingshuis-/verpleeghuis longstay	10(11)		20(21)
onbekend	--		25(26)
fractuurtype; n (%)			
per-/subtrochantaire femurfractuur	46(48)		
collum femoris	43(45)		
anders**	6(6)		
ASA-classificatie; n (%)			
I en II	51(53)		
III en IV	44(45)		
osteosynthesemateriaal; n (%)			
PFNa	47(50)		
kophalsprothese	27(28)		
DHS	18(19)		
overige	3(3)		
beloop; n (%)			
ongecompliceerd	38(40)		22(23)
gecompliceerd	57(60)		42(44)
overlijden	--		6(7)
onbekend	--		25(26)
mediane ligduur in dagen (IQR)	14(8-20)		55(40-90)

T1; bij opname ziekenhuis; T2; bij ontslag ziekenhuis en opname in VPH revaded; T3; 3 maanden postoperatief

\* IQR = interkwartiel range

\*\* combinatie van verschillende fractuurtypen rondom het heupgewricht met tevens een femurschachtfractuur

## COMPLICATIES POSTOPERATIEF

Gedocumenteerd werd de incidentie van postoperatieve complicaties na heupfractuur tijdens de ziekenhuisopname en/of het verpleeghuis. Dit betrof delier, urineweginfectie, blaasretentie, wondinfecties (diep en oppervlakkig), pneumonie, decompensatio cordis, myocardinfarct, longembolie, diep veneuze trombose, osteosynthese falen, nabloeding, overige en overlijden. Zodra een of meerdere complicaties voorkwamen, werd de patiënt ingedeeld in de groep met een gecompliceerd beloop ziekenhuis en/of verpleeghuis. Indien er geen complicaties optraden, werd patiënt ingedeeld in de groep met een ongecompliceerd beloop.

## FUNCTIONELE STATUS

Bij opname op de SEH (T1) werd de functionele status van de patiënt voor de fractuur gedocumenteerd met behulp van de New Mobility Score (NMS) en de Katz-Activiteiten Dagelijks Leven (ADL)-score (zie tabel 1). De patiënten werden opnieuw gescoord bij ontslag uit de kliniek (T2) en drie maanden na het ontstaan van de fractuur bij het bezoek aan de fysiotherapie-traumapoli (T3).

## STATISTISCHE ANALYSE

Ontbrekende waarden werden niet meegenomen in de analyses. Met behulp van univariate analyses werden de negen afzonderlijke variabelen aan een chikwadraattoets onderworpen voor wat betreft hun relatie met het wel of niet terugkeren naar de vroegere woonsituatie binnen drie maanden na kortdurende geriatrische revalidatie. Vervolgens vond onderzoek plaats naar onafhankelijke voorspellers hiervan, door een multivariate logistische regressieanalyse van de variabelen met een univariate van  $P < 0,10$ . De statistische analyse werd verricht met SPSS-versie 16.0 (SPSS Inc, Chicago, USA).

## RESULTATEN

### Bestudeerde patiënten

In de studieperiode werden 95 patiënten voor kortdurende geriatrische revalidatie geïdentificeerd. Tijdens de revalidatieperiode overleden 6 patiënten en ontbraken bij 25 patiënten een of meer data (zie figuur 1).

### Patiëntenkarakteristieken

In tabel 1 worden de patiëntenkarakteristieken beschreven bij opname op de Spoedeisende Hulp (SEH) (T1), bij ontslag uit het ziekenhuis en overplaatsing naar het verpleeghuis (T2) en drie maanden postoperatief na het ontstaan van de heupfractuur (T3).

### Opname op de SEH

De verhouding man:vrouw was 1:2 en 64% van de studiepopulatie was 80-plusser. Voor de fractuur woonde 85 patiënten (87%) zelfstandig, eventueel met hulp van partner/mantelzorg of thuiszorg en werd een mediane Katz ADL- en NMS gemeten van 6 en 7.

Tabel 2. Uitkomsten uni- en multivariate logistische regressieanalyse (bijna) significante factoren succesvolle revalidatie na heupfractuur.

	succesvolle revalidatie		UV p	MV p	RR (BI 95%)
	ja	nee			
<b>factor*;</b>	n=40	n=24			
<b>leeftijd;</b>					
< 80 jaar	23 (58%)	4 (17%)	0.001**	0.003	6.8 (2.0-23.4)
≥ 80 jaar	17 (42%)	20 (83%)			
<b>osteosynthese materiaal;</b>					
kophalsprothese	13(33%)	3(13%)	0.07**	NS	
<b>klinische ligdagen;</b>					
< 15 dagen	24 (60%)	9 (38%)	0.08**	NS	
≥ 15 dagen	16 (40%)	15 (62%)			
<b>woonsituatie preoperatief;</b>					
zelfstandig	21 (53%)	6 (25%)	0.03**	NS	

UV = univariaat; MV = multivariaat; RR = relatief risico; BI = 95% betrouwbaarheidsinterval; NS = niet-significant

\*voor geslacht, ASA-classificatie, fractuurtype, complicaties ziekenhuis- en/of verpleeghuisperiode, NMS en ADL-scores werden geen relatie gevonden met het al of niet succesvol afsluiten van kortdurende geriatrische revalidatie na heupfractuur

\*\* Input data multivariate logistische regressieanalyse

#### Klinische periode

Bij 57 patiënten (60%) was sprake van een gecompliceerd beloop, zonder dat er patiënten zijn overleden. De mediane ligduur in het ziekenhuis was 14 dagen. Bij ontslag uit het ziekenhuis was sprake van een lagere mediane Katz ADL- en NMS met 2 en 3 punten ten opzichte van de opname-scores.

#### Revalidatieperiode

Bij 42 patiënten (44%) was sprake van een gecompliceerd beloop en er overleden 6 (7%) patiënten. De mediane ligduur was 55 dagen. Binnen drie maanden waren 60 patiënten (63%) voldoende hersteld om zelfstandig te gaan wonen met eventuele hulp, konden terug naar het verzorgingshuis, of werden heropgenomen in het verpleeghuis. Bij 10 patiënten (10%) was na de revalidatie verhuizing noodzakelijk naar een verpleeg-/verzorgingshuis. Deze 10 patiënten werden dus niet ontslagen naar hun oorspronkelijke woonsituatie. Drie maanden postoperatief was sprake van een stijging van de Katz ADL- en NMS met respectievelijk 1 en 2 punten ten opzichte van de scores bij ontslag uit de kliniek. Ten opzichte van de mediane scores van voor de heupfractuur waren beide scores verlaagd met 1 punt.

#### Primaire uitkomstmaat

Na kortdurende geriatrische revalidatie werden binnen drie maanden 60 patiënten (63%) ontslagen naar hun woonomgeving van voor de heupfractuur.

#### Univariate analyse

Na toetsing van de negen afzonderlijke variabelen op hun relatie met succesvolle kortdurende revalidatie, werd een significante positieve relatie gevonden voor 'Zelfstandig wonen zonder hulp voor het ontstaan van de heupfractuur' (p=0,03) en 'Leeftijd jonger dan 80 jaar' (p=0,001).

Bijna significant positief waren: 'Klinische opnameduur van korter of gelijk aan 15 dagen' (p=0,08) en een 'Kop-halsprothese' (0,07) (zie tabel 2).

#### Multivariate analyse

Met bovengenoemde variabelen werd een multivariate logistische regressieanalyse uitgevoerd. Als onafhankelijk negatieve voorspeller bleek 'Leeftijd 80 jaar of ouder' van wezenlijke invloed op de uitkomst van kortdurende revalidatie (p=0,003). In deze patiëntengroep vergrootte het relatieve risico op het niet binnen drie maanden terugkeren naar de vroegere woonsituatie na kortdurende geriatrische revalidatie met 6.8 maal, in vergelijking met de patiëntengroep 'Leeftijd jonger dan 80'.

Voor de overige variabelen kon geen significant verschil aangetoond worden, tussen de groep die wel en de groep die niet in staat was om binnen drie maanden terug te keren naar de vroegere woonsituatie.

## DISCUSSIE

In deze studie bleek: 'Leeftijd 80 jaar of ouder' een onafhankelijk negatieve voorspeller voor ontslag binnen drie maanden na kortdurende geriatrische revalidatie na een heupfractuur. De kans op terugkeer naar de woonsituatie van voor de fractuur nam 6.8 keer af in vergelijking met de groep jonger dan 80 jaar. Voor succesvol revalideren binnen drie maanden werd een positieve relatie gevonden met 'Zelfstandig wonen zonder hulp' (p=0,03) en 'Leeftijd jonger dan 80 jaar' (p=0,001).

Dit zou verklaard kunnen worden doordat een hogere leeftijd geassocieerd is met een toename van kwetsbaarheid en multimorbiditeit, waardoor de oudere minder goed in staat is om fysieke belasting en bedreiging door omgevings-

invloeden op te vangen door het verlies van vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.<sup>4</sup> Bijna twee derde van de studiepoulatie was ouder dan 80 jaar; bij ruim de helft was sprake van onvoldoende herstel binnen drie maanden om met ontslag te kunnen gaan naar de woonsituatie van voor de fractuur. De gemiddelde opnameduur in ons verzorgingsgebied was 8,5 dag langer ten opzichte van het landelijk gemiddelde.<sup>7</sup>

In Nederland is weinig onderzoek verricht naar resultaten van kortdurende revalidatie bij oudere patiënten met een heupfractuur.<sup>9-11</sup> Voor wat betreft de primaire uitkomstmaat werd in een eerdere publicatie in Nederland een ontslagpercentage van circa 60% beschreven.<sup>7</sup> Wij vonden een ontslagpercentage van 63% en een complicatie- en mortaliteitspercentage van respectievelijk 44% en 7% gedurende de revalidatieperiode. In Nederlandse verpleeghuizen zijn complicatiepercentages beschreven van 81-89% met een mortaliteit na vier maanden van 20%.<sup>7,9,10</sup> Het is gewenst om vervolgonderzoek te initiëren naar uitkomsten van kortdurende geriatrische revalidatie met behulp van een controlegroep. Dit om een eventueel verband aan te kunnen tonen met mogelijke effecten van het CvGT-behandelmodel op de kwaliteit van zorg aan deze patiëntengroep.

### *Prognostisch is het herstel na een heupfractuur bij de oudere matig*

Ondanks het feit dat in de analyse geen significantie werd aangetoond voor een 'kortere ziekenhuisopname', 'zelfstandig wonen met hulp' en 'het beperkte aantal postoperatieve complicaties gedurende de revalidatieperiode' lijken deze voor de klinische praktijk van belang door hun gunstige effect op de uitkomst van kortdurende geriatrische revalidatie. Dit komt overeen met resultaten in de literatuur. Hierin werden tevens positieve relaties beschreven voor een hoge premorbide NMS<sup>11</sup>, een intracapsulaire fractuur<sup>14</sup>, een lage ASA-score<sup>1</sup> en het gebruik van een kophalsprothese.<sup>14</sup> Een negatieve relatie met de uitkomst na revalidatie voor een heupfractuur werd beschreven voor een premorbide lage ADL<sup>12,14</sup>, het mannelijk geslacht<sup>15</sup> en een hoog complicatiepercentage in het ziekenhuis en/of verpleeghuis.<sup>11-13</sup> Deze relaties hebben wij niet kunnen aantonen.

Heupfractuurpatiënten zijn vaak al vóór de fractuur meer afhankelijk in de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), meer beperkt in het gebruik van de onderste ledematen, dan de gemiddelde bevolking van gelijk geslacht en leeftijd.<sup>7,8</sup> Dit blijkt niet uit de ADL-scores van de studiepoulatie bij opname. Hoewel het dagelijks functioneren van de patiënten gedurende het revalidatieverblijf gemiddeld verbeterde, bereikte 53% van de patiënten niet het functionele niveau in ADL en mobiliteit van vóór de ziekenhuisopname. Dit is conform de literatuur, waarin het

meeste herstel wordt beschreven in de eerste vier tot zes maanden na de fractuur, waarna verdere revalidatie thuis met fysiotherapie nog steeds effectief blijkt, uitgezonderd bij patiënten met ernstige fysieke en/of cognitieve beperkingen.<sup>6,7</sup> Prognostisch is het herstel na een heupfractuur bij de oudere matig: een jaar na de fractuur is bij 43% van de ouderen sprake van herstel van mobiliteit, maar minder dan 20% bereikt hetzelfde niveau van algemene dagelijkse levensverrichtingen als voor de fractuur.<sup>3,7,8</sup>

Een beperkende factor bij de interpretatie van de studieresultaten is het ontbreken van een of meer gegevens van 25 patiënten in de statusvoering. Hier liggen kansen in de transmurale samenwerking om de kwaliteit van zorg in de keten te verbeteren door onder andere de implementatie van klinische paden zoals in het CvGT, waarmee verdere procesmonitoring, sturing en onderzoek mogelijk worden. Een klinisch pad is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke patiëntengroep gedurende een gedefinieerd tijds kader.<sup>5</sup> Dit sluit aan bij de eerder geformuleerde behandelkaders Geriatrisch revalidatie.<sup>6</sup> Onderzoek naar resultaten van geriatrische revalidatie en voorspellende factoren voor succesvol afsluiten van revalidatieperiodes zullen in de toekomst een grotere rol gaan spelen vanwege de nadruk op kortere, intensieve revalidatietrajecten bij de herziening van het financieringssysteem van geriatrische revalidatie. Intensivering van transmurale samenwerking tussen verschillende zorginstellingen ten behoeve van ketenafspraken en het vroegtijdig betrekken van zorgverzekeraars hierbij, zal bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg aan deze patiëntengroepen en kosteneffectiviteit.<sup>6,7</sup>

### **BEPERKINGEN VAN DIT ONDERZOEK**

Bij de interpretatie dient men rekening te houden met de kleine patiëntpoulatie en de beperkte studieperiode van drie maanden follow-up. Mogelijk dat het aantal ontslagen 80-plussers naar de woonsituatie voor de fractuur hoger was geweest, als de revalidatieperiode langer was geweest. In de verpleeghuizen heeft retrospectief dataonderzoek plaats gevonden, waar sprake was van dataverlies met informatiebias en onderrapportage. Na ontslag uit het verpleeghuis heeft geen meting plaatsgevonden in de woonsituatie.

### **CONCLUSIE**

Na kortdurende geriatrische revalidatie bleek 'Leeftijd 80 jaar of ouder' een onafhankelijk negatieve voorspeller voor ontslag binnen drie maanden naar de woonsituatie van voor de heupfractuur. Bij de 80-plussers nam de kans op terugkeer naar de woonsituatie van voor de fractuur met 6,8 keer af in vergelijking met de groep jonger dan 80 jaar. Een positieve relatie voor terugkeer binnen drie maanden naar de woonsituatie van voor de heupfractuur werd gevonden voor 'Zelfstandig wonen zonder hulp' ( $p=0,03$ ) en 'Leeftijd jonger dan 80 jaar' ( $p=0,001$ ).

## DANKWOORD

Wij willen de verpleeghuizen Kronnenzommer in Hellen-  
doorn, het Eugeria en Trivium Meulenbelt zorg in Almelo  
bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek.

## LITERATUUR

1. Marks R. Hipfracture epidemiological trends, outcomes, and risk factors, 1970-2009. *International Journal of General Medicine*. 2010;3: 1-17.
2. Saltzherr TP, Borghans HJ, Bakker RH, Go PM. Proximale femurfracturen bij ouderen in Nederland in de periode 1991-2004: incidentie, sterfte, opnameduur en schatting van de in de toekomst benodigde zorgcapaciteit. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2006;150:2599-604 Medline.
3. Friedman SM, Mendelson DA, Kates SL, McCann RM. Geriatric Co-Management of Proximal Femur Fractures: Total Quality Management and Protocol-Driven Care Result in Better Outcomes for a Frail Patient Population. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:1349-56.
4. KNMG. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: KNMG; 2010.
5. Folbert E, Smit R, Velde D van der, Regtuijt, M, Klaren H, Hegeman JH. Multidisciplinair zorgpad voor oudere patiënten met een heupfractuur: resultaten van implementatie in het Centrum voor Geriatrische Traumatologie, Almelo. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2011; 155(26): A3197 Medline.
6. Verenso. Standpunt Verenso Behandelkadersdefinitief. 2010. <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Watdoen-wij/StandpuntVerensoBehandelkadersdef.pdf>
7. ETC Tangram. Aard en omvang geriatrische revalidatie anno 2009/2010. Eindrapport. <http://www.tangram.info/afbeeldingen/Rapporten/Aard%20en%20omvang%202010%20eindversie%201%20juli.pdf>
8. Bachmann S, Bosch R, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, McClough-Gorr K. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2010;340:c1718. Doi:10.1136/bmj.c1718.
9. Aangenendt-Siegers IP, Lentze KI, Keesmaat PS, Dekker FW, Cools HJM. Geriatric rehabilitation in a Dutch nursing home. *J Rehabilitation Sciences* 1996;9(1):16-9.
10. Visschedijk J, Kleinsman M, Oosterveld F. De Zuidloo-studie: een descriptief onderzoek van 3,5 jaar revalidatie in een verpleeghuis. *Tijdschr verpleeghuiskunde*. 2007; 32 (6):227-232.
11. Balen R van, Steyerberg EW, Polder JJ, Ribbers TL, Habbema JD, Cools HJ. Hip fracture in elderly patients: outcomes for function, quality of life, and type of residence. *Clin Orthop Relat Res*. 2001 Sep;(390):232-43.
12. Hershkovitz A, Kalandariov Z, Hermush V, Weiss R, Brill S. Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007 Jul;88(7):916-21.
13. Bentler SE, Liu L, Obrizan M, Cook EA, Wright KB, Geweke JF. The Aftermath of Hip fracture: Discharge Placement, Functional Status Change and Mortality. *Am J Epidemiol* 2009;170:1290-1299. DOI: 10.1093/aje/kwp266.
14. Kristensen MT, Foss NB, Ekdahl C, Kehlet H. Prefracture functional level evaluated by the New Mobility Score predicts in-hospital outcome after hip fracture surgery. *Acta Orthop* 2010 Jun;81(3):296-302.
15. Arinzon Z, Shabat S, Peisakh A, Gepstein R, Berner YN. Gender differences influence the outcome of geriatric rehabilitation following hip fracture. *Arch Gerontol Geriatr* 2010 Jan-Feb;50(1):86-91.

Correspondentieadres  
e.folbert@zgt.nl

# Terugblik op het jaar van de draak

Mieke Draijer, voorzitter Verenso



In China is 2012 het jaar van de draak. De Chinezen zien een drakenjaar als een jaar dat zich leent om nieuwe zaken op te starten. Ik denk dat Verenso 2012 ook zo heeft beleefd. Voordat we het nieuwe jaar ingaan, is het altijd goed om even stil te staan bij wat we het afgelopen jaar hebben bereikt en meegemaakt. En dat is veel, durf ik te stellen. Ik licht er hier een paar uit.

De afgelopen jaren heeft ons vakgebied zich zowel inhoudelijk als in de breedte van het werkveld sterk ontwikkeld. Aanleiding voor ons om het beroepsprofiel in samenspraak met de leden bij te stellen. Tijdens het voorjaarssymposium *Profiel geeft grip* hebben we ons nieuwe beroepsprofiel gelanceerd. Het is belangrijk om de buitenwereld te laten zien wie we zijn en wat we doen. Onder de bezielende leiding van dagvoorzitter, arts en cabaretier Michiel Peereboom was het symposium bovendien ook gewoon erg leuk! In deze editie van het tijdschrift hebben enkele auteurs een competentie uit het beroepsprofiel in hun artikel verwerkt. Zo beschrijft collega René Boeren hoe taakdelegatie zijn werk heeft verrijkt. Heeft dit artikel u ook energie gegeven om met taakdelegatie aan de slag te gaan en wilt u nog meer informatie, dan kan ik u de dit jaar door Verenso ontwikkelde handreiking 'Taakdelegatie' aanraden. En u kunt natuurlijk ook gebruikmaken van het nieuwe forum op de ledenwebsite van Verenso. Worstelt u met een vraag of bent u op zoek naar praktijkvoorbeelden? Zoek uw collega's op via het forum en help elkaar op weg.

Om ook op andere manieren meer bekendheid aan ons vak te geven, hebben we dit jaar naast ons publieke jaarbericht twee boeken uitgebracht: de *Canon van de ouderengeneeskunde* en het boek *Daarom ouderengeneeskunde*. Met dit laatste boek proberen we studenten een goed inzicht te geven in de diversiteit van het vak en natuurlijk hopen we dat ze zich inschrijven voor de opleiding. Met dezelfde doelstelling ondersteunen we ook de informatiebijeenkomsten die SOON regelmatig in het land organiseert voor studenten, basisartsen en zij-instromers die interesse tonen in de opleiding.

Met veel genoegen kijk ik terug naar ons Jubileum tweedaagse op het SS Rotterdam, dat met het jubileum als aanleiding ook vernieuwend van opzet was en mijns inziens zeer geslaagd. Vanaf deze plek wil ik de volgende felicitaties uitbrengen; de heren Herman Cools, Miel Ribbe, Kees Theeuwes en Dirk van der Wedden met hun erelidmaatschap. Roland Wetzels (1e prijs) en Ineke Gerridzen (2e prijs) met hen winnen van de BEURS en Roy Kohnen en Ineke Gerridzen als winnaars van de abstracts.

## *Mijn felicitaties voor de ereleden, de winnaars van de abstracts en de BEURS*

We kregen dit najaar ook nog te maken met een nieuw kabinet. De gevolgen van de kabinetsplannen zullen zeker ook voelbaar zijn in de ouderenzorg. Hoewel de plannen voor de langdurige zorg uit het regeerakkoord primair zijn ingegeven door de noodzaak tot bezuinigen, hoeft minder geld niet altijd minder kwaliteit te betekenen. De politiek moet dan wel een duidelijke visie formuleren hoe het langer thuis wonen van steeds meer patiënten hand in hand gaat met goede medische zorg. Daarom heeft Verenso direct op het regeerakkoord gereageerd met een oproep aan de politiek om ervoor te zorgen dat de werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde gefinancierd worden uit de Zorgverzekeringswet. Ook hebben we de dringende behoefte aan goed gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgenden onder de aandacht gebracht.

Het afgelopen jaar heeft veel veranderingen gebracht. Laten we hopen dat de nieuwe regering het jaar 2013 niet maakt tot een draak van een jaar. Hoe dan ook: ik heb er weer zin in om ook van 2013 een bijzonder jaar te maken.

Ik wens u fijne feestdagen en een gezond 2013!

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl



# Maatschappelijk handelen

## Het vermogen om je vak te overstijgen

*Jos Konings in gesprek met Annemieke Beylevelt*

Annemieke Beylevelt (55 jaar) deed, na bijna tien jaar als huisarts in Den Haag te hebben gewerkt, midden negentiger jaren haar eerste werkervaringen op als arts in een Rijswijks verpleeghuis. Die ervaring wakkerde haar al eerder als huisarts opgedane enthousiasme voor de ouderenzorg verder aan. Zij besloot tot verdieping en volgde in de periode 1996-1998 de opleiding tot verpleeghuisarts bij GERION in Amsterdam. Na de afronding van de opleiding combineerde zij in de eerste jaren het klinisch-praktische werk als arts met een managementfunctie. In 2002 maakte zij de keuze zich voortaan geheel aan het management te wijden. Enkele jaren later fuseerde de instelling waar zij werkzaam was met een aantal andere Haagse zorginstellingen en de thuiszorg tot het huidige Florence. Vanaf 2007 vervulde zij daar de functie van regiodirecteur. Sinds een jaar is binnen Florence het accent verschoven van regionaal naar inhoudelijk product-marktcombinatiedenken. Vanaf dat moment vervult zij de functie van directeur met als speciale aandachtsgebieden de geriatrische revalidatie en bijzondere doelgroepen zoals bijvoorbeeld gerontopsychiatrie en jong dementerenden. Deze brede ervaring maakt Annemieke bij uitstek geschikt om haar aan het woord te laten over de competentie 'maatschappelijk handelen' uit het Verenso-beroepsprofiel.

### INHOUD GEVEN AAN DE COMPETENTIE

Over een aantal aspecten van de in het beroepsprofiel geformuleerde tekst onder deze competentie ben ik wel wat verbaasd. Het herkennen van determinanten van de gezondheid van patiënten, het identificeren van risicogroepen, het stimuleren van copingvaardigheden en deelname in de besluitvorming zijn immers aspecten die deel uit moeten maken van het gewone dagelijkse medisch handelen. Deze aspecten onderbrengen bij de competenties 'medisch handelen' en/of 'communicatie' zou meer voor de hand liggend zijn geweest. De vraag is of belangenbehartiging namens patiënten wel op het bordje van de arts zou moeten liggen en niet veel beter aan henzelf, hun vertegenwoordigers, cliëntenraden en – organisaties kan worden overgelaten.

De competentie 'maatschappelijk handelen' roept bij mij associaties op met het in beschouwing nemen van de positie die wij thans als beroepsgroep hebben in het maatschappelijke speelveld van de gezondheidszorg. Het stemt mij tot nadenken over hoe de rol en positie van specialisten oude-



rengeneeskunde over vijf jaar eruit zou kunnen zien. Wat is onze toegevoegde waarde op dit moment en hoe zou die kunnen zijn in de toekomst? Hoe onderscheiden wij ons van andere medisch specialisten en in het bijzonder van de klinisch geriater? Wat hebben wij huisartsen te bieden en hoe willen wij de samenwerking met hen inhoud geven?

We staan als beroepsgroep nog steeds op een van de onderste treden van de hiërarchische artsenladder. Ondanks de sterk toegenomen aandacht voor de ouderenzorg en ouderengeneeskunde hebben we nog steeds geen vanzelfsprekende plek verworven. Wel binnen de intramurale verpleegsetting voor de chronische zorg en de geriatrische revalidatie, maar nog onvoldoende als consulent of medebehandelaar voor de huisarts in de eerste lijn. Ik heb zelf ervaren, en dat ook bij collega's gezien, dat er tien jaar geleden meer formatieruimte was of genomen werd om consulten te doen op verzoek van de huisartsen, dan in de laatste jaren. Terwijl we juist in de laatste jaren als beroepsgroep die consultatieve rol in de eerste lijn voor specialisten ouderengeneeskunde hadden moeten opeisen.

### ENTHOUSIASTE COLLEGA'S NODIG

Er is een substantieel aantal collega's dat zich beter thuis lijkt te voelen bij het intramurale werk. Om de samenwerking in de eerste lijn te laten slagen, hebben we enthousiaste specialisten ouderengeneeskunde nodig, die zonder enige drempelvrees en met overtuiging onze meerwaarde voor de kwetsbare oudere, ook in de thuissituatie, voor het voetlicht weten te brengen. Dit kan, vanuit een holistisch perspectief, door met kennis van zaken en een multidisciplinaire aanpak, adviezen te geven die de patiënt én de huisarts verder helpen. Dat geldt ook voor de samenwerking met specialisten in het ziekenhuis, bijvoorbeeld bij geriatri-



sche revalidatiezorg. Er zijn in het land goede voorbeelden, noem het best practicesituaties, waar die samenwerking door visie, overtuiging van eigen kunnen en met oog voor de noodzaak van duurzame samenwerkingsrelaties goed gestalte heeft gekregen. Het zou inspirerend zijn om in het komende jaar een tijdschriftnummer te maken over een aantal van die best practices.

## GENERALIST VERSUS SPECIALIST

Om een waardevolle consulent te kunnen zijn is het noodzakelijk dat we op een aantal terreinen binnen de ouderenzorg experts zijn of moeten worden. Dat houdt in dat we onze inhoudelijke kennis moeten verdiepen, onze interventies kunnen staven met (wetenschappelijk) onderzoek en onze vaardigheden om kennis over te brengen en te adviseren moeten vergroten. Kortom, verdere professionalisering. Dit kan op allerlei terreinen binnen de ouderenzorg, bijvoorbeeld op het gebied van de geriatrische revalidatie, psychogeriatricie of gerontopsychiatrie. De opleidingen tot kaderarts zijn daarbij een goede ontwikkeling.

### *Hoeveel generalist moet je blijven om een goede specialist te worden?*

Het is belangrijk daarbij de generalistische geriatrische blik niet te verliezen en onze meerwaarde, namelijk weten wanneer je moet stoppen met behandelen en met de patiënt toewerken naar een evenwichtig levenseinde, te behouden. De crux is hoeveel generalist je moet blijven om ook een goede specialist te kunnen worden. Daarnaast is het de kunst om met de meer klinisch werkende en op diagnostiek gerichte klinisch geriaters niet in een domeinstrijd te komen. Er zijn sterke overeenkomsten over de uitgangsvisie, dus ook hier is samenwerken geboden. Intensievere samenwerking met klinisch geriaters kan ook leiden tot meer helderheid over beider beroepsprofielen.

## PR EN MARKETING INZETTEN

Als je vindt dat je wat toe te voegen hebt aan de ervaren kwaliteit van leven en de gezondheid van ouderen, zal je dat ook voor het voetlicht moeten brengen. Daar zijn we te bescheiden in geweest. Het opzetten van een goede PR-strategie, is een vak apart. Voorwaarde blijft dat je een relevant verhaal te vertellen hebt. Er is niets mis mee marketingdeskundigen in te schakelen om ons daarbij te laten adviseren. Met heldere doelen voor ogen moet je het slim aanpakken en onder meer effectief gebruik maken van social media om het vak neer te zetten en maatschappelijk gezien brede bekendheid te krijgen. Een duidelijke positionering is ook nodig om aantrekkelijk te zijn voor jonge collega's die nog een specialisatie moeten kiezen. Zonder enthousiaste en krachtige aanwas zou de toekomst er wel eens somber uit kunnen zien.

Wat is nu die competentie maatschappelijk functioneren of wat zou die moeten inhouden? Je beschikt, naast kennis van zaken, over het vermogen om vakoverstijgend te denken en hebt de (sociale) vaardigheden te adviseren en, samen met collega's uit andere vakgebieden, op een constructieve manier te werken aan oplossingen voor de complexe problematiek van individuele patiënten of patiëntengroepen. Daarbij houd je rekening met toenemende extramuralisering en andere maatschappelijke ontwikkelingen. Daarvoor is een onderzoekende geest noodzakelijk, proactiviteit vereist en - om op basis daarvan tot verandering te komen - de inzet en kracht om te innoveren.

We kunnen er niet vanuit gaan dat al onze collega's nu al over deze competenties beschikken. Het uitlichten van een aantal aansprekende rolmodellen kan tot inspiratie dienen om de competentie 'maatschappelijk functioneren' verder te verdiepen.

Correspondentieadres  
jkonings@zuweezorg.nl

# Kaderopleidingen. Is dat nu nodig?

Drs. Cora A.M. Ritmeijer, stafdocent Gerion en specialist ouderengeneeskunde Zwolle

## INLEIDING

De specialist ouderengeneeskunde is van oudsher een generalist, die met een brede en vooruitziende blik de regie voert over de medische zorg aan kwetsbare ouderen in verpleeghuizen en de laatste jaren ook steeds meer in verzorgingshuizen en in de thuissituatie.<sup>1</sup> De specifieke aanpak van de specialist ouderengeneeskunde wordt vooral gekenmerkt door een functionele, probleemgerichte en multidisciplinaire benadering. Door toename van kennis over verschillende chronische aandoeningen met de bijbehorende beperkingen, complicaties en prognose op oudere leeftijden en de uitbreiding van extramurale taken, is zijn werkterrein bijna niet meer te overzien. Binnen de beroepsgroep is daarom behoefte ontstaan om op verschillende aandachtsgebieden specifieke kennis en vaardigheden te verwerven, een trend die ook in de huisartsgeneeskunde al langer zichtbaar is.

In deze bijdrage wordt de opzet van de kaderopleidingen en de rolontwikkeling van de kaderarts besproken. De discussie in de beroepsgroep over de wenselijkheid van het onderscheiden van aandachtsgebieden wordt aangestipt.

### *Een kaderarts zal altijd als generalist blijven denken en handelen*

In de afgelopen tien jaar hebben de aandachtsgebieden zich meer uitgedifferentieerd. Zo ontstonden de kennisdomeinen palliatieve zorg, psychogeriatric, geriatrische revalidatie, opleiden en sinds kort ook werken in de eerste lijn. Successievelijk zijn er rond die aandachtsgebieden kaderopleidingen ontwikkeld. Versterking van de deskundigheid in de ouderenzorg is hierbij het centrale uitgangspunt geweest. In eerste instantie waren de specifieke aandachtsgebieden niet voor iedereen binnen de beroepsgroep een vanzelfsprekendheid. Zou de inhoud van de kaderopleidingen niet gewoon tot het basispakket van de beroepsopleiding moeten behoren? Er bestond de vrees dat deze kaderartsen als een soort superspecialisten zouden gaan werken, een proces dat ook bij de medisch specialisten heeft plaatsgevonden. Uiteindelijk waren de volgende uitgangspunten doorslaggevend: een kaderarts zal altijd als generalist blijven denken en handelen en de competenties van de kaderarts op het betreffende aandachtsgebied stijgen ver boven het eindniveau van de beroepsopleiding uit. Tijdens de algemene ledenvergadering van Verenso op 27 november 2009 hebben de leden ingestemd met het ontwikkelen van specifieke aandachtsgebieden en een verenigingsregister.

De eerste kaderopleiding, die in 1999 startte, was een kaderopleiding palliatieve zorg voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde gezamenlijk, georganiseerd door huisartsgeneeskunde AMC in samenwerking met GERION VUmc. Inmiddels draait deze kaderopleiding al voor de zesde keer. In navolging daarvan werden de kaderopleidingen psychogeriatric<sup>2</sup> in 2004 en geriatrische revalidatie in 2006 opgezet, beide georganiseerd door GERION VUmc. Deze drie kaderopleidingen starten eens in de 1,5-2 jaar en zijn zo populair dat er ondanks uitbreiding van de opleidingscapaciteit wachtlijsten zijn ontstaan. In 2010 startte SOON<sup>3</sup> de kaderopleiding voor opleiders. De jongste telg is de kaderopleiding 'specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn', die in januari 2012 gestart is in het LUMC. Inmiddels zijn er heel wat specialisten ouderengeneeskunde die de kaderopleidingen met succes hebben afgerond: 59 voor de palliatieve zorg, 78 voor de psychogeriatric en 63 voor de geriatrische revalidatie. De laatste jaren spreken we van kaderartsen, ook al is het nog geen geregistreerde kwalificatie zoals bij de huisartsen.

## EXPERT

Wat is de meerwaarde van kaderartsen in de praktijk? Wat kunnen kaderartsen betekenen voor een (verpleeghuis-) organisatie? In het navolgende wordt ingegaan op de drie verschillende rollen die de kaderarts vervult.

Allereerst beschikt de kaderarts over expertise en competenties op het betreffende aandachtsgebied, die hij<sup>4</sup> uitdraagt binnen zijn organisatie en binnen zijn regio, zowel in de directe patiëntenzorg als in de organisatie van de zorg. Van een kaderarts wordt verwacht dat hij zich kan profileren op micro-, meso- en liefst ook op macroniveau (niveau patiëntenzorg, instellingsniveau respectievelijk regionaal/landelijk niveau). Dat betekent dat hij als regisseur van het primaire proces voorwaarden schept voor de behandel-functie (aap<sup>5</sup>), onderhandelt en netwerkt (slang) en trekker is op het gebied van visie en strategie op zijn aandachtsgebied voor de organisatie (olifant). Zo kunnen kaderartsen een voortrekkersrol vervullen door managers te adviseren, binnen regionale of landelijke netwerken te participeren en initiatieven te ondernemen binnen en buiten de eigen organisatie op hun aandachtsgebied. Een paar voorbeelden uit de praktijk van de kaderarts geriatrische revalidatie: op microniveau het schrijven van een handreiking anticoagulantia in post-operatieve situaties; op mesoniveau de invoering van klinimetrie gericht op niveau van functioneren; op macroniveau het ontwikkelen van een revalidatiedagbehandeling in samenwerking met het revalidatiecentrum en het ziekenhuis.

## CONSULENT

Als consulent ondersteunt de kaderarts zijn collega's binnen de organisatie, maar vooral ook huisartsen<sup>6</sup> en medisch specialisten door gericht advies te geven naar aanleiding van vragen over zowel individuele patiënten als over organisatie van diagnostiek en zorg. Dit vraagt specifieke competenties op het gebied van consultatie geven. Een paar voorbeelden. Een huisarts vraagt een kaderarts palliatieve zorg hoe hij bij een thuiswonende vrouw met een gevorderde dementie en een gemetastaseerd mammacarcinoom adequate terminale zorg kan leveren. Een chirurg vraagt een kaderarts psychogeriatricie om mee te denken over het voorkomen en behandelen van postoperatief delier bij ouderen op zijn afdeling.

## DOCENT

De kaderarts heeft geleerd op effectieve wijze onderwijs op zijn aandachtsgebied te verzorgen voor collega's binnen en buiten de organisatie. Daarnaast valt op dat er steeds meer kaderartsen publiceren of aan het promoveren zijn op hun aandachtsgebied: drie kaderartsen zijn gepromoveerd en zes zijn er mee bezig. Van de circa 1.550 specialisten ouderengeneeskunde zijn er in de afgelopen 20 jaar ongeveer 40 gepromoveerd, waarvan een groot aantal *niet* op een ouderengeneeskundig onderwerp.

## MEESTERSCHAP OVER DE EIGEN OPLEIDING

In navolging van de modernisering binnen de medische beroepsopleidingen zijn vanaf 2009 ook de kaderopleidingen vernieuwd met als doel: verbetering van kwaliteit en doelmatigheid. Deze kwaliteitsslag is voor elke kaderopleiding gemaakt in nauwe samenwerking met de onderwijskundigen en de betrokken stafdocenten. Door de competentiegerichte vormgeving is er ook betere aansluiting op de competenties van de beroepsopleiding (CanMeds<sup>7</sup>). De competenties bestaan uit een combinatie van kennis, inzicht, vaardigheden, motivatie, houding en persoonskenmerken en zijn ontwikkeld vanuit kritische beroepssituaties in de praktijk van het betreffende aandachtsgebied. Deze competenties zijn essentieel om effectief te kunnen handelen in de beroepspraktijk en zijn tevens het fundament en het referentiekader bij toetsing en beoordeling van de deelnemers. De nadruk ligt meer op leren in de praktijk door praktijkopdrachten dan op 'passief' leren tijdens de cursusdagen. De cursisten worden door het werken in mentorgroepen krachtig gestimuleerd om de verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen leerproces, een vorm van meesterschap.

## REGISTER

Kaderartsen verdienen een officiële kwalificatie. Bij de huisartsen bestaan al diverse registers voor kaderartsen, beheerd door het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden<sup>8</sup> (LHV/NHG). Binnen onze beroepsgroep zal Verenso de registers beheren. Met deze registers kan Verenso de kwaliteit van specifieke ouderenzorg door kaderartsen borgen, (regionale) kwaliteitsverbetering op spe-

cifieke aandachtsgebieden ondersteunen en andere partijen duidelijkheid geven over de competenties van de betreffende kaderartsen. Een werkgroep van Verenso heeft voor de kaderopleidingen toelatingseisen en voor de kaderartsen (her-) registratiecriteria opgesteld. Vervolgens hebben de onderwijskundigen en de stafdocenten van de kaderopleidingen veel werk verzet om aan deze toelatingseisen te voldoen. Naar verwachting zal de kaderopleiding psychogeriatricie binnenkort als eerste haar register openen.

## BEHOEFTERAMING

Met de toenemende behoefte aan expertise binnen de ouderenzorg zal elke verpleeghuisorganisatie, afhankelijk van de functiedifferentiatie, de grootte van de instelling en het aantal locaties, behoefte hebben aan een paar kaderartsen. De schatting is dat met 350 verpleeghuisorganisaties in Nederland er minimaal 700 kaderartsen nodig zijn. Inmiddels hebben 200 specialisten ouderengeneeskunde een kaderopleiding gevolgd. Van hen zou niet iedereen meer als kaderarts in het betreffende aandachtsgebied werkzaam zijn. Bij de (her-)registratie zal pas blijken hoeveel van hen de officiële titel van kaderarts mogen dragen. De verwachting is dan ook dat er de komende jaren nog veel belangstelling zal zijn voor de kaderopleidingen.

## SAMENVATTING

Binnen de ouderengeneeskunde is de kaderarts expert op een specifiek aandachtsgebied. Er bestaan momenteel vijf aandachtsgebieden: palliatieve zorg, psychogeriatricie, geriatrische revalidatie, opleiden van aios en werken in de eerste lijn. De kaderarts vervult daarbij de rol van voortrekker, consulent, docent en soms van wetenschapper. Hij blijft echter altijd denken en handelen als een generalist ouderengeneeskunde. Binnenkort opent Verenso het verenigingsregister voor kaderartsen.

## LITERATUUR/NOTEN

1. NvVV, NVSG. *Nota takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriatr 2003.*
2. Verburg D. *Kaderopleiding psychogeriatricie voor de specialist ouderengeneeskunde. Tijdschr v Ouderengeneeskunde 2010; 4: 205-208.*
3. <https://www.soon.nl/opleiders/>
4. Waar 'hij' staat kan 'hij/zij' gelezen worden.
5. Zie *Management leergang voor specialisten ouderengeneeskunde 'De aap, de slang en de olifant' van GERION VUmc.*
6. LHV Huisartsenkring Midden-Nederland. *Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde; de mogelijkheid van consulteren september 2012.*
7. Verenso. *Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde 2012.*
8. <http://chbb.artsennet.nl/opleidingen-1.htm>

Correspondentieadres  
cora.ritmeijer@vumc.nl

# Kwaliteitseisen

## Voor optimale patiëntenzorg

Lauri Faas, Pieter le Rütte

Meer dan ooit zal de specialist ouderengeneeskunde zich moeten afvragen of zijn verslaglegging begrijpelijk en toegankelijk is voor andere hulpverleners. En in hoeverre privacyaspecten gewaarborgd zijn. De wisselende organisatorische omstandigheden waarin de specialist ouderengeneeskunde werkzaam is en de verschillende vormen van samenwerking met andere artsen en zorgverleners stellen in inhoudelijk opzicht geen andere eisen aan de verslaglegging, maar de vorm waarin de verslaglegging plaatsvindt wordt wel een andere. Het elektronisch patiëntendossier wordt steeds belangrijker.

Voordelen van een elektronisch patiëntendossier in vergelijking met de papieren variant is dat zorgverleners vanaf verschillende locaties het dossier kunnen inzien, dat duidelijk voor zorgverleners is wat de centrale informatiebron is, dat verschillende zorginformatiesystemen gekoppeld kunnen worden en dat de toegang gedifferentieerd kan worden. Ook kunnen fouten door het verkeerd interpreteren van een handschrift vermeden worden. Het elektronisch patiëntendossier draagt hiermee bij aan correcte, actuele dossiervorming en goede overdrachtsmogelijkheden. Zorgverleners hebben snel de juiste informatie over de patiënt en het ondersteunt de samenwerking tussen de verschillende disciplines. Het elektronisch patiëntendossier raakt hiermee de kern van een van de competenties waaraan specialisten ouderengeneeskunde volgens hun opleidingseisen moeten voldoen: 'de specialist ouderengeneeskunde gebruikt informatietechnologie voor optimale patiëntenzorg...'.

Uitdagingen zijn er natuurlijk ook, anders zouden alle zorgverleners van Nederland al lang met een goed functionerend landelijk elektronisch patiëntendossier werken. Na het hierboven zo mooi geschetste theoretische plaatje volgt al snel de vraag hoe je binnen je eigen organisatie aan een systeem komt dat aan alle wensen voldoet. Natuurlijk hebben we allemaal wel een beeld van wat het systeem zou moeten kunnen, maar met welke leverancier ga je in zee en hoe formuleer je de eisen van het systeem zodat je in de praktijk ook daadwerkelijk kan werken zoals je had bedoeld? In hoeverre kunnen verschillende systemen echt 'met elkaar praten', zodat je als zorgverlener geen handelingen dubbel hoeft te doen of alsnog naar pen en papier moet grijpen?

De tijd is rijp om vanuit de beroepsgroep kwaliteitscriteria vast te leggen voor het elektronisch patiëntendossier. Criteria die zich richten op de specifieke kenmerken van de ouderengeneeskunde, standaardisering en kwaliteit.

### SPECIFIEK OUDERENGENEESKUNDE

Het dossier in een verpleeghuis is nu vaak opgebouwd uit verschillende mappen van ondermeer de verpleging/verzorging, de fysiotherapeut en de arts. Iedere zorgverlener legt in zijn eigen map/dossier vast wat voor de zorgrelatie met zijn patiënt van belang is. Het dossier is vaak meer gericht op de zorgverlener dan op de patiënt. In de huidige situatie is het lastig de dwarsverbanden tussen de verschillende dossiers te bewaken, terwijl die juist van belang zijn. Ouderengeneeskunde heeft bij uitstek een multidisciplinair karakter. Behandelaren werken intensief samen en het is nodig dit in de opbouw van het medisch dossier tot uitdrukking te brengen.

De specialist ouderengeneeskunde werkt daarnaast op steeds meer verschillende locaties en bij patiënten thuis. Onder alle omstandigheden blijft het de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde om te kunnen instaan voor de betrouwbaarheid van de gegevens die door hem geregistreerd worden.

### STANDAARDISERING

Standaardisering is noodzakelijk voor de uitwisseling van gegevens. Door standaardisering kan samenhang tussen verschillende dossiers worden aangebracht en kunnen gegevens eenvoudiger aan elkaar worden gekoppeld, binnen een instelling en tussen verschillende instellingen en zorgverleners. Voorkomen kan worden dat gegevens meerdere keren moeten worden ingevuld en het wordt gemakkelijker om gegevens op eenduidige wijze te registreren.

### KWALITEIT: PROGRAMMA VAN EISEN

Verenso heeft een programma van eisen ontwikkeld voor een Ouderengeneeskunde Informatie Systeem (OIS). De geformuleerde eisen zijn bedoeld om het werk van de specialist ouderengeneeskunde te ondersteunen. Het OIS moet ten minste het patiëntendossier, de patiëntenadministratie en het praktijkdossier bevatten. Werkt de specialist ouderengeneeskunde voor een instelling, dan moet het bovendien koppelbaar zijn met het bedrijfsadministratiesysteem en het Elektronisch Cliënt Dossier (ECD) van de organisatie waar hij voor werkt.<sup>1</sup>

Volgens het programma van eisen moet het patiëntendossier worden ingericht op basis van episodes. In een episode worden de relevante medische gegevens over één gezondheidsprobleem in chronologische volgorde samengebracht. Een episode die extra aandacht behoeft kan een attentievlag krij-

gen voor extra nadruk. Binnen het dossier komt het multidisciplinaire karakter van ouderengeneeskunde tot uitdrukking door direct afspraken met andere behandelaars te kunnen maken, afspraken te kunnen bewaken en de vorderingen in te kunnen zien die de verschillende behandelaars maken.

### *Verenso ondersteunt haar leden door het certificeren van softwarepakketten*

Het behandelplan maakt onderdeel uit van het patiëntendossier. Met het OIS moet het ondermeer mogelijk zijn om het actueel behandelplan en de historie in te zien en een overzicht te genereren van medische basisgegevens, labuitslagen, actuele en historische meetgegevens (bloeddruk, pols, temp) en een overzicht van alle betrokken disciplines. Het praktijkdossier bevat volgens het programma van eisen functies die op de gehele praktijk betrekking hebben. Het gaat dan om gegevens van meerdere patiënten, bijvoorbeeld voor het maken van oproeplijsten voor de griepvaccinatie en overzichten voor wetenschappelijk onderzoek. Het systeem moet naast medicatieoverzichten en elektronisch voorschrijven ook medicatiebewaking ondersteunen. Tot slot is ook het ondersteunen van samenwerking een belangrijk onderdeel van het OIS. Denk hierbij aan waarnemingsituaties (overdracht, toegang tot dossiers, automatisch bericht aan waargenomen collega) en alle onderlinge communicatie over een patiënt tussen de verschillende behandelaars.

### CERTIFICERING DOOR VERENSO

Leveranciers van softwarepakketten kunnen hun pakket ter toetsing aanbieden aan Verenso. Verenso zal vervolgens door een commissie van deskundige specialisten ouderengeneeskunde het pakket laten toetsen aan het programma van eisen. Na goedkeuring wordt het pakket gecertificeerd en de leden van Verenso worden hierover geïnformeerd. Door duidelijkheid te verschaffen of een bepaald pakket wel of niet gecertificeerd is en daarmee aan een minimale standaard voldoet, hoopt Verenso haar leden op weg te helpen in hun zoektocht naar een systeem dat optimale patiëntenzorg ondersteunt.

Het programma van eisen van het OIS vindt u op de website van Verenso [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl). Binnenkort volgt een overzicht van door Verenso gecertificeerde leveranciers.

### LITERATUUR

1. *In 2007 is door ActiZ een definitief Programma van Eisen voor een Elektronisch Cliënt Dossier (ECD) geformuleerd.*

Correspondentieadres  
[plerutte@verenso.nl](mailto:plerutte@verenso.nl)



# Taakdelegatie

## Door alle competenties heen

Drs. René M. Boeren, specialist ouderengeneeskunde, Zorgpartners Midden - Holland

Toen mij werd gevraagd iets te schrijven over taakdelegatie in relatie tot de competenties van een specialist ouderengeneeskunde was ik daartoe meteen bereid. Het onderwerp spreekt mij zeer aan. Sinds drie jaar werken wij binnen de vakgroep artsen met verpleegkundig specialisten. Zij zijn toegevoegd aan de medische dienst en verzorgen samen met de specialist ouderengeneeskunde de medische zorg op verschillende afdelingen. Hiertoe is een degelijke functiebeschrijving opgesteld. Ook beschikken we over een goed formularium, protocollen en richtlijnen, waarin veel aandacht wordt besteed aan duidelijke afspraken over verantwoordelijkheid en supervisie.

Binnen onze beroepsgroep loopt al jaren een discussie over het moeten uitvoeren van activiteiten waarvoor wij te hoog gekwalificeerd zijn, het niet toekomen aan onze werkelijke expertise en het niet verder kunnen ontwikkelen daarvan. Bij een tekort aan geregistreerde beroepsgenoten, maar nog belangrijker de verdere ontwikkeling en professionalisering van ons vak, is dit onwenselijk. Veel meer patiënten zouden gebruik moeten kunnen maken van onze specifieke expertise, zowel intramuraal als in de eerste lijn, want daaraan is enorm veel behoefte. Een van de voorwaarden om deze expertise te kunnen bieden, onderhouden en verder te ontwikkelen is dat minder gecompliceerde aspecten van ons werk worden gedelegeerd aan andere professionals. Dat moet dan natuurlijk wel goed en verantwoord gebeuren, want kwaliteit staat voorop.

### *Verandering gaat altijd samen met het loslaten van oude gewoonten*

Een ontwikkeling als deze vraagt de nodige aanpassing van de werk- en denkwijze van de specialist ouderengeneeskunde. De sociaal geriaters is dit niet vreemd. Zij delegeren immers al langer taken aan SPV-ers. Delegeren van taken bij behoud van eindverantwoordelijkheid vraagt het nodige van professionals. Mijn ervaring is dat er vaak in meer of mindere mate sprake is van angst voor loslaten, delen van verantwoordelijkheid en verlies van regie. Enkelen verkeren zelfs in de veronderstelling dat taakdelegatie een bedreiging kan zijn voor het voortbestaan van ons vak. Verandering gaat altijd samen met het loslaten van oude gewoonten zonder dat de nieuwe zijn ingesleten. Dat geeft een gevoel van onzekerheid.

Alleen puur medische kennis is niet voldoende om dergelijke ontwikkelingen het hoofd te bieden. Het is dan ook niet voor niets dat de opleiding zich tegenwoordig richt op het ontwikkelen van veel meer competenties. Taakdelegatie raakt naar mijn mening aan meerdere van deze competenties. Zonder efficiënte *communicatie* is taakdelegatie onmogelijk. Als je iets aan een ander delegeert moet je ook duidelijk kunnen maken wat je van die ander verwacht. Er moet voldoende gelegenheid zijn voor overleg, evaluatie en feedback.

Dit vraagt dus om goed *samenwerken*, waarbij onderling vertrouwen essentieel is. Er moet sprake zijn van onderling respect en beide partijen moeten zich verantwoordelijk voelen voor het eindresultaat. Taakdelegatie is een vorm van teamwork en heeft niets te maken met het afschuiven van werk. Een specialist of expert moet in staat worden geacht door anderen adequaat aangeleverde informatie tot een sluitend geheel te maken en daarmee tot een advies of oordeel te komen. Een dergelijke manier van werken maakt dat er vaker en intensiever beroep wordt gedaan op onze specifieke expertise, iets wat wij als academisch geschoolde *professionals* toch moeten toejuichen. Alleen op deze manier kan deze expertise ten goede komen aan 'alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen, waar zij zich ook bevinden'. Dat is immers al lange tijd ons devies. Dit is ook een vorm van goed *maatschappelijk handelen*, ook een van de kerncompetenties. Profileren in de eerste lijn, consultatie, samenwerking met huisarts en ziekenhuis, we praten er veel over, maar het zal nu toch echt moeten gaan gebeuren!

Taakdelegatie, met alle nieuwe facetten die dat met zich meebrengt, heeft mijn werk verrijkt. Als opleider van onze eerste verpleegkundig specialist heb ik allereerst ervaren dat er niets zo leuk is als je eigen kennis te delen. Het is goed om je weer eens af te vragen waarom je allerlei zaken nu feitelijk doet en waarom zoals je dat doet. Ook kom je er achter dat die ander een aantal dingen veel beter kan dan jij dat zelf kan. Denk bijvoorbeeld aan het protocollair werken. Iets wat wij altijd voorstaan, maar waar we echt niet altijd zo sterk in zijn. Een verpleegkundig specialist kan dat wellicht veel beter. Iets waar wij dan weer ons voordeel mee kunnen doen. Panklare informatie, volledig, adequaat en meteen klaar om mee aan de slag te gaan. Wat is er nu mooier dan dat? Eindelijk kunnen nadenken over die complexe problematiek met alle puzzelstukjes voorhanden en dat bij meer patiënten dan dat dit eerder lukte.

Daarnaast is er zo ook iemand onder handbereik die je kan ondersteunen bij nog beter en vollediger informeren van patiënt en vertegenwoordiger. Patiënten blijken met deze manier van werken erg tevreden te zijn. Zij worden goed gehoord, hun problematiek wordt goed in kaart gebracht en vervolgens krijgen zij adequate behandeling en begeleiding die hen ook nog eens goed wordt uitgelegd. Ook de samenwerking met de verzorging verloopt beter en efficiënter, mede door betere continuïteit op de afdeling en communicatie in de 'eigen' taal. Het is goed om te zien dat specialisten in het ziekenhuis geen enkel probleem blijken te hebben met overleg met een verpleegkundig specialist die gedegen overleg heeft gevoerd met de supervisor. Ook insturen van patiënten lukt onder deze voorwaarden prima.

Voor mij heeft dit het mogelijk gemaakt meer aandacht te besteden aan het uitbreiden van consultatie binnen de eerste lijn, het vergroten van de totale caseload en het ontwikkelen en uitrollen van de geriatrische revalidatie. Mijn eigen expertise kan ik nu uitbreiden door een kaderopleiding te doen en tegen die achtergrond als consulent en deskundige te functioneren binnen de eigen organisatie, maar ook in de eerste lijn en in het ziekenhuis.

Toch overweegt, naast al deze deels praktische overwegingen, het enorme plezier wat ik heb in deze vorm van samenwerking. Het karakter ervan is toch anders dan dat van het ons al langer bekende multidisciplinaire samenwerken. Het raakt meer aan je eigen functioneren, biedt meer inzicht in eigen sterke en zwakke kanten, maar draagt zeker ook bij aan je eigen verdere professionalisering. Naar mijn idee kom ik nu meer toe aan de essentie van het werk, er wordt meer beroep gedaan op mijn expertise, waarmee ook de behoefte toeneemt deze weer uit te breiden. Veel collega's met vergelijkbare ervaring geven aan dit te herkennen. Ik kan iedere specialist ouderengeneeskunde dan ook van harte aanbevelen: zoek naar mogelijkheden om enkele taken te delegeren, durf te vertrouwen, los te laten en het werk te delen. Dat opent de deur naar groei, uitdaging en verdere professionalisering!

Correspondentieadres  
rene.boeren@zorgpartners.nl

## Ereleden

Tijdens het Verenso jaarcongres op 29 november jl. zijn er vier ereleden benoemd. Het erelidmaatschap komt de heren Cools, Theeuwes, Ribbe en Van der Wedden toe, omdat zij zich jarenlang hebben ingezet voor de vereniging, diverse belangrijke functies binnen de vereniging hebben uitgeoefend en zich hebben ingespannen om het vakgebied van het specialisme ouderengeneeskunde te professionaliseren en de verworvenheden daarvan in de samenleving uit te dragen.



Prof. dr. H.J.M. Cools.



Drs. C.J.G. Theeuwes.



Mr. drs. D.A.A. van der Wedden.



Prof. dr. M.W. Ribbe.

# Taakherschikking en taakdelegatie

Brenda Nijland, verpleegkundig specialist chronische zorg bij somatische aandoeningen, Florence locatie Westhoff te Rijswijk  
Ingrid Kroon, 1<sup>e</sup> geneeskundige-specialist ouderengeneeskunde, Florence locatie Westhoff te Rijswijk

In 2006 is Brenda Nijland begonnen met de opleiding Master in Advanced Nursing Practice (MANP) aan de Hogeschool Leiden. Zij heeft als eerste binnen verpleeghuis Westhoff van organisatie Florence de opleiding gevolgd. Als vooropleiding was de opleiding HBO-V en minimaal 2-3 jaar werkervaring een voorwaarde. Bij het starten van de opleiding tot MANP, tegenwoordig de opleiding tot verpleegkundig specialist (VS), was het duidelijk dat de functie als nurse practitioner (NP) een pioniersfunctie was. Het was in Nederland een vrij 'nieuwe' functie binnen de gezondheidszorg en de inhoud van de functie was nog niet bij alle gezondheidsorganisaties bekend, zo ook niet bij Florence.

Taakherschikking en taakdelegatie werden binnen de organisatie gecreëerd door deze nieuwe functie. De specialisten ouderengeneeskunde hadden nu de mogelijkheid om kritisch naar hun takenpakket te kijken. Dit was en is een proces van loslaten en vernieuwen. Na het eerste jaar van haar opleiding had zij wederzijds vertrouwen gekweekt bij de collega-artsen en managers. Naar haar mening is vertrouwen de kern van de functie. Zonder vertrouwen is het delegeren van taken heel lastig, vooral omdat de eindverantwoordelijkheid bij de arts ligt.

De afgelopen jaren heeft de Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) heel hard gestreden voor zelfstandigheid en eindverantwoordelijkheid binnen de functie als verpleegkundig specialist. Sinds 1 januari 2012 zijn de wettelijke regelingen rondom de verpleegkundig specialist door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport erkend.

Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die, op basis van een door de NVAO-geaccrediteerde masteropleiding en ervaring op het niveau 5, wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee zij individuele behandelrelaties aangaat. Vanuit het perspectief van de patiënt worden care en cure geïntegreerd aangeboden ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel verpleegkundige zorg als medische behandeling. Het vermogen tot zelfmanagement en de kwaliteit van leven staan hierbij centraal. Op basis van klinisch redeneren (anamnese, lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek, aanvullende diagnostiek) komt de verpleegkundig specialist tot een diagnose. In aansluiting hierop past zij evidence-based interventies toe, indiceert en verricht zij voorbehouden handelingen. Verpleegkundig specialisten leveren een bijdrage aan de deskundigheidsbevordering van eigen en andere disciplines

en aan de kwaliteit van de zorg. De titel 'verpleegkundig specialist' is een wettelijk beschermde titel en uitsluitend voorbehouden aan diegenen die aan de hierboven omschreven definitie voldoen.

De verpleegkundig specialist staat ingeschreven in het specialistenregister (Artikel 14) van de Wet BIG. Door het in werking stellen van het experimenteel artikel 36a met de daarbij behorende AMvB op 1 januari 2012 kan de verpleegkundig specialist een zelfstandige behandelrelatie aangaan met een patiënt.

(Bron: V&VN VS factsheets, 2012)

Momenteel wordt er veel onderzoek gedaan naar de invulling van het beroep van de verpleegkundig specialist, zodat het experimenteelartikel 36a uiteindelijk vastgesteld kan worden. Dit artikel geldt niet alleen voor de verpleegkundig specialist, maar ook voor de physician assistants (PA). Beide functies hebben dezelfde bevoegdheden. Het verschil tussen deze functies is vaak de vooropleiding, waardoor de opleiding anders is ingericht. De opleiding voor physician assistant duurt twee en een half jaar. De studenten lopen verschillende coschappen in verschillende werkvelden. Een hbo-opgeleide medewerker binnen de gezondheidszorg kan de opleiding tot physician assistant volgen. Denk bijvoorbeeld aan een ergotherapeut. V&VN, KNMG en NAPA (Nederlandse Associatie van Physician Assistants) hebben een handreiking opgesteld over taakherschikking voor onder andere de functies van de verpleegkundig specialist en physician assistant. De handreiking trad per 15 november 2012 in werking.

## DE PRAKTIJK

Brenda werkt samen met een specialist ouderengeneeskunde op een revalidatieafdeling en heeft haar eigen patiënten waar zij verantwoordelijk voor is. Zij maakt onder andere zelfstandig een behandelplan, is regisseur in het MDO-team, verwijst patiënten naar specialisten, overlegt met specialisten en voert de dagelijkse medische zorg uit. Zij heeft een vaste supervisor, waar zij mee overlegt, bijvoorbeeld ingewikkelde casuïstiek of bij het insturen van een patiënt. Het voorschrijven van medicatie is op het moment een 'hot item'. Binnen de organisatie werken twee physician assistants waarmee afspraken worden gemaakt over het voorschrijven van medicatie. De doelgroep binnen het verpleeghuis is erg divers en multimorbiditeit speelt vaak een rol. Daarom hebben Brenda en de physician assistants

een selectie gemaakt in de diagnoses met de daarbij horende/bestaande evidence-based richtlijnen, waarin zij zich bevoegd en bekwaam achten. Voorbeelden van diagnoses zijn urineweginfecties, anemie, luchtweginfecties, pijn. Binnen de richtlijnen is door hen aangegeven welke medicatie zij zelfstandig willen voorschrijven en/of stoppen. Op dit moment zijn dat 20 medicamenten zoals paracetamol, NSAID's, ferrofumaraat, Furadantine®. Dit voorstel wordt momenteel door de hele vakgroep artsen, 1<sup>e</sup> geneeskundige en apotheker besproken.

## TAAKHERSCHIKKING EN ROL

Ingrid Kroon, 1<sup>e</sup> geneeskundige/specialist ouderengeneeskunde was opleider van Brenda Nijland. Binnen Florence is heel bewust gekozen voor de functie van physician assistant en verpleegkundig specialist. Het doel was om meer tijd en ruimte te genereren voor de hoog specialistische, complexe taken die bij de functie van een specialist ouderengeneeskunde horen.

De verpleegkundig specialist en de physician assistants worden binnen de organisatie ingezet op afdelingen waar somatische kortdurende zorg (reactivering/revalidatie) wordt geboden. Op deze afdelingen is dagelijks een verpleegkundig specialist/physician assistant aanwezig met een vaste specialist ouderengeneeskunde als supervisor. De verpleegkundig specialist en de physician assistant werken als een 'zaalarts' op de afdeling.

Door de verpleegkundig specialist/physician assistant full-time op een kortdurende zorgafdeling in te zetten wordt meer continuïteit geboden dan wanneer de afdeling door een specialist ouderengeneeskunde wordt gedaan die ook nog op andere afdelingen werkzaam is of zelfs op andere locaties. Dit is een groot voordeel voor de verpleging/ verzorging en andere behandelaren en niet in de laatste plaats voor de patiënt. Het nadeel van deze constructie is dat de specialist ouderengeneeskunde deze patiënten niet goed kent en dat kan soms lastig zijn in de beoordeling van een casus.

Een ander voordeel van inzet van een verpleegkundig specialist/physician assistant is de verbindende schakel tussen verpleegkundig en medisch domein. Vooral de verpleegkundig specialist met als achtergrond verpleegkundige niveau 5 geeft een verdieping en kwaliteitsverbetering in de zorg en behandeling aan onze zeer complexe doelgroepen. Binnen Florence heeft men verpleegkundige niveau 5 nu zelfs als voorwaarde gesteld als vooropleiding tot verpleegkundig specialist/physician assistant. De onbekendheid van de functies bij artsen/ specialisten ouderengenees-



Vlnr Ingrid Kroon en Brenda Nijland.

kunde maar ook bij andere disciplines is soms een nadeel. Het kan leiden tot vragen en opdrachten die bij anderen dan de verpleegkundig specialist/physician assistant thuis horen, bijvoorbeeld bij doktersassistenten of verzorgenden/verpleegkundigen. Ook het niet-serieus nemen van de verpleegkundig specialist/physician assistant in zijn verantwoordelijkheden kan een gevolg van onbekendheid van de functie zijn. Zowel door collega's als de patiënt. Juist onze doelgroepen kennen deze 'nieuwe' functies vaak niet en vragen naar de 'echte' dokter. Duidelijke communicatie en PR over deze functies zijn noodzakelijk.

Gezien de complexiteit van de doelgroepen en het werkveld is het moeilijk om binnen een vast omschreven taakgebied c.q. geprotocolleerd te werken. Continue alertheid op bevoegd-, bekwaamheid en verantwoordelijkheden is nodig. Het is noodzakelijk dat de verpleegkundig specialist/physician assistant zijn eigen grenzen kent. De belangrijkste voorwaarden voor succesvolle inzet van een verpleegkundig specialist/physician assistant zijn elkaar kennen, vertrouwen, en zo mogelijk in vaste duo's werken. Zoals Brenda al eerder noemde is het van wezenlijk belang dat de specialist ouderengeneeskunde bereid is taken los te laten. Het vereist reflectie door de specialist ouderengeneeskunde op de eigen taakin-vulling.

Tot slot, taakherschikking is nodig om ook in de toekomst de medische zorg voor kwetsbare ouderen door specialisten ouderengeneeskunde haalbaar te houden. Daarnaast verhoogt het absoluut de kwaliteit van de (medische) zorg voor kwetsbare ouderen. Investeer in elkaar en creëer vertrouwen, zodat we samen de beste zorg kunnen bieden!

Correspondentieadres  
brendanijland@hotmail.com

# Leergang Ouderengeneeskunde

2013

1 februari, 8 maart en 12 april	<b>Persoonlijkheidsproblematiek bij ouderen in zorginstellingen</b> (Gerion) <i>Herkenning, Diagnostiek en Behandeling.</i>
4 t/m 7 februari	<b>Masterclass Spiritualiteit in de Palliatieve Zorg</b> (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Op veel symposia en scholingen over palliatieve zorg wordt aandacht aan spiritualiteit geboden, aanvankelijk was deze masterclass de enige gerichte nascholing op dit terrein. Vanuit de eigen ervaring van de deelnemers op het gebied van palliatief terminale zorg, stervensbegeleiding, rouwverwerking en geestelijke verzorging zoeken we naar een passende invulling van het begrip spirituele zorg in de huidige context van de Nederlandse gezondheidszorg, met specifieke aandacht voor de (ondersteunende) expertrol van geestelijk verzorgers.</i>
14 februari, 21 maart, 11 april, 16 mei en 13 juni	<b>Aan de slag: specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen sterk voor kwetsbare ouderen thuis</b> (Gerion)
14 maart	<b>Rationele Farmacotherapie voor ouderen: als je door de pillen de patiënt niet meer ziet</b> (PAO Heyendael) <i>Eendaagse cursus die u helpt bij het toedienen, op- en afbouwen van geneesmiddelen bij oudere patiënten. Hoe kunt u geneesmiddelen afbouwen, wat zijn de bijwerkingen van vaak voorkomende geneesmiddelen en hoe werken ze op elkaar in? Aan de hand van evidence-based modellen gaat u aan de slag met real-life casuïstiek en krijgt u onder andere door internisten en apothekers inleidingen over effectief en efficiënt geneesmiddelenbeleid. De cursus is bedoeld voor specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, geriateren en apothekers.</i>
8, 9 en 10 april (maandag 8 april vanaf 19.00 uur) 14 en 15 mei en 14 juni	<b>De aap, de slang en de olifant: projectsafari!</b> (Gerion) <i>Leergang projectmanagement voor specialisten ouderengeneeskunde.</i>
12 en 19 april	<b>Denk veilig, kies veilig: farmacotherapie en medicatieveiligheid bij ouderen in instellingen</b> (Gerion)
13 juni	<b>Kleine chirurgische handelingen in het verpleeghuis</b> (PAO Heyendael) <i>In de dagelijkse praktijk wordt u als arts in het verpleeghuis met enige regelmaat geconfronteerd met aandoeningen die met een eenvoudige chirurgische ingreep te behandelen zijn. Het betreft bijvoorbeeld ingegroeide teennagels, wonden en lipomen. In deze praktijkcursus gaat u in de snijzaal met de meest voorkomende ingrepen aan de slag.</i>
19 september	<b>Cicero symposium</b> (Gerion)
September 2013	<b>Kaderopleiding specialist ouderengeneeskunde re lijn</b> (LUMC) <i>De tweejarige opleiding biedt een programma waarin de benodigde aanvullende competenties voor het werken in de eerste lijn worden ontwikkeld en er veel geleerd wordt van voorbeelden uit de praktijk. Er is samenwerking met de NHG Kaderopleiding Ouderengeneeskunde. Een aantal programma-onderdelen zal gezamenlijk gevolgd worden. Voor nadere informatie kunt u zich wenden tot Cora Ritmeijer, c.ritmeijer@planet.nl of Ada Vijfvinkel, a.vijfvinkel@lumc.nl</i>

LEERGANG OUDERENGENEESKUNDE





# Richtlijnen voor auteurs

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

## INDIENEN VAN EEN BIJDRAGE

### Tekst

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

### Taal

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

### Afbeeldingen/tabellen/figuren

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

### Literatuur

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

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

## VERKLARING AUTEURS

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

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

## PROCEDURE BEOORDELING BIJDRAGE

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

## DRUKPROEVEN

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

## PLAATSING

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

## REDACTIEADRES

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

## INLICHTINGEN

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