

38e jaargang no. 2 | april 2013



Potentieel ongeschikt medicatiegebruik

Borstkanker bij kwetsbare ouderen

Nieuwe orale antistollingsmiddelen

Plaveiselcarcinoom aan het oor

Gebruik USER in het verpleeghuis

Het effect van antidepressiva voor depressie bij dementie

verenSo
specialisten in
ouderengeneeskunde

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

Plaveiselcelcarcinoom



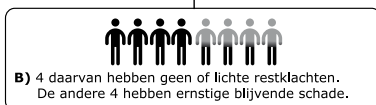
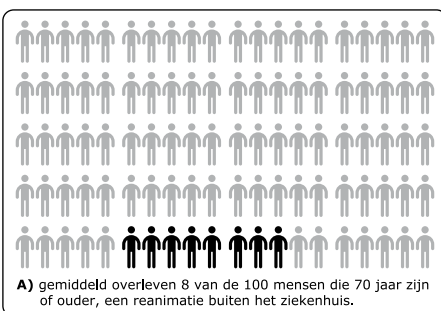
85

Ouderengeneeskunde 2.0



97

Anticiperende besluitvorming over reanimatie



99

In dit nummer

Wetenschap en praktijk

- 67 Potentieel ongeschikt medicatiegebruik
- 71 Borstkanker bij kwetsbare ouderen
- 75 Nieuwe orale antistollingsmiddelen. Winst of verlies?
- 79 Gebruik USER in het verpleeghuis
- 85 Plaveiselcelcarcinoom aan het oor

Boekbespreking

- 74 Farmacotherapie voor de huisarts 2013
- 78 Onderzoek in de gezondheidszorg
- 98 Probleemgeoriënteerd denken in de geriatric

Nieuwe ontwikkelingen

- 87 Best practice: geriatrische revalidatiezorg

Critical Appraised Topic (CAT)

- 88 Natuurlijk beloop van een symptomatische cystitis
- 91 Het effect van antidepressiva voor depressie bij dementie

Actueel

- 93 De AWBZ in de toekomst

Forum

- 104 Reactie op artikel van prof. dr. R.A.C. Roos

Vaste rubrieken

Redactioneel

- 66 Redactioneel

Amuse

- 96 Into D'mentia®

Digitaal

- 97 Ouderengeneeskunde 2.0

Bureau Verenso

- 99 Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen
- 103 Echte mensen

Leergang Ouderengeneeskunde

- 105 Leergang Ouderengeneeskunde

Colofon

Hoofredacteur

Drs. Martin W.F. van Leen

Redactie

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

Eindredactie

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

Redactieadres en inleveren kopij

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

Abonnementen

Abonnement Nederland € 72,50 per kalenderjaar
Abonnement buitenland € 150,00 per kalenderjaar
E-mail: info@dchg.nl

Uitgever, eindredactie en advertenties

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

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© 2013

Redactioneel

Martin van Leen, hoofredacteur



Na een zeer indrukwekkend themanummer over infecties, ligt nu een breed samengesteld nummer voor u, waarin wetenschap en ontwikkelingen in het zorgveld aan de orde komen. Als toegift op het themanummer is een artikel over symptomatische cystitis opgenomen. De aanleiding om hiervoor literatuuronderzoek te verrichten, was dat de risico's van een symptomatische cystitis zonder antibiotische behandeling ook bij de specialisten in het ziekenhuis niet bekend waren. De noodzaak van meten en het beoordelen van effecten van behandelingsstrategieën of medicatie wordt in dit artikel toegelicht.

Er is momenteel veel onrust in ouderenzorgland. Cliënten worden geconfronteerd met veranderingen in het indicatiesysteem. Dit leidt ertoe dat er minder snel beroep gedaan kan worden op professionele zorg. Daarnaast worden cliënten geconfronteerd met hogere bijdragen voor geleverde zorg. Het eigen opgebouwde spaargeld is niet meer vrij besteedbaar en dat voelt als een groot onrecht.

De zorgaanbieders heroverwegen welke zorg, welzijn en behandeling ze willen leveren en tevens kijken naar de financiële gevolgen van de versoering van de AWBZ. Veel bestuurders van met name verzorgingshuizen geven aan in de financiële problemen te komen door het wegvallen van ZZP VV 1 t/m 3 (en mogelijk ook 4). Wonen, zorg en welzijn worden gesplitst en men dient financiering te gaan regelen uit AWBZ en WMO. Ook de betaler van de WMO, de gemeente, krijgt te maken met een budgetkorting.

Door het beschikbaar komen van de nieuwe orale anticoagulantia is er momenteel een forse discussie gaande over de plaats van deze middelen, de positie en rol van de trombosediensten en de beperking van complicaties door deze middelen. Nieuwe anticoagulantia zijn medicijnen die selectief stolling remmen en daardoor minder interacties hebben met voedsel en medicijnen dan vitamine K-antagonisten. Vooralsnog ontbreekt de noodzaak tot frequente controle van bloedspiegels en dosisaanpassing bij de nieuwe anticoagulantia. Dit betekent voor de patiënt een praktische vereenvoudiging van de behandeling. Maar zoals vaker het geval is bij nieuwe middelen, groeit de kennis langzaam over de voor- en nadelen van deze medicatie.

In dit nummer wordt u geïnformeerd over bovenbeschreven (te verwachten) ontwikkelingen. Verder kunt u genieten van onze vaste rubrieken. Ik wens u daarbij veel leesplezier.

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

- Terug naar inhoudsopgave -

Potentieel ongeschikt medicatiegebruik

Bij ouderen die zijn verwezen naar de GGz

Michelle D. Dinkgreve, aios ouderengeneeskunde, Gerion Amsterdam
Dr. Ellen M. Vreeburg, stafdocent Gerion Amsterdam

INLEIDING

Jaarlijks worden veel oudere patiënten opgenomen in het ziekenhuis met bijwerkingen van medicatie.¹ Veel van deze ziekenhuisopnames hadden voorkomen kunnen worden als de medicatie in een eerder stadium kritisch was beoordeeld. Oudere patiënten zijn gevoeliger voor de bijwerkingen van medicatie. Bepaalde medicijnen worden zelfs afgeraden bij ouderen omdat het risico op bijwerkingen niet opweegt tegen het nut ervan. Dit geldt met name als er een effectiever of veiliger alternatief is. Deze potentieel ongeschikte medicijnen (POM) kunnen geïdentificeerd worden door gebruik te maken van screeningslijsten. Een voorbeeld van een screeningslijst is de Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions (STOPP). De STOPP is een gevalideerd screeningsinstrument om het medicijngebruik van patiënten van 65 jaar en ouder te beoordelen.² Uit eerder onderzoek blijkt dat de STOPP-criteria ernstige bijwerkingen beter voorspellen dan de langer bestaande BEERS-criteria.¹

In een onderzoek bij oudere patiënten in de eerste lijn identificeerden de STOPP-criteria POM bij 21,4% van de patiënten.³ Er is nog geen onderzoek gedaan naar het gebruik van POM bij oudere patiënten aangemeld bij de GGz. Omdat verschillende medicijnen in de STOPP-lijst invloed hebben op cognitief functioneren is het juist in deze groep van belang om inzicht te krijgen in het gebruik van POM.

De prevalentie van gebruik van POM is mogelijk hoger dan in de eerste lijn. De patiënten worden namelijk voor diagnostiek en eventuele behandeling van een cognitieve en/of psychiatrische aandoening verwezen naar de GGz. Bij een onderzoek bij acuut zieke patiënten met een cognitieve of psychiatrische aandoening waren cognitieve stoornissen een onafhankelijke risicofactor voor het gebruik van POM.⁴ Dit was onafhankelijk van de ernst en etiologie van de cognitieve stoornissen.

SAMENVATTING

Inleiding: Thuiswonende patiënten van 65 jaar en ouder gebruiken geregeld potentieel ongeschikte medicijnen. Onduidelijk is of dit ook geldt voor oudere patiënten die voor een intake bij de Geestelijke gezondheidszorg (GGz) worden aangemeld.

Methode: Patiënten die tussen 1 november 2011 en 1 maart 2012 werden aangemeld bij het ambulante team van het centrum voor ouderenspsychiatrie (CVO) in Ermelo werden geïnccludeerd. Hun diagnose- en medicatielijst werd vergeleken met de Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions (STOPP).

Resultaten: Er werden 44 patiënten geïnccludeerd met een gemiddelde leeftijd van 79 jaar, 52,3% was vrouw. Achttien patiënten (40,9%) gebruikten medicijnen die potentieel ongeschikt waren volgens de STOPP-criteria.

Discussie: Net als bij eerdere onderzoeken vonden wij een hoge prevalentie potentieel ongeschikt medicatiegebruik. Deze uitkomst is reden voor extra alertheid bij het voorschrijven en evalueren van de medicatie bij deze patiëntengroep.

ABSTRACT

Background: Errors of prescribing are prevalent among patients older than 65 years living in the community. The prevalence of potentially inappropriate medication among patients older than 65 years registered for an intake at the Mental Health Care (GGz) in the Netherlands is unknown.

Methods: Between 1 November 2011 and 1 March 2012 we included older patients who had been referred to the outpatient team of the Center for Geriatric Psychiatry (CVO) in Ermelo, the Netherlands. Their diagnosis and medication list was compared to the Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions (STOPP).

Results: A total of 44 patients were included, mean age 79 years, 52,3% was female. Eighteen patients (40,9%) used potentially inappropriate medication.

Conclusion: We found a high prevalence of use of potentially inappropriate medication in the elderly population registered for an intake at the GGz. Medication use by these patients should be monitored better.

Tabel 1. Patiënten met medicatie op STOPP-lijst.

	Leeftijd	Geslacht	Belangrijkste diagnoses	Medicatie op STOPP-lijst
1	86	Vrouw	Twee CVA's, DM type 2, stabiele angina pectoris	– Maximaal therapeutische dosering PPI >8 weken: pantoprazol 40 mg 1dd1 – NSAID >3 maanden bij milde osteoartritis, zonder paracetamol: diclofenac/misoprostol (Arthrotec) 50mg/200ug 3dd1
2	65	Man	Blindheid, obsessief compulsieve stoornis	– Langwerkende benzodiazepine: diazepam 5 mg 1-2dd1
3	68	Vrouw	Hypotensie, osteoporose, depressieve stoornis	– Langwerkende benzodiazepine: diazepam 10mg 1-3dd z.n., in ieder geval 1dd1 a.n.
4	84	Vrouw	Polymyalgia rheumatica, hypertensie, M. Alzheimer	– TCA bij dementie: amitriptyline 10 mg 1dd1 – Maximaal therapeutische dosering PPI >8 weken: pantoprazol 40 mg 1dd1
5	79	Vrouw	Osteoporose, depressieve stoornis, hypertensie	– Maximaal therapeutische dosering PPI >8 weken: esomeprazol 40 mg 1dd1
6	88	Vrouw	M. Alzheimer, DM type 2, glaucoom, hypertensie, enkeloedeem	– Monotherapie lisdiuretica bij hypertensie: furosemide 40mg 1dd1 en 20 mg 1dd1
7	90	Vrouw	Depressieve stoornis, lacunair herseninfarct, orthostatische hypotensie	– Maximaal therapeutische dosering PPI >8 weken: pantoprazol 40 mg 1dd1
8	65	Man	Longembolie, refluxoesofagitis (in 1995), perifeer arterieel vaatlijden, COPD, status na reanimatie	– Maximaal therapeutische dosering PPI >8 weken: pantoprazol 40 mg 1dd1
9	78	Vrouw	Hypertensie, COPD, osteoporose, M. Alzheimer	– NSAID bij matig-ernstige hypertensie: etoricoxib (Arcoxia) 60 mg 1dd1 – Morfine als eerstelijns therapie (zonder paracetamol) bij M. Alzheimer: buprenorfine-pleister (BuTrans) 5ug/week – Orale corticosteroiden bij COPD zonder inhalatiecorticosteroiden: prednison 5mg 2dd1 – Maximaal therapeutische dosering PPI >8 weken: pantoprazol 40 mg 1dd1
10	89	Vrouw	Chronische decompensatio cordis, hypertensie, M. Alzheimer, DM type 2, TIA, osteoporose, obstipatie	– NSAID bij decompensatio cordis: etoricoxib (Arcoxia) 60 mg 1dd1
11	87	Vrouw	COPD gold 3	– Orale corticosteroiden bij COPD zonder inhalatiecorticosteroiden: prednison 5 mg 1dd1
12	77	Man	TIA, hypertensie, CVA, cardiomegalie, prostaatacarcinoom	– Maximaal therapeutische dosering PPI >8 weken: omeprazol 40mg 1dd1
13	68	Man	DM type 1, pancreatitis bij alcoholmisbruik, CVA	– Maximaal therapeutische dosering PPI >8 weken: pantoprazol 40mg 1dd1
14	70	Man	HNP, cholecystectomie, ERCP	– Maximaal therapeutische dosering PPI >8 weken (zonder indicatie): pantoprazol 40mg 1dd1
15	84	Vrouw	Parkinsondementie	– NSAID >3 maanden bij milde osteoartritis, zonder paracetamol: naproxen 250 mg 2dd1 – Maximaal therapeutische dosering PPI >8 weken: omeprazol 40mg 1dd1
16	65	Man	COPD	– Geen cardioselectieve beta-blokker bij COPD: propranolol 80mg 1dd1
17	86	Man	Myocardinfarct, cardiomegalie, obstipatie, dec. cordis, astma, BPH, hypertensie	– Langdurig 1e generatie antihistaminicum: promethazine 25mg 1dd1 – Maximaal therapeutische dosering PPI >8 weken: pantoprazol 40mg 1dd1
18	88	Vrouw	Cholecystectomie, atriumfibrilleren, angina pectoris	– Maximaal therapeutische dosering PPI >8 weken: omeprazol 40mg 1dd1

Legenda: BPH=Benigne Prostaathyperplasie, COPD=Chronic Obstructive Pulmonary Disease, DM= Diabetes Mellitus, ERCP= Endoscopische Retrograde Cholangiopancreatografie, HNP= Hernia Nuclei Pulposi, NSAID= Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug, PPI=Protonpompremmer, TCA= Tricyclisch Antidepressivum, TIA= Transient Ischemic Attack. mg=milligram, ug=microgram

Onze onderzoeksvraag luidde dan ook: Wat is de prevalentie van POM bij patiënten van 65 jaar en ouder die worden aangemeld voor een intake bij het ambulante team van het centrum voor ouderenspsychiatrie (CVO) in Ermelo?

METHODE

Alle patiënten aangemeld voor een intake tussen 1 november 2011 en 1 maart 2012 bij het ambulante team van het CVO in Ermelo werden prospectief geïncludeerd. Deze patiënten waren allen verwezen door de huisarts, specialist of crisisdienst voor diagnostiek en/of een ambulante behandeling. Er werd geen expliciete toestemming van de patiënten gevraagd omdat een medicatie-evaluatie behoort tot de normale intake-procedure. Bovendien werden de data anoniem verwerkt.

De medicatielijst zoals bekend bij de verwijzer werd vergeleken met de medicatie die de patiënt gebruikte. Zelfhulpmiddelen, bijvoorbeeld van de drogist, werden ook meegenomen. Bij verschillen werd de medicatielijst van de patiënt aangehouden.

De diagnoselijst van de verwijzer, bevestigd en eventueel aangevuld door de patiënt, werd gebruikt om te screenen op POM. Hiervoor werd de medicatielijst in combinatie met de diagnoselijst vergeleken met de Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions (STOPP) en werd bepaald hoeveel POM elke patiënt gebruikte. De Nederlandse vertaling van de STOPP-lijst is te vinden in de multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen⁵ en is gebaseerd op het artikel van Gallagher et al.²

RESULTATEN

In de periode van 1 november 2011 tot 1 maart 2012 werden 62 patiënten aangemeld. Hiervan waren 14 patiënten jonger dan 65 jaar. Deze patiënten werden geëxcludeerd. De STOPP-criteria zijn namelijk ontwikkeld en gevalideerd voor mensen van 65 jaar of ouder.²

Eén patiënt werd snel na aanmelding opgenomen in een verpleeghuis. Omdat de gegevens niet compleet waren, werd deze patiënt geëxcludeerd. Daarnaast weigerden drie patiënten een intake, zij werden ook geëxcludeerd. Uiteindelijk bleven er 44 patiënten over voor de analyse.

De gemiddelde leeftijd van de overgebleven patiënten was 79,4 jaar (65-96 jaar), waarvan drieëntwintig vrouwen (52,3%). Eenendertig patiënten (70,5%) werden door de huisarts aangemeld. Elf patiënten werden aangemeld door een specialist en twee patiënten werden aangemeld door de crisisdienst.

Van de 44 patiënten gebruikten 18 patiënten (40,9%) medicijnen die volgens de STOPP-criteria potentieel ongeschikt zijn. In **tabel 1** wordt een overzicht gegeven van de karakteristieken en medicijnen van deze patiënten. Van de patiënten met potentieel ongeschikte medicatie was 61,1% (11/18) vrouw.

Hypertensie werd vaak niet vermeld in de voorgeschiedenis terwijl hiervoor wel medicatie werd gebruikt. Bij navraag bij de patiënt werd deze diagnose bevestigd.

In **tabel 2** is de verdeling van de POM over de 18 patiënten weergegeven. Enkele patiënten gebruikten meerdere POM, daarom is het totale aantal patiënten in de tabel meer dan 18.

Tabel 2. Verdeling potentieel ongeschikte medicijnen(POM).

Potentieel ongeschikte medicijnen	Aantal patiënten
Langwerkende benzodiazepines	2
Tricyclische antidepressiva bij dementie	1
Monotherapie met lisdiuretica bij hypertensie	1
NSAID bij matig-ernstige hypertensie	1
NSAID bij decompensatio cordis	1
NSAID bij milde osteoarthritis (zonder paracetamol)	2
Morfine als eerstelijns therapie (zonder paracetamol)	1
Orale corticosteroiden bij COPD zonder inhalatiecorticosteroiden	2
Geen cardioselectieve bèta-blokker bij COPD	1
Langdurig gebruik eerste generatie anti-histaminica	1
Maximaal therapeutische dosering PPI > 8 weken	12

Legenda: COPD=Chronic Obstructive Pulmonary Disease, NSAID=Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug, PPI=Protonpompremmer

DISCUSSIE

In deze kleine onderzoekspopulatie gebruikte 40,9% van de patiënten POM. Met name protonpompremmers en benzodiazepines werden veelvuldig gebruikt.

Drieëntwintig patiënten (52,3%) gebruikten een protonpompremmer (PPI), waarvan 12 een maximaal therapeutische dosering voor ulcuslijden. Het gebruik van deze dosering langer dan acht weken is potentieel ongeschikt omdat het bewijs voor extra effectiviteit ontbreekt.² Het onnodig gebruik van een therapeutische dosering is ook niet wenselijk gezien de hogere kosten en mogelijke bijwerkingen.³ Het hoge percentage POM gevonden in ons onderzoek kan waarschijnlijk niet verklaard worden door het hoge gebruik van een PPI in een maximaal therapeutische dosering. Bij Ryan et al.³ waren de PPI verantwoordelijk voor 35,9% (102/284) van de POM versus 27,3% (12/44) in ons onderzoek. Echter, het totale percentage POM bij Ryan et al. is wel lager dan in ons onderzoek, namelijk 21,4%. Bij vier patiënten was de indicatie voor de PPI überhaupt onduidelijk.

Dertien patiënten (29,5%) gebruikten chronisch kortwerkende benzodiazepines. Mogelijk hangt deze hoge prevalentie samen met de cognitieve en/of psychiatrische pro-

blematiek van de patiënten. Volgens de STOPP-criteria is chronisch gebruik van kortwerkende benzodiazepines alleen potentieel ongeschikt bij patiënten die geregeld vallen. Hiervan was geen sprake bij de patiënten in onze studiepopulatie. Wel gebruikten bijna alle patiënten dagelijks temazepam, oxazepam of zolpidem, met name 's avonds. Chronisch gebruik van deze benzodiazepines is volgens ons wel degelijk onwenselijk bij ouderen, gezien de gewenning en het risico op afhankelijkheid, vallen en cognitieve stoornissen.⁶

Het hogere percentage vrouwen (61,1%) met gebruik van POM werd ook gevonden in het onderzoek van Lechevallier-Michiel et al.⁷ in Frankrijk. Zij suggereerden dat vrouwen een hogere prevalentie van depressieve symptomen en slaapstoornissen hebben en meer medicijnen gebruiken. Deze klachten werden in onze onderzoekspopulatie ook geregeld gezien, maar het is onduidelijk of dit een verklaring is voor het hogere percentage vrouwen. In tegenstelling tot onze resultaten vonden Ryan et al.³ slechts een licht verhoogd percentage van POM bij vrouwen in vergelijking tot mannen.

De prevalentie van POM-gebruik in ons onderzoek was hoger dan de 21,4 % bij het Ierse onderzoek van Ryan et al. in de eerste lijn.³ Het is echter onduidelijk of het gebruik van POM in de Nederlandse eerste lijn vergelijkbaar is met de Ierse populatie. De resultaten in ons onderzoek zijn in ieder geval niet representatief voor alle thuiswonende patiënten ouder dan 65 jaar. Ook is door middel van deze onderzoeksopzet geen verklaring voor het hoge percentage POM in onze populatie te vinden.

Ons onderzoek heeft een aantal zwakke punten. Ten eerste is het een kleine onderzoekspopulatie. Ten tweede is er bij de patiënten met POM niet bij de voorschrijver nagegaan wat de overwegingen hiervan waren. Ten derde is het voor de dagelijkse praktijk van belang om naast de STOPP-criteria ook de START (Screening tool to alert doctors to right treatment)-criteria te gebruiken bij het evalueren van medicatiegebruik van patiënten.^{2,5} De START-criteria zijn ontwikkeld om onderbehandeling bij patiënten van 65 jaar en ouder te voorkomen, waardoor een completere medicatie-evaluatie plaatsvindt.

Een sterk punt van ons onderzoek is dat dit het eerste onderzoek is in de patiëntenpopulatie waarbij de specialist ouderengeneeskunde eerstelijnsdiagnostiek verricht naar cognitieve stoornissen.

Wij concluderen dat het belangrijk is om als specialist ouderengeneeskunde bij eerstelijnsdiagnostiek POM te identificeren, bijvoorbeeld met behulp van de STOPP-criteria.

REFERENTIES

1. Hamilton H, Gallagher P, Ryan C, et al. Potentially inappropriate Medications defined by STOPP Criteria and the Risk of Adverse Drug Events in Older Hospitalized Patients. *Arch Intern Med.* 2011;171:1013-9.
2. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72-83.
3. Ryan C, O'Mahony D, Kennedy J, et al. Potentially inappropriate prescribing in an Irish elderly population in primary care. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2009; 68:936-47.
4. Lang PO, Hasso Y, Dramé M, et al. Potentially inappropriate prescribing including under-use amongst older patients with cognitive or psychiatric co-morbidities. *Age Ageing.* 2010 May;39(3):373-81.
5. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: NHG, 2012.
6. Gorgels W, Oude Voshaar R, Mol A, Breteler M, Lisdonk E van de, Zitman F. Het langdurig gebruik van benzodiazepinen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145: 1342-6.
7. Lechevallier-Michel N, Gautier-Bertrand M, Alperovitch A, Berr C, Belmin J, et al. Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population: results from the 3C Study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005 Jan;60(11):813-9.

Correspondentieadres
michelle_twin@hotmail.com

Borstkanker bij kwetsbare ouderen

Dr. Marije E. Hamaker, klinisch geriater, Diakonessenhuis Utrecht/Zeist/Doorn

Dr. C.H. Smorenburg, oncoloog, Medisch Centrum Alkmaar

Dr. B.C. van Munster, internist ouderengeneeskunde, Gelre ziekenhuizen Apeldoorn/Academisch Medisch Centrum Amsterdam

Prof. dr. S.E. de Rooij, internist ouderengeneeskunde en klinisch geriater, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

INLEIDING

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen.¹ Ouderen worden disproportioneel vaak door deze ziekte getroffen. Hoewel in 2010 slechts 3,9% van de Nederlandse bevolking ouder was dan 80 jaar,² vertegenwoordigt deze leeftijdsgroep 12,2% van de nieuwe borstkankerpatiënten en 26,2% van de borstkankergerelateerde sterfte.¹ In de komende decennia zal door de dubbele vergrijzing het aantal ouderen fors toenemen en daarmee ook het aantal oudere borstkankerpatiënten. Ook specialisten ouderengeneeskunde zullen derhalve steeds vaker geconfronteerd worden met deze ziekte.

In 2011 verrichtten wij in samenwerking met Verenso een enquête onder specialisten ouderengeneeskunde naar hun besluitvorming in geval van verdenking op borstkanker.³ Uit deze enquête bleek niet alleen dat dit probleem zich regelmatig voordoet – 60% van de 419 respondenten gaf aan in het afgelopen jaar minimaal één keer hiermee te maken gehad te hebben – maar ook dat het wel of niet doorverwijzen naar het ziekenhuis een dilemma was.³

Voor een goede beslissing over diagnostiek en behandeling moeten patiëntfactoren zoals de resterende levensverwachting, de belastbaarheid en de persoonlijke wensen van de patiënt en diens naasten worden afgewogen tegen ziektefactoren zoals het natuurlijk ziektebeloop en de daarmee samenhangende winst en belasting van de verschillende diagnostiek- en behandelopties. Om de specialist ouderengeneeskunde meer houvast te bieden bij deze lastige afwegingen, zal in dit artikel worden ingegaan op actuele richtlijnen over borstkanker en op de behandelopties voor kwetsbare ouderen met borstkanker.

BEHANDELRIJCHLIJNEN

De landelijke richtlijn mammacarcinoom van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) is recent gereviseerd en via www.oncoline.nl voor iedereen toegankelijk.⁴ Deze en andere oncologische richtlijnen zijn vrijwel volledig gebaseerd op onderzoek bij relatief jonge en fitte patiënten.^{4,5} Ouderen en patiënten met bijkomende ziekten of functionele beperkingen zijn decennia lang uitgesloten van deelname aan klinisch onderzoek uit angst voor vertroebeling van de onderzoeksgegevens. In 1999 verscheen een overzichtartikel van kankertrials waaruit bleek dat slechts 9% van de deelnemers aan borstkankerstudies ouder was dan

SAMENVATTING

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. Ook specialisten ouderengeneeskunde zullen in de toekomst steeds vaker met deze ziekte worden geconfronteerd. Voor een goede beslissing over diagnostiek en behandeling moeten patiëntfactoren worden afgewogen tegen ziektefactoren, gezien vanuit het licht van de mogelijke winst en belasting van de verschillende diagnostiek- en behandelopties. Wij beschrijven in deze review factoren die houvast kunnen bieden bij de keuze tussen de diverse behandelopties, afhankelijk van de resterende levensverwachting, de hormoongevoeligheid van de tumor en de patiëntkenmerken.

WAT IS ER AL BEKEND

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. Beslissingen over de behandeling van kwetsbare ouderen met (verdenking op) borstkanker vraagt om een goede kennis van de belasting van een behandeling en de winst die daaruit voortvloeit voor de individuele patiënt.

WAT VOEGT DEZE STUDIE TOE

Door het bespreken van de verschillende behandelopties wordt de specialist ouderengeneeskunde houvast geboden bij de vaak moeilijke afweging tussen behandelen of afwachten.

65 jaar. Dit ondanks dat ruim 50% van nieuwe borstkankerpatiënten in deze leeftijdscategorie viel.⁶ Sindsdien is meer aandacht gekomen voor de oudere kankerpatiënt, maar het blijkt lastig om goede prospectieve studies van de grond te krijgen. Zo zijn recent diverse trials specifiek gericht op de kwetsbare ouderen vervroegd gesloten vanwege tegenvallende patiënteninstroom.⁷⁻⁹ Voor deze patiëntengroep blijven behandeladviezen daarom gebaseerd op observationele data en subgroepanalyses.

Een tweede complicerende factor is dat de meeste klinische studies en daarmee ook de richtlijnen zich vooral richten op objectief meetbare uitkomstmaten zoals de absolute of ziektevrije overleving, terwijl kwaliteit van leven en functionele uitkomstmaten voor ouderen vaak net zo belangrijk zijn.¹⁰ Daarbij is een belangrijk deel van de borstkankerbehandeling gericht op het voorkomen van recidieven in de

toekomst, terwijl veel kwetsbare ouderen door een beperkte levensverwachting niet aan die toekomst zullen toekomen. Voor hen is het belangrijker dat de kanker in de hen resterende tijd zo goed mogelijk onder controle blijft, zonder complicaties als lokale doorgroei, ulceraties en metastasen.

(ALTERNATIEVE) BEHANDELINGEN

Voor locoregionale ziektecontrole is chirurgie superieur ten opzichte van alle andere behandelmodaliteiten.^{11,12} Daarbij kan, afhankelijk van de tumorgrootte, gekozen worden voor een mammasparende therapie middels lokale excisie (lumpectomie) of een mastectomie, waarbij de gehele borst wordt verwijderd. Bij echografisch onverdachte oksellymfklieren is het gebruikelijk dat voor de identificatie van lymfkliermetastasen perioperatief diagnostiek wordt verricht via een schildwachtklierprocedure.¹¹ Is deze afwijkend, of zijn er verdachte lymfeklieren gevonden bij beeldvormend onderzoek, dan dient aanvullend – meestal tijdens dezelfde operatieve ingreep – een okselkliertoilet te worden verricht. Voor patiënten van wie de lichamelijke conditie geen algehele narcose toelaat, is het soms mogelijk om onder plaatselijke of epidurale verdoving te opereren.¹³

Borstkankerchirurgie wordt over het algemeen goed verdragen en het risico op complicaties lijkt voornamelijk niet gerelateerd aan leeftijd of comorbiditeit.¹¹ Perioperatieve sterfte is zeldzaam (0-0,3%), ook bij ouderen.^{11,12} De meest voorkomende complicatie is infectie van het operatiegebied (14%), waarvan ongeveer een derde ernstig verloopt (bijvoorbeeld abscesvorming of sepsis).¹⁴ Daarnaast treedt in 3% van de patiënten een nabloeding op waarvoor heroperatie of bloedtransfusie noodzakelijk is.¹⁴ Een hinderlijke complicatie van het okselkliertoilet is lymfoedeem. Dit treedt op bij ongeveer 7% van de patiënten.¹⁴

Radiotherapie vormt een essentieel onderdeel van mammasparende therapie middels lumpectomie en resulteert in een vergelijkbare overlevingskans als een mastectomie. Deze behandeling is vooral gericht op het voorkomen van recidieven op de langere termijn, waardoor de winst bij ouderen met een beperkte levensverwachting gering is. Zeker als sprake is van een kleine tumor en een systemische nabehandeling wordt gegeven.¹¹ In dat geval leidt het toevoegen van nabestraling tot slechts 3% daling in het aantal recidieven.¹² De toxiciteit van radiotherapie is beperkt, al treden wel vaak lokale huidreacties op.¹² De belasting van radiotherapie komt echter voor een belangrijk deel doordat de patiënt gedurende drie weken vijf maal per week naar het ziekenhuis vervoerd moet worden voor de behandeling.

Systemische nabehandeling beoogt eventuele niet-detecteerbare micrometastasen te elimineren en reduceert op de langere termijn de kans op ziekterecidief en borstkankersterfte. De indicatie voor adjuvante therapie hangt af van allerlei prognostische factoren zoals tumorgrootte en -graad, en de aanwezigheid van lymfkliermetastasen, omdat deze

factoren het risico op een tumorrecidief bepalen. Bij ouderen blijkt meer dan 75% van de mammatumoren hormoongevoelig te zijn;¹⁵ bij hen kan als nabehandeling gekozen worden voor hormonale therapie. Bij hormoonongevoelige tumoren kan chemotherapie gegeven worden, hoewel over de waarde van adjuvante chemotherapie bij patiënten ouder dan 70 jaar nog weinig bekend is.^{11,16}

Er zijn twee grote groepen van hormonale therapie, elk met hun eigen aangrijpingspunt: enerzijds de selectieve oestrogeenreceptor modulators zoals tamoxifen en anderzijds de aromataseremmers zoals aromasin en letrozol. De aanvullende hormoonbehandeling na chirurgie duurt minimaal vijf jaar, waarbij vaak halverwege deze periode van medicatiegroep gewisseld wordt. Door deze hormonale behandeling daalt het risico op een recidief met 2,4% per patiëntjaar.¹⁷ Adjuvante hormonale therapie wordt meestal goed verdragen. Bekende bijwerkingen van tamoxifen zijn opvliegers, trombo-embolische complicaties en een licht verhoogd risico op endometriumcarcinoom.¹⁸ Aromataseremmers kunnen spierpijn, spierzwakte en gewrichtsklachten geven en verhogen de kans op osteoporose.¹⁸ Voor dit laatste wordt dan ook geadviseerd laagdrempelig profylactische behandeling in te zetten.¹⁸

Adjuvante hormonale therapie wordt meestal goed verdragen

Bij irresectable tumoren, gemetastaseerde ziekte of als een patiënt door ernstige comorbiditeit niet voor een operatie in aanmerking komt, is bij een tumor met positieve hormoonreceptoren hormonale therapie een goed te verdragen behandeloptie. In diverse studies is aangetoond dat hormoontherapie bij de overgrote meerderheid van deze tumoren leidt tot een tijdelijke stabilisatie van de borstkankergroei, waarbij een mediane afname van de tumorgrootte van 50-89% en in enkele gevallen zelfs complete remissie optreedt.¹⁹⁻²²

Aromataseremmers blijken een sterker effect te hebben op de tumorgroei dan tamoxifen,²⁰ maar de uiteindelijke keuze zal mede gemaakt worden op basis van de bijwerkingenprofielen. Het maximale effect van hormoonbehandeling wordt na ongeveer een half jaar bereikt²¹ en houdt gemiddeld genomen ongeveer anderhalf jaar aan, echter met een grote spreiding.^{19,21} Als een tumor aanvankelijk een goede respons op de hormoonbehandeling laat zien, maar er in de loop der tijd toch progressie optreedt, dan blijkt vaak dat deze tumor nog wel gevoelig is voor medicijnen met een ander aangrijpingspunt. In dat geval kan het zinvol zijn de patiënt om te zetten naar een middel uit een andere medicatiegroep binnen de hormonale behandelingen.

Ondanks een goed initieel effect is hormoonbehandeling zowel qua locoregionale ziektebeheersing als qua overleving inferieur aan chirurgie.²² Het negatief effect van niet-

opereren op de overleving wordt echter pas na drie jaar zichtbaar en blijft bij ouderen beperkt. Zo ligt na chirurgie met aanvullende hormoonbehandeling de borstkankerspecifieke vijfjaarsoverleving slechts 8% lager dan met alleen hormoonbehandeling.¹⁹

Voor tumoren die niet gevoelig zijn voor hormoonbehandeling kan bij ulceratie of metastasen zowel chemotherapie als radiotherapie worden overwogen. Bestraling van een tumor of een botmetastase wordt vaak uitstekend verdragen met een grote kans op verlichting van klachten en kan zo een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van leven.¹¹ Palliatieve chemotherapie kan een optie zijn bij hormoonongevoelige of snel progressieve ziekte. Chemotherapie wordt door kwetsbare ouderen echter matig verdragen, ook als de gebruikelijke combinatie chemotherapie wordt vervangen door een enkel middel in een verlaagde dosering.^{11,23} Het risico lijkt toe te nemen in aanwezigheid van geriatrische problemen zoals gestoorde cognitie, stemmingsstoornissen, functionele beperkingen en ondervoeding.^{23,24} Voor zeer kwetsbare ouderen zal chemotherapie dan ook slechts in uitzonderlijke gevallen worden toegepast.

LEVENSV ERWACHTING ALS LEIDRAAD

Bij symptomatische mammatumoren, bijvoorbeeld in geval van ulceratie, mechanische bezwaren of metastasering, is het doel van een eventuele behandeling duidelijk. Vaak is er echter sprake van een asymptomatische tumor, waarmee de behandeling zich richt op toekomstige complicaties, verlies van kwaliteit van leven of vroegtijdige sterfte. Het stellen van de diagnose is daarbij slechts een middel en zelden een doel op zich. De resterende levensverwachting bepaalt hoeveel tijd een patiënt heeft om complicaties van borstkanker te ontwikkelen en vormt daarmee een belangrijk uitgangspunt bij beslissingen over verwijzen of behandelen. Er zijn diverse meetinstrumenten ontwikkeld voor het bepalen van

de prognose van bepaalde patiëntengroepen; een compilatie hiervan is te vinden op www.eprognosis.org.²⁵ Hoewel de uitkomsten van dergelijke instrumenten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden als het gaat om de individuele patiënt, kunnen deze een arts wel helpen bij het schatten van de resterende levensverwachting.

Aan de hand hiervan kan vervolgens een grove indeling worden gemaakt voor het te voeren beleid bij verdenking op borstkanker (zie tabel 1). Voor patiënten met een zeer beperkte levensverwachting (**minder dan 6 maanden**) en een asymptomatische tumor, is een expectatief beleid geoorloofd. Gezien het natuurlijk beloop van borstkanker is de kans dat de tumor bij deze patiënten tot klachten zal leiden gering.

Bij patiënten met een levensverwachting **tussen 6 en 24 maanden** zal de keuze voor wel of niet verwijzen en behandelen van veel verschillende patiënt- en tumorfactoren afhangen. Er kan gekozen worden voor waakzaam afwachten, voor chirurgie zonder nabehandeling of hormonale monotherapie. Het waakzaam afwachten kan bijvoorbeeld bestaan uit het volgen van de tumorgroei middels lichamelijk onderzoek elke twee tot drie maanden. Bij snelle progressie of bedreiging van de huid kan dan alsnog een behandeling worden ingezet. Voor de korte termijn zijn bij hormoongevoelige ziekte chirurgie zonder nabehandeling of hormonale monotherapie gelijkwaardig; de keuze zal dan ook individueel bepaald worden. Indien een verwijzing naar het ziekenhuis als te belastend wordt beschouwd, kan overwogen worden om blind te starten met hormoontherapie. Dit betekent echter wel dat een kwart van de patiënten ten onrechte wordt behandeld. Indien enigszins mogelijk is een biopsie voor het vaststellen van de hormoongevoeligheid dan ook wenselijk. Bij twijfel adviseren wij een eenmalige, desnoods telefonische, consultatie met een behandelaar van een nabijgelegen mammapoli.

Tabel 1. Behandelopties bij kwetsbare ouderen.

	Hormoongevoelige tumor (>75% van tumoren)	Hormoonongevoelige tumor
Asymptomatische tumoren <i>Levensverwachting <6 mnd</i>	Waakzaam afwachten*	Waakzaam afwachten*
<i>Levensverwachting 6-24 mnd</i>	Waakzaam afwachten* Chirurgie zonder nabehandeling Hormonale monotherapie (evt. blind starten)	Waakzaam afwachten* Chirurgie zonder nabehandeling
<i>Levensverwachting > 24 mnd</i>	Chirurgie met hormonale nabehandeling Evt. hormonale voorbehandeling om borstsparende operatie mogelijk te maken Hormonale monotherapie (inferieur t.o.v. chirurgie)	Chirurgie met nabestraling bij hoog recidief risico
Symptomatische tumoren	Hormoontherapie (max. effect na vijf maanden) Eenmalig lokale radiotherapie op ulceratie of symptomatische metastase	Eenmalig lokale radiotherapie op ulceratie of metastase (Chemotherapie)

* Het waakzaam afwachten kan bijvoorbeeld bestaan uit het vervolgen van de tumorgroei middels lichamelijk onderzoek elke twee tot drie maanden. Bij snelle progressie of bedreiging van de huid kan alsnog een behandeling worden ingezet.

Bij patiënten met een levensverwachting **langer dan twee jaar** is verwijzing naar de mammapoli en standaardbehandeling het meest aangewezen. In geval van een hormoongevoelige tumor vormt hormonale behandeling een alternatief (zie tabel 1).

CONCLUSIE

In de toekomst zullen specialisten ouderengeneeskunde steeds vaker worden geconfronteerd met een verdenking op borstkanker bij hun patiënten. Wij beschrijven factoren die houvast kunnen bieden bij de keuze tussen de diverse behandelopties, afhankelijk van de resterende levensverwachting, de hormoongevoeligheid van de tumor en de kenmerken en belastbaarheid van de patiënt. Bij twijfel over

doorverwijzen zouden wij willen pleiten voor overleg tussen de specialist ouderengeneeskunde en een behandelaar van een nabijgelegen mammapolikliniek. Hopelijk zal gericht onderzoek en nauwere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn in de toekomst leiden tot een verdere verfijning van de behandeladviezen voor deze patiëntenpopulatie. Daarbij moet de behandeling zich vooral richten op die uitkomsten die voor de kwetsbare oudere het meest relevant zijn, zoals kwaliteit van leven.

Correspondentieadres
mhamaker@diakhuis.nl

Farmacotherapie voor de huisarts 2013

Susanne de Kort



Auteurs: Z. Damen, E. de Jongh,
L.W. Draijer en M.M. Verduijn
Uitgever: Bohn, Stafleu van
Loghum
ISBN: 978-90-313-9417-3
Prijs: € 39,50
Aantal sterren: 3/3

cotherapeutische adviezen – hoe opvallend en prettig voor juist een farmacotherapie boekje – en vervolgens in stappen van behandelvolgorde de medicinale opties.

Het vademecum van 2013 begint met de voor ons vertrouwde start- en stopcriteria voor geneesmiddelengebruik bij ouderen. Handig voor degenen die ze niet uit het hoofd kunnen leren. Ook nieuw is een uitgebreid hoofdstuk voor cardiovasculair risicomangement. Jammer dat de opgenomen risicotabel ons met lege handen laat als het gaat om patiënten van boven de 70 jaar. Opvallend is ook een kort toegevoegd stukje over dementie. Hieruit blijkt dat de doelgroep van dit zakboek toch echt de huisarts is; deze wordt geboden onze expertise in te winnen als het gaat om het eventuele voorschrijven van medicatie.

Al met al betreft het een handzaam boekje om het voorschrijven van middelen bij met name enkelvoudige ziektebeelden te vergemakkelijken. Echter, met de kwetsbare en multimorbide patiënt in gedachten maakt dit boekje mij nog niet veel dapperder.

Correspondentieadres
susannedekort@hotmail.com

Als het om het voorschrijven van medicatie gaat, ben ik een held op sokken. Ik kan dus wel het een en ander aan uitrusting gebruiken. Naast bekende richtlijnen en het farmacotherapeutisch kompas zou dit zakboek een hulpbron kunnen zijn.

Farmacotherapie voor de huisarts is gebaseerd op de NHG-standaarden en wordt veel door huisartsen gebruikt onder andere omdat het voor hen in het elektronisch voorschrijfsysteem is geïntegreerd. Het biedt voor vele indicaties die geordend zijn naar orgaansysteem allereerst non-farma-

Nieuwe orale antistollingsmiddelen

Winst of verlies?

Drs. Martin W.F. van Leen, specialist ouderengeneeskunde, manager Medische Zaken, Avoord Zorg en Wonen te Etten-Leur
Prof. Hugo ten Cate, internist-vasculair geneeskundige, UMC Maastricht

In alle huidige richtlijnen, nationaal en internationaal, wordt behandeling met antitrombotische middelen ter voorkoming van embolievorming bij patiënten met atrium(boezem)fibrilleren aangeraden. In Nederland worden meestal vitamine-K antagonist gebruikt. Sinds kort zijn er nieuwe oraal toe te passen medicijnen op de markt, de zogenaamde NOAC's. Aangezien dit een ommekeer kan betekenen voor het voorschrijfbeleid van de specialist ouderengeneeskunde worden de voor- en nadelen van deze middelen besproken, zodat de specialist ouderengeneeskunde een verantwoord beleid kan voeren. Door de onduidelijkheid van de neveneffecten van de nieuwe middelen en de hoge kosten lijkt een terughoudend beleid gewenst.

INLEIDING

Bij patiënten met atrium(boezem)fibrilleren (AF) met ten minste één risicofactor voor het ontwikkelen van een cerebrovasculair accident (CVA) was tot voor kort antitrombotische therapie behandeling met vitamine-K antagonist (VKA's) de eerste keus. Deze behandeling leidt tot een reductie van CVA van 64% ten opzichte van placebo ofwel een absolute risicoreductie van 2,7% per jaar.¹ Om één CVA te voorkomen, dienen 37 patiënten gedurende één jaar te worden behandeld (NNT=37).

In verpleeghuizen is atriumfibrilleren een zeer frequent voorkomende aandoening (schattingen lopen uiteen van 20-40%). Niet alle daarvoor in aanmerking komende patiënten met AF worden met VKA's behandeld, vaak uit angst voor bloedingen, medicijninteracties of *patient compliance*. Cumarinederivaten (vitamine K-antagonisten) vormen nog steeds de hoeksteen van de antistollingsbehandeling bij ruim 380.000 patiënten in Nederland. Frequentie dosis-aanpassing op basis van de International Normalized Ratio (INR) is hierbij een voorwaarde. Met name de vele controles worden door patiënten als belastend ervaren. Ook blijkt dat een goede instelling vaak een probleem vormt.

De recente richtlijn van de European society of cardiology (2012) atriumfibrilleren adviseert bij patiënten met atriumfibrilleren en een CHA₂DS₂-VASc score ≥ 2 altijd VKA's (INR₂₋₃) of een van de nieuwe orale anticoagulantia (NOAC's). Bij een score van 1 dienen de middelen afgewogen te worden tegen het bloedingrisico.²

Nieuwe anticoagulantia grijpen direct aan op een stollingsenzym, zoals trombine (dabigatran) of factor Xa (rivaroxaban, apixaban, edoxaban) en hebben vanwege een stabielere farmacokinetiek geen of minder dosisaanpassing nodig. Deze middelen laten een effectiever en veiliger werkingsprofiel zien dan warfarine (een cumarine) in fase 3-onderzoek bij patiënten met acute veneuze trombo-embolie of atriumfibrilleren. Het is niet langer nodig het stollingsniveau te monitoren, waardoor de patiënt het prikken en de bezoeken aan de trombosedienst bespaard blijft. Er is voornamelijk een aantal vragen te beantwoorden voordat een brede inzet van de nieuwe generatie antistollingsmiddelen verantwoord is.

HUIDIGE SITUATIE

Nederland heeft als één van de weinige landen in de wereld een dicht netwerk van trombosediensten waar deskundige artsen en andere zorgverleners waken over patiënten die met orale vitamine K-antagonisten (VKA's, cumarinederivaten) worden behandeld. In Nederland worden patiënten op hun INR-waarden door de trombosedienst gecontroleerd en waar nodig worden de doseringen aangepast. Dit leidt ertoe dat circa 70%-80% van de INR-waarden bij deze patiënten binnen het therapeutische gebied ligt (2,0-3,5 IE). Uit deze getallen blijkt wel dat er voor 20-30% van de patiënten geen adequate behandeling gerealiseerd wordt. Bij navraag bij de Nederlandse Federatie van Trombosediensten blijkt dat de meeste trombosediensten een ondergrens van 2,5 INR nastreven.

Helaas zijn er veel potentieel gevaarlijke interacties tussen VKA's en geneesmiddelen die veel in de verpleeghuispopulatie worden gebruikt. Tengevolge van interacties en instabiliteit van de INR, gaat behandeling met VKA gepaard met een bloedingsrisico dat verantwoordelijk is voor een aantal ziekenhuisopnames (Harm rapport en IGZ rapport). Circa 30% van alle ziekenhuisopnames die geneesmiddelgerelateerd is, is te wijten aan bloedingscomplicaties door VKA's, trombocytenuitstroomremmers, NSAID's en SSRI's (alleen of in combinatie). Het aandeel van (ernstige) bloedingen door VKA's bedraagt circa 6% van de geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames.³

Als behandelend arts dient men dan ook continu alert te zijn bij medicatiewijzigingen, zoals het starten en stoppen van een inter-acterende medicatie. Ter beperking van

de risico's gekoppeld aan antistollingsbehandeling is in december 2012 een Landelijke standaard Ketenzorg antistolling getekend.⁴ Deze standaard is ook door Verenso ondertekend en heeft als doel door opbouw van ketenzorg trombosebehandeling de risico's van VKA-behandeling te verminderen. In deze standaard wordt met name aandacht besteed op welk moment en met wie en van wie het initiatief aangaande overleg mag worden verwacht. De Orde van Medisch Specialisten heeft in november 2012 een 'Leidraad invoering NOAC's' doen uitkomen, met als doel een verantwoorde invoering van de NOAC's te realiseren.⁵ Medewerkers van het ministerie van VWS pleiten voor een spoedige ineenvlechting van beide documenten.

NIEUWE ONTWIKKELING

De farmaceutische industrie heeft de afgelopen jaren veel geld geïnvesteerd in de ontwikkeling van nieuwe orale antistollingsmiddelen. De 25 jaar 'research en development' die de ontwikkeling kostte, droegen bij aan de versnelde ontwikkeling van meerdere orale anticoagulantia als dabigatran en rivaroxaban. Klinische effectiviteit en veiligheid bleken met het principe van een vaste dosering antistolling haalbaar.

Uit fase 3-onderzoek blijkt de directe trombineremmer dabigatran en ook de directe factor Xa-remmer rivaroxaban effectief en veilig ter preventie van veneuze trombo-embolie na orthopedische chirurgie. Inmiddels zijn beide middelen voor die indicatie geregistreerd. Om bij patiënten met atriumfibrilleren een beroerte te voorkomen, bleek dabigatran in een dosis van 2 dd 110 mg een vergelijkbaar effect en bij een dosis van 2 dd 150 mg een beter effect te bieden ten opzichte van warfarine (INR tussen 2 en 3).⁶ Dabigatran werd ook goed getolereerd, behoudens het optreden van enige dyspepsie bij een deel van de patiënten.

Het gebruik van dabigatran en warfarine geeft vergelijkbare risico's op bloedingcomplicaties. Met dien verstande dat de lage dosis dabigatran een gunstiger onderscheid geeft voor het voorkomen van intracraniale bloeding. Dit komt ruim tweemaal minder frequent voor bij met dabigatran behandelde patiënten dan bij met warfarine behandelde patiënten.

De factor Xa-remmer rivaroxaban werd onderzocht in de Rocket-afstudie. Hieruit blijkt dat rivaroxaban non-inferieur is ten opzichte van warfarine in de preventie van beroerte bij patiënten met atriumfibrilleren.⁷ Ook hier was er sprake van een lagere incidentie intracraniale bloeding dan bij het gebruik van warfarine. Een vergelijkbaar gunstig profiel werd gezien in de multicenter ARISTOTLE trial (Granger et al.) met de factor Xa-remmer apixaban, in vergelijk met warfarine.⁸ Onderzoek met de Xa-remmer edoxaban loopt nog.

Naast deze studies over atriumfibrilleren, zijn er ook studies gepubliceerd over patiënten die werden behandeld voor

veneuze trombo-embolie (registratie voor rivaroxaban). Enkele onderzoeken lopen nog. Ook hier zijn de ontwikkelingen gunstig in de zin van non-inferioriteit ten opzichte van warfarine. Ten slotte vindt onderzoek met NOAC's plaats bij patiënten met een acuut coronair syndroom. De eventuele meerwaarde bij deze patiënten zal de komende jaren duidelijk worden.

BIJWERKINGEN

De belangrijkste bijwerking van elke vorm van antistollingsbehandeling is het optreden van bloedingen.⁹ De bloedingrisico's van VKA's zijn bij oudere patiënten een factor vier hoger dan bij jongere patiënten en hangen vooral samen met te hoge INR-waarden. Het kunnen traceren van relatieve overdosering en het kunnen couperen van de antistolling is dan ook zeer belangrijk. Aangezien in verpleeghuizen regelmatig geconstateerd wordt dat de INR te hoog is of dat er bloedingen optreden, is het gewenst direct al in het verpleeghuis te kunnen handelen. Voor de nieuwe middelen is (nog) geen antidotum aanwezig, dit in tegenstelling tot de behandeling met VKA's.

Inmiddels zijn er zowel nationaal als internationaal meldingen van overleden patiënten, meestal door een operatie, doordat bloedingen niet effectief bestreden kunnen worden. Over bijwerkingen na langdurig gebruik kunnen geen uitspraken gedaan worden. Het is hierbij belangrijk te vermelden dat de nieuwe anticoagulantia een wezenlijk andere categorie medicijnen betreft dan de VKA. Behalve de antistollende effecten zijn de eventuele neveneffecten nog niet geheel te overzien.

CONTRA-INDICATIES

In vergelijking met VKA's heeft dabigatran weinig interacties met andere medicijnen. Gelijktijdig gebruik van verapamil, amiodaron en claritromycine kan bij dabigatran wel leiden tot een versterkte werking.⁹ Omdat dabigatran renaal geklaard wordt, is voorzichtigheid geboden bij nierinsufficiënties en wordt het gebruik ontraden bij een GFR < 30 ml/min). Bij patiënten > 75 jaar wordt geadviseerd om een dosering van 2dd 110 mg te gebruiken.

Er is nog onvoldoende informatie beschikbaar over de effecten van het gebruik van dabigatran door zeer lichte (<50 kg) en zeer zware patiënten (>110 kg). Van de oudere kwetsbare patiënt (>75 jaar), waarbij atriumfibrilleren veel voorkomt, zijn geen onderzoekgegevens beschikbaar. Vergelijkbare adviezen kunnen worden gegeven voor rivaroxaban en apixaban. De exclusiecriteria uit de studies bieden vooralsnog een goede basis om te bepalen welke patiënten niet in aanmerking komen voor een NOAC. De middelen rivaroxaban en apixaban verschillen wel in de mate van renale klaring. Voor apixaban verloopt deze ook deels hepatisch.

WEL OF NIET VOORSCHRIJVEN

De plaatsbepaling van nieuwe anticoagulantia zal in de eerste plaats afhangen van de vergoedingsregeling.^{10,11} Omdat de nieuwe middelen nu nog ongeveer vijf tot acht

keer duurder zijn dan VKA's, inclusief monitoring door de trombosedienst, is het zaak dat alle partijen in de gezondheidszorg zich goed afvragen voor welke indicaties en met welke voortvarendheid nieuwe middelen moeten worden voorgeschreven. Dit zal ook goede onderhandeling tussen de betrokken partijen vergen. De Gezondheidsraad heeft dit jaar een positief advies afgegeven voor gedoseerde invoering, waarbij wel nader onderzoek verlangd wordt om de plaats en de meerwaarde in de Nederlandse situatie vast te stellen.¹⁰

Tevens zullen de geldende richtlijnen aangepast moeten worden. Het ligt voor de hand dat de meeste patiënten een voorkeur zullen hebben voor nieuwe anticoagulantia, vanwege het ontbreken van laboratoriumcontrole en hiermee gepaard gaande beperkingen. Wat een probleem kan zijn, is de therapietrouw. Bij ontbreken van INR-controle zal niemand kunnen vaststellen of een NOAC het gewenste effect in bloed heeft. Dit kan rond bepaalde interventies, zoals cardioversie of operatie, lastig zijn. Patiënten in de grote onderzoeken werden mede geselecteerd op verwachte, goede compliantie. De werkelijkheid is echter weerbarstiger. Een therapieontrouw van 40-50% kan aanleiding geven tot serieuze toename van tromboserisico's.

Overigens is het moeilijk aan te geven waarom, behoudens op basis van kosten, deze middelen niet voorgeschreven zouden kunnen worden aan patiënten die in staat zijn de medicatie geregeld en adequaat te gebruiken. Dit laatste punt is wel een essentiële afweging. Praktische richtlijnen dienen algemeen beschikbaar te komen om behandelaars en patiënten hierin goed bij te staan. Ook laboratoriumbepaling op indicatie (bijvoorbeeld interventies, bloeding, intoxicatie vermoeden et cetera) dient in de richtlijn beschreven te worden. Nieuwe middelen vergen nieuwe labtests. Deze komen nu ook geleidelijk beschikbaar, met name in de grotere laboratoria.¹²

VOORSCHRIJVEN

Met regelmaat stellen patiënten vragen over de nieuwe anticoagulantia. Dit is ook gestimuleerd door de publiciteit die ontstond rond het verschijnen van de grote studies, zoals de RE-LY en ROCKET-AF.^{6,7} Patiënt en/of familie maken ook op die manier kennis met het nieuwe middel. Het is onduidelijk of naast de huidig voorschrijvende specialisten (cardiologen, internisten, neurologen, hematologen) ook huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde de antistollingsbehandeling met NOAC's in toenemende mate gaan initiëren.

Gezien de stellingname van de farmaceutische industrie dat monitoring van de nieuwe middelen overbodig is, ligt laagdrempelig voorschrijven voor de hand. Daarbij bestaat het gevaar dat dergelijke middelen te makkelijk voorgeschreven worden en de mogelijke contra-indicaties en bloedingverhogende factoren zoals nierfunctie, comedicaatie en

comorbiditeit worden onderschat. Dit laatste zal vaker gebeuren als meer verschillende artsdisciplines het middel gaan voorschrijven, omdat de kennis over anticoagulantia traditioneel vooral aanwezig is in de tweede lijn en bij trombosediensten.

BEGELEIDE INTRODUCTIE

Zoals hierboven aangegeven zijn er een aantal kanttekeningen te plaatsen bij het gebruik van de nieuwe orale antistollingsmiddelen. Dat betekent zeker niet dat zij geen waardevolle aanwinst kunnen zijn. Een overhaaste introductie kan echter grote gevolgen hebben voor de kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en beschikbaarheid van de middelen zelf. Het is daarom goed om te zien dat ook de Gezondheidsraad een geleidelijke introductie voorstaat. Dit geeft de behandelaars de gelegenheid zich voor te bereiden op een nieuw medicatiebeleid, met name waar het gaat om begeleiding van patiënten, opbouw van infrastructuur voor labbepalingen en adviezen in geval van bloeding en interventies. Tijdens de introductie van de NOAC's dienen effectiviteit en bijwerkingen te worden geregistreerd, zo mogelijk gespiegeld aan de effecten en bijwerkingen van de VKA's. Ervaring leert dat meestal circa drie jaar na de introductie het scala aan bijwerkingen pas bekend wordt. Daarom lijkt het onwenselijk om de kwetsbare groep ouderen met complexe pathologie te voortvarend bloot te stellen aan de vervangers van de VKA's.

CONCLUSIE

Nieuwe anticoagulantia zijn medicijnen die selectief stolling remmen en daardoor minder interacties hebben met voedsel en medicijnen dan cumarinen (vitamine K-antagonisten). Vooralsnog ontbreekt de noodzaak tot frequente controle van bloedspiegels en dosisaanpassing bij de nieuwe anticoagulantia. Dit betekent voor de patiënt een praktische vereenvoudiging van de behandeling. Nieuwe anticoagulantia zijn nu nog duur in vergelijking met cumarinen. Na registratie valt toepassing op grote schaal op grond van de gunstige praktische aspecten te verwachten. De voorschrijver dient serieus rekening te houden met therapieontrouw bij de inname van medicijnen die geen enkele controle behoeven. Zoals bekend uit onderzoek kan dit percentage oplopen tot rond de 50. Naast het ontbreken van inzicht in eventuele bijwerkingen op lange termijn, dient dit behandelaars te manen tot voorzichtigheid bij het voorschrijven van nieuwe anticoagulantia.

LITERATUUR

1. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: anti-thrombotic therapy to prevent stroke in patients who have non-valvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* 2007;146:857-67.
2. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. www.escardio.org/guidelines

3. Leendertse A, Egberts AC, Stoker LJ, Bemt PM van den. HARM-study. Efficacy and risk factors for prevention of medication related hospital admissions in the Netherlands, Arch Intern Med 2008;168:1890-6.
4. Landelijke standaard Ketenzorg antistolling. www.verenso.nl/richtlijnen
5. Leidraad begeleide introductie nieuwe orale antistollingsmiddelen www.orde.nl/assets/structured-files/Downloads/Leidraad+NOAC.pdf
6. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrium fibrillation. NEJM 2009;361:1139-51.
7. Patel MR, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N.Engl. J Med 2011;365:883-891.
8. Granger CB, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011 Sep 15;365(11):981-92. Epub 2011 Aug 27.
9. Torn M, Bollen WLEM, Meer FJM van der, Wal EE van der, Rosendaal FR. Risk of oral anticoagulant therapy with increasing age. Arch Intern Med 2005;165:1527-32.
10. De Gezondheidsraad. Nieuwe antistollingsmiddelen: een gedoseerde introductie. Mei 2012 www.gezondheidsraad.nl/sites/.../201207antistollingsmiddelen.pdf
11. www.cvz.nl zie rivaroxaban CFH rapport 09/03) en dabigatran CFH rapport 08/16.
12. Ten Cate H. Monitoring new oral anticoagulants, managing thrombosis, or both? Thromb Haemost. 2012 May 2;107(5):803-5. Epub 2012 Mar 22.

Correspondentieadres
m.van.leen@avoord.nl

Onderzoek in de gezondheidszorg

Martin van Leen



Auteurs: Esther Bakker,
Hans van Buuren
Uitgeverij: Noordhoff
Uitgevers
Aantal pag:266
ISBN: 9789 001773076
Prijs: € 41,00
Aantal sterren: 4/5

Onderzoek is in een *evidence-based* medische wereld niet meer weg te denken. Maar het lezen van artikelen, het opzetten van onderzoek en het vertalen naar de dagelijkse praktijk blijft moeilijk. In dit boek zijn de schrijvers erin geslaagd om op zeer goed leesbare wijze de stappen van de totstandkoming van onderzoek te beschrijven. Het boek wordt beschreven aan de hand van vier deelfases (onderwerp en probleem, dataverzameling, data-analyse en interpretatie/verslaglegging).

In elke fase worden de belangrijkste problemen besproken. Steeds wordt men middels vragen geconfronteerd met dilemma's binnen onderzoek en leert men aan de hand van de antwoorden uitslagen op relevantie te beoordelen. Voor degenen die weinig ervaring hebben met statistiek wordt in deelfase drie de onderzoeksfase op begrijpbare wijze de relevantie van statistische beoordelingen uitgelegd.

Dit leerboek wordt al enige tijd gebruikt binnen doelgroepen met geen of weinig kennis van de opzet en beoordeling van onderzoek. Uit de beoordeling van deze gebruikers blijkt dat de praktische en vooral leesbare inhoud van dit boek een hulp kan zijn. Aangezien er in de ouderengeneeskunde een groot hiaat in *evidence* is, lijkt mij het zeer wenselijk en vooral nuttig als zorgaanbieders dit boek op de plank hebben staan.

Correspondentieadres
m.van.leen@avoord.nl

Gebruik USER in het verpleeghuis

Bruikbaarheid van de USER versus de barthelindex

Drs. Jetty Thiesen, specialist ouderengeneeskunde, Axion Continu, Utrecht

Drs. Stijn A.H.J.M. Sicking, specialist ouderengeneeskunde, Axion Continu, locatie Albert van Koningsbruggen, Utrecht

Rob K.B. Fengler, MPA, physician assistant revalidatiegeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Dr. Marcel W.M. Post, senior onderzoeker, Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht

Dr. Anne J.M. Visser-Meily, revalidatiearts en onderzoeker, afdeling Revalidatie Verplegingswetenschappen en Sport, Universitair Medisch Centrum Utrecht

INLEIDING

De laatste jaren neemt de incidentie van cerebrovasculair accident (CVA) langzaam toe. De gemiddelde opnameduur na een CVA in een ziekenhuis laat in diezelfde periode een sterke daling zien.¹ Dit betekent dat patiënten korter opgenomen zijn in het ziekenhuis en eerder doorgeplaatst worden naar een revalidatie-instelling (verpleeghuis, revalidatiecentrum). De triage in het ziekenhuis vindt steeds korter na het acute moment van het CVA plaats. De eerste dagen na het CVA is de definitieve uitkomst en de juiste ontslagbestemming moeilijker te voorspellen.

In 2012 werd de revalidatiezorg in verpleeghuizen bekostigd vanuit de AWBZ. In 2013 is dit overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Vanaf 2014 zal de financiering van deze geriatrische revalidatie volledig plaatsvinden op basis

van DBC's.² Door de toename van het aantal patiënten, de snellere overplaatsing vanuit het ziekenhuis en de veranderde financiering in het verpleeghuis zullen de grenzen tussen het revalidatiecentrum en de revalidatieafdeling van een verpleeghuis mogelijk vervagen. Een intensievere samenwerking tussen deze instellingen zal gewenst zijn.³ Revalidatieafdelingen in verpleeghuizen zullen dan, net als de ziekenhuizen en revalidatiecentra, belang hebben bij een zo kort mogelijke ligduur en al in een vroeg stadium behoefte hebben aan duidelijkheid over de ontslaglocatie van een patiënt.

Om te beoordelen of een patiënt op de juiste plaats is opgenomen, is het van belang een goed beeld te krijgen van de mogelijkheden, belastbaarheid en vooruitgang van een patiënt. In verpleeghuizen wordt veel gebruik gemaakt van

DOEL Onderzoeken of de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van klinische Revalidatie (USER), beter dan de barthelindex, gebruikt kan worden voor het vastleggen van de vooruitgang en het voorspellen van de ontslaglocatie bij patiënten die voor neurologische revalidatie in het verpleeghuis worden opgenomen.

OPZET Longitudinaal observationeel onderzoek.

METHODE Patiënten die voor neurologische revalidatie in het verpleeghuis werden opgenomen, werden geïncludeerd. De USER werd afgenomen in de eerste twee weken na opname en drie tot zes weken na opname. Uit de afgenomen USER werd de barthelindex berekend. De verschilscores van beide meetinstrumenten tussen beide meetmomenten en de voorspellende waarde van de scores bij opname, voor de definitieve ontslaglocatie, werden met elkaar vergeleken.

RESULTATEN In totaal werden 48 patiënten geïncludeerd, waarvan bij 46 een eerste USER, en bij 38 patiënten ook een tweede USER kon worden ingevuld. De gemiddelde scores van de USER bij de eerste meting waren 11,1 (SD 10,8) voor mobiliteit, 11,8 (SD 12,0) voor zelfverzorging en 27,0 (SD 13,5) voor het domein cognitie. Voor de barthelindex was dit 8,0 (SD 7,2). De effect sizes van de domeinen mobiliteit, zelfverzorging en de zelfstandigheidsscore (USER) en de barthelindex lagen dicht bij elkaar (0,42-0,49). Voor de scores van USER mobiliteit en zelfverzorging en de barthelindex was bij de tweede meting sprake van een significante stijging. Er werd een significant verschil gevonden op alle domeinen van de USER en de barthelindex tussen patiënten die wel of niet terug naar huis ontslagen konden worden. Het domein mobiliteit van de USER was de sterkste voorspeller voor de ontslagbestemming. Er werd een rechtlijnig verband gevonden tussen de USER zelfstandigheidsscore en de barthelindex met een correlatie coëfficiënt van 0,97 voor de eerste en 0,98 voor de tweede meting.

CONCLUSIE Uit de resultaten van dit onderzoek bleek dat de USER een geschikt instrument is om de vooruitgang in het revalidatietraject vast te leggen en de ontslaglocatie van een patiënt te voorspellen. Echter, de meerwaarde van de USER ten opzichte van de barthelindex kon bij dit onderzoek op groepsniveau niet aangetoond worden.

de Barthelindex als maat voor de zelfstandigheid van een patiënt in de activiteiten in het dagelijks leven (mobiliteit, persoonlijke verzorging). In revalidatiecentra wordt bij klinische patiënten in toenemende mate de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (USER) gebruikt.⁴ Met de USER wordt het functioneren van de patiënt op de volgende gebieden gemeten: mobiliteit, persoonlijke verzorging, cognitie, stemming, pijn en vermoeidheid.⁵ Het instrument dekt daarmee dus meer gebieden dan de Barthelindex. Door het functioneren en de vooruitgang van een patiënt in een objectieve maat weer te geven, kan meer duidelijkheid worden verkregen over bestaande problematiek, verbetering tijdens revalidatie en de te verwachten ontslagbestemming.

VRAAGSTELLING

In deze studie werd onderzocht of de Utrechts Schaal voor Evaluatie van klinische Revalidatie (USER) bij patiënten die voor neurologische revalidatie in het verpleeghuis opgenomen werden:

1. In staat is om de vooruitgang in het revalidatietraject vast te leggen (responsiviteit). Daarnaast werd onderzocht of de USER hiertoe beter in staat is dan de Barthelindex.
2. Gebruikt kan worden om de definitieve ontslaglocatie van een patiënt te voorspellen, als deze afgenomen wordt in de eerste twee weken na opname. Ook werd onderzocht of de USER hiertoe beter in staat is dan de Barthelindex.
3. Een samenhang laat zien met de scores van de Barthelindex.

METHODE

Deze studie was een longitudinaal observationeel onderzoek. De invoering van de USER in het verpleeghuis viel samen met de start van dit onderzoek. Bij de gegevensverzameling werd gebruikt gemaakt van de gegevens die in het kader van de reguliere zorg verzameld werden.

STUDIEPOPULATIE

Alle patiënten die in de periode 1 december 2011 tot 1 juli 2012 voor neurologische revalidatie werden opgenomen op de revalidatieafdeling van verpleeghuis Albert van Koningsbruggen in Utrecht, werden geïnccludeerd.

DATAVERZAMELING

Binnen twee weken na opname werd de eerste USER afgenomen en drie tot zes weken na opname de tweede, afhankelijk van het moment waarop de patiënt op een multidisciplinair overleg werd besproken. De Barthelindexscore werd uit de USER afgeleid aan de hand van een omrekeningstabel die opgenomen is in de USER-handleiding.⁶

In eerste instantie werd de USER door de onderzoeker, in overleg met een van de verzorgenden, afgenomen. In april 2012 werd het invullen van de USER geleidelijk overgenomen door de (praktijk)verpleegkundigen.

MEETINSTRUMENTEN

De USER bestaat uit 30 items en brengt in objectieve termen de mobiliteit, persoonlijke verzorging en cognitie in kaart. Daarnaast zijn vragen toegevoegd over de subjectieve aspecten vermoeidheid, pijn en stemming.

De domeinen mobiliteit en zelfverzorging omvatten zeven items en het domein cognitie tien. Per item wordt een score van 0-5 toegekend, gebaseerd op de hoeveelheid moeite die een patiënt met een bepaalde actie heeft, hoeveel hulp hij nodig heeft en de mate waarin gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen. Het optellen van de scores van de domeinen mobiliteit en zelfverzorging geeft de zelfstandigheidsscore. De USER wordt door een verzorgende ingevuld op basis van wat een patiënt op de afdeling daadwerkelijk doet en niet op basis van wat gedaan wordt in therapieverband.

De USER is een valide en responsief instrument en in vergelijking met andere meetinstrumenten (BI, FIM, SF-36) het meest geschikte instrument om het activiteitsniveau tijdens klinische revalidatie in kaart te brengen.⁷

De Barthelindex bestaat uit tien vragen en meet de beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en mobiliteit. De items worden gescoord op de mate van hulpbehoefte van een patiënt bij de verschillende activiteiten en worden ingevuld door een verzorgende. De items 'blaas' en 'darm' worden beoordeeld op basis van de frequentie waarin een patiënt incontinent is. De verschillende items worden gescoord op een variërende schaal van 0-1, 0-2 of 0-3. De maximale score is 20.

Naast de scores van de USER en de hieruit berekende Barthelindexscores, werden uit het medisch dossier een aantal patiëntkenmerken genoteerd, zoals de diagnose, voorgeschiedenis, geslacht en medicatiegebruik. De opname- en ontslagdatum en bestemming werden eveneens uit de status overgenomen.

STATISTISCHE ANALYSE

Om de responsiviteit te beoordelen werden effect sizes berekend. De verschillen tussen de eerste en tweede meting werden getoetst met de Wilcoxon test. Met behulp van de Mann-Whitney toets werden de verschillen tussen USER en Barthelindexscores vlak na opname tussen patiënten met een verschillende definitieve ontslagbestemming geanalyseerd. Daarnaast werd logistische regressie gebruikt voor de predictie van de ontslagbestemming uit de Barthelindex en USER-scores. De verklaarde variantie van (Nagelkerke R^2) en de Odds Ratios van USER en Barthelindex werden vergeleken om een uitspraak te doen over welk instrument hiertoe beter in staat was. De sterkte van de samenhang tussen de USER en Barthelindex werd beoordeeld met de Spearman correlatie coëfficiënt en inspectie van scatterplots op tijdstip 1 en 2. Voor de statistische analyses werd gebruik gemaakt van SPSS versie 19.0.

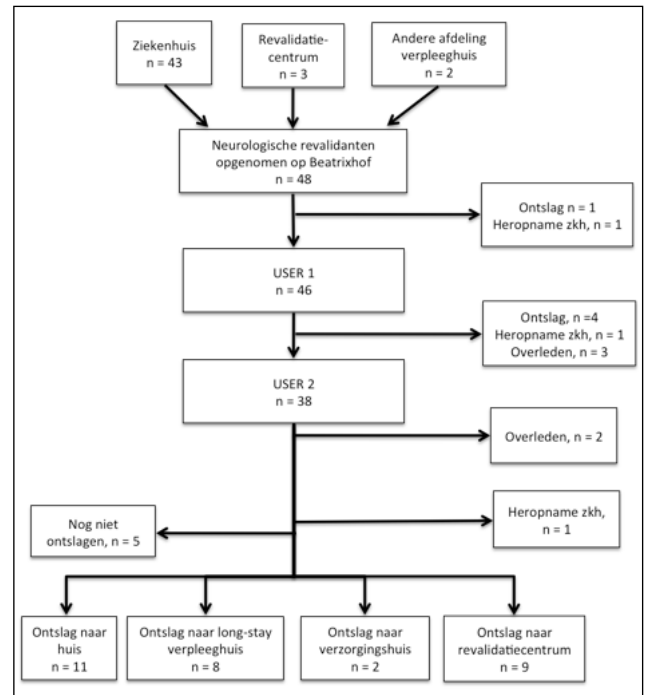
Tabel 1. Kenmerken van revalidanten opgenomen voor neurologische revalidatie.

Kenmerk	n=48
Leeftijd Mean (SD)	69.7 (13.6)
Geslacht (man) %	56.3
Partner (ja) %	68.8
Diagnose %	
CVA Infarct	72.9
CVA Bloeding	18.8
Traumatisch	8.3
Opname vanuit %	
Ziekenhuis	89.5
Revalidatiecentrum of andere afdeling verpleeghuis	10.5
Duur (dagen) tussen CVA en opname verpleeghuis	
Mediaan (IQR)	18 (11.3 - 37.3)
Voorgeschiedenis %	
Eerder CVA	25.0
Hersensbloeding	4.2
Herseninfectie	22.9
Comorbiditeit	
Diabetes mellitus	33.3
Atriumfibrilleren	12.5
Hypertensie	60.4
Medicatie bij opname %	
Bloedverdunners	91.7
Antihypertensieve medicatie	81.3
Lipidenverlagende middelen	52.1

RESULTATEN

De patiëntkarakteristieken zijn weergegeven in tabel 1. In totaal werden 48 patiënten geïnccludeerd. De gemiddelde leeftijd was 69,7 jaar, iets meer dan de helft was man en ongeveer tweederde had een partner.

De meerderheid van de patiënten werd opgenomen na een ischemisch CVA en in een kwart van deze gevallen betrof het een recidief. De gemiddelde Barthelindex bij opname was 8,0 (SD 7,2) De gemiddelde opnameduur was 55,8 dagen (SD 37,3, range 0-149).



Figuur 1. Stroomdiagram.

Bij 46 patiënten kon de eerste USER ingevuld worden en bij 38 ook de tweede (zie figuur 1). De onderdelen stemming, pijn en vermoeidheid waren bij een groot deel van de patiënten niet ingevuld waardoor deze buiten beschouwing zijn gelaten bij de analyses. Van 43 patiënten was de definitieve ontslaglocatie bekend toen de gegevens werden geanalyseerd.

De gemiddelde duur tussen opname in het verpleeghuis en afname van USER 1 was 5,7 dagen (SD 5,0, range 1-25), de gemiddelde duur tussen afname van USER 1 en USER 2 was 25,6 dagen (SD 9,7, range 6-47).

Op de domeinen mobiliteit en zelfverzorging werd bij de eerste USER een gemiddelde score gevonden van 11,1 en 11,8 (zie tabel 2). Bij de tweede USER werd een lichte, maar significante ($p < 0,05$) stijging gezien op beide domeinen. Op het domein cognitie scoorden de patiënten gemiddeld 27,0. De tweede score was niet significant anders.

Tabel 2. USER en Barthelindex scores bij eerste en tweede afname (gemiddelde met standaarddeviatie)

	USER Mobiliteit (0-35)	USER Zelfverzorging (0-35)	USER Cognitie (0-50)	USER Zelfstandigheidsscore* (0-70)	Barthelindex (0-20)
Meting 1 (n=46)	11.1 (10.8)	11.8 (12.0)	27.0 (13.5)	22.9 (21.9)	8.0 (7.2)
Meting 2 (n=38)	14.8 (11.4)	16.1 (13.4)	29.1 (13.8)	31.0 (24.1)	10.5 (7.2)
Verschilscore (n=38)	5.3 (5.6)	5.0 (6.0)	2.5 (8.9)	10.3 (10.2)	3.2 (3.2)
(SD) (range)	(-2 tot 20)	(-2 tot 20)	(-22 tot 21)	(-2 tot 37)	(-1 tot 11)
Effect size	0.49	0.42	0.19	0.47	0.44
Wilcoxon test	4.8	4.5	2.0	5.0	4.5
p-waarde	<0.05	<0.05	0.05	<0.05	<0.05

* Opgetelde score mobiliteit en zelfverzorging

Tabel 3. USER en Barthelindex scores bij de start in verband met ontslagbestemming (gemiddelde met standaarddeviatie)

	Huis* (n=16) Mean (SD)	Elders† (n=21) Mean (SD)	Mann-Whitney test (n=36)
USER 1	n=16	n=20	
Mobiliteit	18.7 (9.0)	7.3 (9.3)	52.0 p<0.05
Zelfverzorging	20.8 (10.9)	8.5 (10.0)	57.0 p<0.05
Cognitie	35.8 (10.8)	23.8 (12.1)	74.5 p<0.05
Zelfstandigheidsscore	39.5 (18.6)	15.8 (18.7)	56.0 p<0.05
Barthelindex 1	13.5 (5.4)	5.8 (6.3)	59.5 p<0.05

* Incl. ontslag naar verzorgingshuis

† Excl. Overlijdens

Tabel 4. Voorspellende waarde van de USER en Barthelindex scores voor definitieve ontslagbestemming

	OR	p	R ²	% correct voorspeld
Barthel Index 1	0.825	<0.05	0.379	80,6%
USER 1*			0.418	80,6%
- mobiliteit	0.914	0.21		
- zelfverzorging	0.993	0.91		
- cognitie	0.949	0.21		
USER 1†	0.884	<0.05	0.361	80,6%
- mobiliteit				

* Logistisch regressiemodel met alle drie de USER-domeinscores

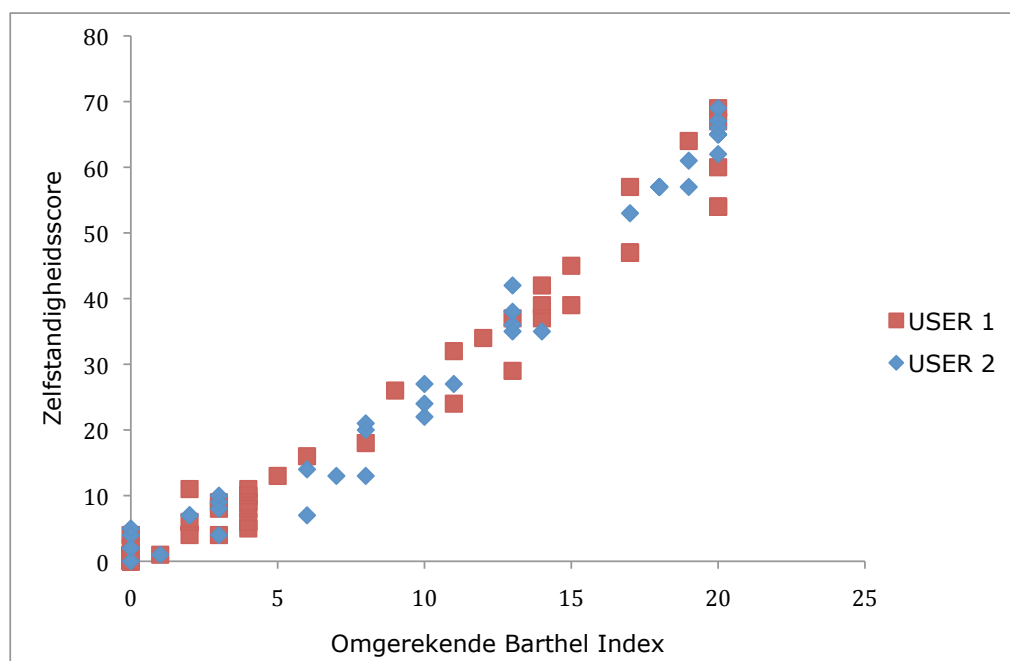
† Uiteindelijk logistisch regressiemodel na de stepwise backward elimination procedure

De effect sizes van de domeinen mobiliteit en zelfverzorging en van de zelfstandigheidsscore (USER) waren vrijwel gelijk aan die van de barthelindex en lagen tussen 0,42 en 0,49.

Patiënten die uiteindelijk terug naar huis ontslagen werden, scoorden bij opname significant beter op de USER en de BI dan de patiënten die niet terugkeerden naar huis (zie

tabel 3). Dit gold voor alle drie de domeinen van de USER, de zelfstandigheidsscore en de barthelindex en was het sterkst voor de USER-cognitiescore.

Uit de resultaten van de logistische regressie (zie tabel 4) bleek dat de score op het domein mobiliteit de sterkste voorspeller van de ontslagbestemming was. De odds ratio van de barthelindex en de USER-mobiliteitscore was ongeveer gelijk.



Figuur 2. Samenhang tussen Zelfstandigheidsscore USER en Barthelindex bij opname (USER 1) en 3-6 weken na opname (USER 2).

In de puntendiagram (zie figuur 2) werden de scores van de Barthelindex afgezet tegen de zelfstandigheidsscore van zowel de eerste als tweede meting van de USER. Te zien is dat beide scores een sterk en rechtlijnig verband met elkaar hadden. De correlatiecoëfficiënt van de USER zelfstandigheidsscore met de omgerekende Barthelindex was bij de eerste meting ($n=46$) $0,97$, $p<0,05$. Bij de tweede meting was de correlatie coëfficiënt ($n=38$) $0,98$, $p<0,05$.

DISCUSSIE

In deze studie werden de responsiviteit en de validiteit van de USER bij neurologische patiënten die werden opgenomen in het verpleeghuis om te revalideren onderzocht. Daarnaast deden we onderzoek naar de eventuele meerwaarden van de USER ten opzichte van de Barthelindex. De USER bleek een geschikt instrument om de vooruitgang in de eerste weken van het revalidatietraject in het verpleeghuis vast te leggen. Echter, op de onderzochte onderdelen bood de USER geen meerwaarde ten opzichte van de Barthelindex. De USER was in dit onderzoek, evenals de Barthelindex, redelijk in staat om bij opname de ontslaglocatie te voorspellen. De domeinen cognitie en zelfverzorging hadden hierbij echter geen toegevoegde waarde ten opzichte van enkel het gebruik van het domein mobiliteit. Mogelijk heeft de toevoeging van het domein cognitie wel andere voordelen die in deze studie niet onderzocht zijn. Er was een sterke samenhang tussen de Barthelindex en de zelfstandigheidsscore van de USER, waarbij de USER met name in de lage scores op de Barthelindex nog variatie liet zien.

Omdat patiënten die voor neurologische revalidatie in het verpleeghuis opgenomen worden vaak een lage Barthelindex hebben, kan de USER hierbij een aanvullende waarde hebben.

Bij de berekende verschillen tussen de eerste en tweede USER-meting van het domein cognitie viel op dat er gemiddeld nauwelijks sprake was van een vooruitgang. Een deel van de patiënten scoorde zelfs slechter bij de tweede meting (29%) (zie tabel 2). Voor zover mogelijk werd bij de patiënten die bij de tweede meting lager scoorden, in het medisch dossier gezocht naar een verklaring voor deze achteruitgang. Er werden echter geen aanwijzingen gevonden die deze achteruitgang konden verklaren.

In 2010 hebben Willems et al. de USER-scores bij opname en bij ontslag vergeleken van patiënten die in het revalidatiecentrum De Hoogstraat opgenomen waren.⁸ Hier werd de USER door een verpleegkundige ingevuld. Bij de diagnosegroep 'hersenen' werd een kleine verbetering gevonden op het domein cognitie van 14%. Echter, deze patiënten bleken over het algemeen bij opname al een hoge cognitiescore (37) te hebben. Patiënten met een lage cognitiescore (<35 punten) bij opname, lieten gedurende de opname een stijging zien van 61%.

Een verklaring voor het kleine verschil in toename van de cognitiescore in deze studie kan de relatief korte periode tussen afname van de beide vragenlijsten zijn. De cognitiescore bij ontslag werd niet afgenomen.

In onze studie werd de USER in overleg met een verzorgende ingevuld. De verzorgenden hadden soms moeite, vooral in de eerste week van opname, een goede inschatting te maken van de cognitieve vermogens van een patiënt. Daarnaast was vaak extra uitleg nodig over de inhoud van de vraag. Mogelijk kan dit ook een verklaring zijn voor de gemeten achteruitgang in cognitieve scores.

Het invullen van de USER neemt ongeveer 10 minuten in beslag⁷, afhankelijk van de ervaring van degene die de USER invult. Onderzoek in het revalidatiecentrum laat zien dat er een goede betrouwbaarheid is van de inter-beoordelaars voor het invullen van de verschillende domeinen van de USER.⁵

De gevonden USER-scores van patiënten opgenomen voor neurologische revalidatie in het verpleeghuis, zijn in alle domeinen aanzienlijk lager vergeleken met de USER-scores in het revalidatiecentrum.^{7,8} In het verpleeghuis wordt over het algemeen een groep patiënten gerevalideerd die meer aangedaan zijn dan patiënten die revalideren in het revalidatiecentrum. Dit blijkt ook uit de resultaten van de Gramps studie.^{9,10}

Een relatief groot deel van de patiënten (zie figuur 1) wordt ontslagen naar een revalidatiecentrum, mogelijk is dit te verklaren door het goed werkende transmurale samenwerkingsverband tussen het Universitair Medisch Centrum Utrecht, het revalidatiecentrum de Hoogstraat en verpleeghuis Albert van Koningsbruggen.^{3,11} Het lijkt aannemelijk dat in verpleeghuizen waar een dergelijk samenwerkingsverband niet bestaat, patiënten eerder naar huis of later naar een long-stay verpleeghuisafdeling worden ontslagen.

In deze studie werd geen toegevoegde waarde gevonden van de USER ten opzichte van de Barthelindex bij het vastleggen van de vooruitgang en het voorspellen van de ontslaglocatie. Mogelijk heeft de USER toch andere voordelen boven de Barthelindex die in deze studie niet onderzocht zijn. Zo geeft de USER een completer beeld van een patiënt omdat ook het domein cognitie en de stemming meegenomen worden. Dit zou er voor kunnen zorgen dat deze kenmerken vast aan bod komen bij multidisciplinaire patiëntbesprekingen. Het is ook mogelijk dat we wel een verschil gezien zouden hebben in de ontslagcores, omdat de USER nog verschillen laat zien in de groep patiënten met een maximale Barthelindexscore.¹²

In dit onderzoek wordt een sterk verband gevonden tussen de USER- en Barthelindexscore. Deze sterke correlatie wordt ook door van de Port et al.⁷ gevonden. Daarnaast is uit deze studie gebleken dat bij de bodemwaarden van de

barthelindex de USER nog variatie gaf. Patiënten die voor neurologische revalidatie in het verpleeghuis opgenomen worden, hebben vaak een lage barthelindex. Juist om deze reden kan de USER een toegevoegde waarde hebben ten opzichte van het gebruik van de barthelindex.

BEPERKINGEN

We hebben helaas een kleine groep patiënten geïncludeerd. Inclusie gedurende een langere periode zal waarschijnlijk een representatiever beeld geven van de patiëntkenmerken en een grotere betrouwbaarheid van de gevonden resultaten.

In deze studie werd enkel gekeken naar de definitieve ontslaglocatie. Hierbij werd geen rekening gehouden met de besluitvorming die tot deze keuze heeft geleid. Zo waren er patiënten die tegen medisch advies in ervoor gekozen hebben om terug naar huis te gaan. Daarnaast werd de eerste ontslagdatum geregistreerd en werd een eventuele heropname na bijvoorbeeld langdurige ziekenhuisopname of tijdelijk verblijf in een revalidatiecentrum, niet meegenomen. Toch vonden wij een sterk verband tussen opnamescores en ontslagbestemming.

In dit onderzoek werd geen USER afgenomen bij ontslag. Hierdoor kan alleen een uitspraak worden gedaan over de voortgang van de patiënten in de eerste periode van de opname en kunnen deze scores niet vergeleken worden met het uiteindelijk behaalde resultaat.

De barthelindexscore werd afgeleid vanuit de USER aan de hand van een daarin opgenomen omreken tabel. Mogelijk hadden we andere resultaten gekregen als de barthelindex onafhankelijk van de USER was ingevuld, maar waarschijnlijk is dat niet.

Ten slotte werden vragen over het onderdeel pijn, vermoeidheid en stemming onvoldoende ingevuld waardoor deze gegevens niet gebruikt konden worden in de analyses. We kunnen nu geen uitspraak doen of juist dit onderdeel van de USER een toegevoegde waarde heeft ten opzichte van de barthelindex.

CONCLUSIE

Het is van belang een goed beeld te krijgen van de mogelijkheden, belastbaarheid en vooruitgang van een patiënt gedurende de revalidatie. Het is daarom belangrijk een meetinstrument te gebruiken dat de functionele status in kaart brengt, te gebruiken is bij multidisciplinair overleg en voldoende responsief is. Onze studie liet zien dat de USER ook een geschikt instrument is voor de verpleeghuispopulatie. We konden in deze kleine studie geen meerwaarde aantonen boven het gebruik van de barthelindex.

LITERATUUR

1. www.nationaalkompas.nl
2. Achterberg, WP. *Samenwerking en innoveren in de geriatrische revalidatie*. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, nov. 2011.
3. Groot AJ de, Dussen L vd, Diepen EC v, Visser-Meily JMA. *CVA-revalidatie gaat samen beter*. Medisch Contact 2010;65 nr 24;1161.
4. Willems M, Berdenis van Berlekom S, Asbeck F v, Post M. *The continuing story: USER als uitkomstmeting van klinische revalidatie*. Revalidata 2010;156.
5. Post M, Port I vd, Peeters R, Baines R, Berlekom S van. *USER: een nieuw generiek instrument voor het vastleggen van uitkomsten van klinische revalidatie*. Revalidata 2006; 132.
6. Post MWM, Willems M, Port IGL vd, Berdenis van Berlekom SH. *Handleiding USER (Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie)*. Voor gebruik bij volwassen revalidanten in klinische revalidatie. Versie 1.3, maart 2012.
7. Port IGL van de, Berdenis van Berlekom S, Baines R, Peeters R, Sikkes R, Raats-Bacxk F, Schilders A, Post M. *Metten = weten: evaluatie van vier meetinstrumenten voor uitkomsten van revalidatie*. Revalidata 2007; 139.
8. Willems M, Berdenis van Berlekom S, Asbeck F v, Post M. *The continuing story: USER als uitkomstmeting van klinische revalidatie*. Revalidata 2010;156.
9. Buijck BI, Zuidema SU, Spruit-van Eijk M, Geurts ACH, Koopmans RTCM. *Neuropsychiatric symptoms in geriatric patients admitted to skilled nursing facilities in nursing homes for rehabilitation after stroke: a longitudinal multicenter study*. Int. J. of Geriatric Psychiatry, Volume 27, Number 7, 1 July 2012, pp. 734-741(8).
10. *Voorlopige resultaten; verkregen via onderzoek site www.gramps.nl; presentatie Verenso*
11. Fengler B, Sicking S, Haafte J v, Port I vd, Berdenis van Berlekom S, Visser-Meily A. *CVA-patiënten 50% actiever in het verpleeghuis dan in het ziekenhuis*. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2012, 1, 11-15.
12. Post MWM, van de Port IGL, Kap B, Berdenis van Berlekom S. *Development and validation of the Utrecht Scale for Evaluation of clinical Rehabilitation (USER)*. Clin Rehabil 2009; 23:909-17.

Correspondentieadres
JThiesen@axioncontinu.nl

Plaveiselcelcarcinoom aan het oor

De keuze voor behandeling binnen de muren van het verpleeghuis

Drs. Satish F.K. Lubeek¹, arts-assistent dermatologie, afdeling Dermatologie, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

Drs. Sanne C.M. Wolf, specialist ouderengeneeskunde, Zorggroep Zuid-Gelderland, Nijmegen

Dr. Marie J.P. Gerritsen, dermatoloog, afdeling Dermatologie, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

INLEIDING

Momenteel is het plaveiselcelcarcinoom na het basaalcelcarcinoom de meest voorkomende vorm van huidkanker in Nederland (incidentie 15.000 per jaar, welke stijgt met 2,3% per jaar). Het merendeel van de plaveiselcelcarcinomen van de huid komt voor bij personen van 65 jaar of ouder (>75%) en de incidentie blijft stijgen naarmate de leeftijd toeneemt.^{1,2} De meeste plaveiselcelcarcinomen zijn gelokaliseerd in het hoofd-halsgebied. De belangrijkste etiologische factor voor het ontwikkelen van een plaveiselcelcarcinoom is blootstelling aan zonlicht. Andere factoren die het risico op het ontwikkelen van een plaveiselcelcarcinoom vergroten zijn onder andere het chronisch gebruik van immunosuppressiva, roken, ioniserende straling en contact met arseen.^{2,3}

Het plaveiselcelcarcinoom metastaseert in gemiddeld 4% van de gevallen, waarbij opgemerkt dient te worden dat de kans op metastasering toeneemt bij onder andere een grotere tumordikte (metastaseringskans tot 16% bij een dikte >6 mm)³, lokalisatie op een oor (metastaseringskans 6-25%)⁴ en bij het gebruik van immunosuppressiva.^{3,5} Daarnaast kan een plaveiselcelcarcinoom van de huid een aanzienlijke morbiditeit met zich meebrengen door onder andere lokale weefseldestructie, ulceratie, secundaire impetiginisatie en de hiermee gepaard gaande pijnklachten. De relatieve vijfjaarsoverleving bedroeg in Nederland tussen 1989-2008 92,0% bij mannen en 94,9% bij vrouwen, waarbij benadrukt moet worden dat de vijfjaarsoverleving bij extradermale invasie (en metastasering) snel afneemt.¹ Meestal is het doel van behandeling om complete verwijdering /destructie van de tumor te bewerkstelligen. Chirurgische excisie wordt hierin beschouwd als de gouden standaard, mede gezien de mogelijkheid tot radicaliteitscontrole. Radiotherapie, cryotherapie en curettage/electrocoagulatie worden in de huidige richtlijnen als alternatieve behandelopties genoemd.²

ZIEKTEGESCHIEDENIS

De casus betreft een 95-jarige dame (Mw. J.). Zij woont sedert begin 2012 in een verpleeghuissetting vanwege toenemende zorgbehoefte bij (onder andere) een morbus Alzheimer. De voorgeschiedenis vermeldt verder onder andere ouderdomslechthorendheid beiderzijds, maculadegeneratie beiderzijds en multiële basaalcelcarcinomen

in het hoofd-halsgebied. Eerdere poliklinische controle via de dermatoloog werd sinds enkele jaren gestaakt vanwege de belasting voor patiënte. In oktober 2010 ontdekte de huisarts per toeval een schilferende, huidkleurige plek op de bovenzijde van de linkeroorschelp, welke (hetero-)anamnestisch in omvang leek toe te nemen. In overleg met een dochter van de patiënte (de wettelijk vertegenwoordigster) werd afgezien van interventie, aangezien het voor patiënte als te belastend werd ervaren naar de dermatoloog in het ziekenhuis te gaan en dit op dat moment als enige optie werd gezien.

Na verhuizing naar het verpleeghuis in maart 2012 valt bij algemeen lichamelijk onderzoek een matig scherp omschreven ulcererende, hyperkeratotische tumor op aan de bovenzijde van de antihelix van het linkeroor met een maximale diameter van 8 mm en verder verspreid in het gehele hoofd-halsgebied uitgebreide actinische schade. Er zijn geen vergrote lymfeklieren palpabel in het hoofd-halsgebied. De tumor is fors secundair geïmpetiginiseerd en klinisch doet deze het meest denken aan een plaveiselcelcarcinoom. Ondanks intermitterende topicale antimicrobiële behandeling met fusidinezuurcrème treedt er recidiverend secundaire impetiginisatie op, veroorzaakt de tumor veel pijnklachten bij mevrouw en kan zij hierdoor inmiddels haar hoorapparaat niet meer dragen in het desbetreffende oor.

Gecombineerd met onder andere de verminderde visus van mevrouw leek er sprake van een verminderde kwaliteit van leven door verminderd vermogen tot communicatie. Dit ging gepaard met een aanzienlijk risico op een delier. In overleg met de dochter van de patiënte wordt ervoor gekozen contact te zoeken met een dermatoloog voor advies. Na fotodocumentatie en histopathologisch onderzoek na stansbiopsie (binnen het verpleeghuis afgenomen door behandelend arts) wordt de waarschijnlijkheidsdiagnose goed gedifferentieerd plaveiselcelcarcinoom gesteld. Patiënte wordt vervolgens besproken in de non-melanoma huidkanker tumorwerkgroep van het in de buurt gelegen Universitair Medisch Centrum. Gezien de frequente secundaire impetiginisatie, pijnklachten en het niet meer kunnen dragen van een hoorapparaat, in combinatie met de afweging van de wettelijk vertegenwoordigster en behandeld arts dat ziekenhuisbezoek niet meer in het belang van mevrouw is, wordt besloten het plaveiselcelcarcinoom op locatie te behandelen

middels curettage en aansluitende cryotherapie onder lokale anesthesie. Patiënte verdraagt de ingreep goed en er doen zich geen complicaties voor. Bij een vervolgbezoek enkele weken na de ingreep is de wond fraai genezen en inmiddels vrijwel gesloten (zie ook foto's). Mevrouw, dochter en de verpleging geven aan dat zich geen pijnklachten of tekenen van secundaire impetiginisatie meer hebben voorgedaan. Er bestaat tevens de mogelijkheid om weer een hoorapparaat aan te meten.



Foto's van het linkeroor van patiënte met het plaveiselcelcarcinoom, respectievelijk voor en na behandeling middels curettage en cryotherapie.

DISCUSSIE

Hoewel excisie als gouden standaard wordt gezien voor de behandeling van een cutaan plaveiselcelcarcinoom, staat dit niet altijd gelijk aan de *beste* behandeling voor de individuele patiënt.

In het algemeen, maar zeker binnen de geriatrische populatie, dient altijd afweging plaats te vinden van de voor- en nadelen van een eventueel in te zetten behandeling. In deze casus was niet curatie het primaire doel van de behandeling, maar symptoombestrijding en een verbetering van de kwaliteit van leven. De eerder genoemde activerende gegevens in deze casus gaven aanleiding om te kiezen voor behandeling middels curettage en cryotherapie, dat binnen de muren van het verpleeghuis kon plaatsvinden. Helaas was er sprake van een aanzienlijke vertraging in deze casus (er zat anderhalf jaar tussen het moment van opmerken en behandelen).

Wij hebben er voor gekozen deze casus te beschrijven, omdat wij van mening zijn dat deze duidelijk weergeeft op welke manier er binnen de huidige gezondheidszorg op eenvoudige wijze *betere* zorg aan mensen geleverd kan worden, met name ook in die situatie waarbij patiënten niet meer in staat zijn naar het ziekenhuis te gaan. Laagdrem-

pelig overleg tussen verschillende zorgprofessionals binnen en buiten het ziekenhuis vergroot de mogelijkheid om op een zorgvuldige manier afwegingen over onder andere behandeling te maken op individueel patiëntniveau. Wij denken dat samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en in dit geval dermatologen van essentieel belang is voor het leveren van gepaste en daarmee de *beste* gezondheidszorg voor ouderen in een verpleeghuis.

CONCLUSIE

Er zijn meerdere behandelopties te bedenken voor het cutane plaveiselcelcarcinoom in de verpleeghuissetting, waarbij niet altijd en alleen curatie als doel op de voorgrond zou hoeven te staan. Overleg tussen specialist ouderengeneeskunde en dermatoloog kan hierbij een duidelijke meerwaarde hebben.

AANKONDIGING

De afdeling Dermatologie en de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het UMC St. Radboud starten binnenkort met een grootschalig onderzoek naar de kwaliteit van dermatologische zorg in Nederlandse verpleeghuizen. Een onderdeel van dit onderzoek zal een digitale enquête zijn, waarvan wij hopen dat u hieraan uw medewerking zult verlenen in geval van benadering.

LITERATUUR

- Hollestein LM, Vries E de, Nijsten T. Trends of cutaneous squamous cell carcinoma in the Netherlands: Increased incidence rates, but stable relative survival and mortality 1989-2008. *Eur J Cancer*. 2012 Sep;48(13):2046-53.
- Richtlijn Plaveiselcelcarcinoom van de huid (2010), Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie.
- Brantsch KD, Meisner C, Schönfisch B, Trilling B, Wehner-Caroli J, Röcken M, et al. Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous-cell carcinoma: a prospective study. *Lancet Oncol*. 2008 Aug;9(8):713-20.
- Clark RR, Soutar DS. Lymph node metastases from auricular squamous cell carcinoma. A systematic review and meta-analysis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008 Oct;61(10):1140-7.
- Berg D, Otley C. Skin cancer in organ transplant recipients: epidemiology, pathogenesis and management. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:1-17.

Correspondentieadres
s.lubeek@derma.umcn.nl

Best practice

Geriatrische revalidatiezorg

Aafke de Groot

Voor de overgang naar de Zorgverzekeringswet is geriatrische revalidatiezorg (GRZ) van alle kanten bekeken. Zo gaat dat met een eersteling. Voordat een wettelijke aanspraak waterdicht kan worden omschreven moet precies worden uitgezocht hoeveel van die zorg, revalidatie in verpleeghuizen in Nederland, geleverd wordt en wat het inhoudt.

In 2005 kwam in opdracht van de NZA een onderzoeksrapport uit: 'Aard en omvang van revalidatie in de AWBZ', 9.000 opnames per jaar in verpleeghuizen voor revalidatie. Drie jaar later werd het onderzoek herhaald en waren het er 27.000. Een verschil dat ook met methodologische aspecten, onvolledige registraties en de invoering van ZZP's te maken had. Het definitieve politieke besluit om de financiering van geriatrische revalidatiezorg over te hevelen, werd in 2009 genomen. Nu, in 2013, wordt voor GRZ uitgegaan van ruim 50.000 opnames per jaar.

In 2011 en 2012 werden de 'Proeftuinen Geriatrische revalidatiezorg' ingericht. Deze proeftuinen hadden als opdracht innovatieve vormen van geriatrische revalidatie te ontwikkelen en te implementeren. Deze innovaties zouden, bij wijze van 'best practices', navolging moeten krijgen in het land. De aanwijzing van proeftuinen is wel wat haastig en willekeurig tot stand gekomen. In Groningen, Drenthe, Limburg en Zeeland hebben de proeftuinen geriatrische revalidatiezorg niet gefunctioneerd.

De innovatieve verrichtingen van de proeftuinen zijn nauwlettend gevolgd met een 'Monitor'. In 2011 (voor- en najaar) en 2012 (voorjaar) zijn drie cohorten van 400 revalidanten uit proeftuinen gevolgd in het SINGER-onderzoek (Samenwerking en Innovatie in Geriatrische Revalidatie, LUMC, MUMC, VUmc). Uit SINGER blijkt dat sinds 2009 de gemiddelde ziekenhuisopnameduur voor CVA en traumatologie met vier dagen is afgenomen, terwijl de gemiddelde duur van revalidatie in het verpleeghuis voor CVA daarbij behoorlijk en voor traumatologie licht afnam (naar respectievelijk 54 en 41 dagen). Het percentage revalidanten dat teruggaat naar huis is toegenomen (van 60% naar ruim 70%). Allemaal goed nieuws dus. Zowel revalidanten, als in iets mindere mate hun mantelzorgers, zijn in dit onderzoek tevreden over de geleverde zorg. Daarmee tekenen zich al contouren van 'best practices' af.

Doen we het inderdaad zo goed in de geriatrische revalidatiezorg? Wat bepaalt de kwaliteit van een geriatrisch revali-

datietraject (of zorgpad)? Daarover is nog weinig evidence, ondanks jarenlange ervaring in zorgketens geriatrische revalidatiezorg. Het gaat zowel om de inhoud van de revalidatiebehandeling als om vloeiende overgangen in het ketenzorgtraject. Makkelijk gezegd, maar veelomvattend om te realiseren. Geriatrische revalidatiezorg stoelt op ouderengeneeskundige- en op revalidatieprincipes: een breed ouderengeneeskundig assessment verrichten, herkenbare doelen (en de ontslagtermijn) vaststellen met de revalidant en diens naasten, regie in het multidisciplinaire behandelplan voeren, deskundige en voldoende inzet van behandelaars en van revalidatieverzorgenden op de afdeling stimuleren. En dan is er ook nog de ketenzorg (met ziekenhuis en eerste lijn) die opgezet, geïmplementeerd en onderhouden moet worden.

Omdat er zoveel organisatorische en bestuurlijke aspecten verband houden met ketenzorg GRZ is, in combinatie met het SINGER-onderzoek, een Leidraad GRZ met aanbevelingen ontwikkeld. Van verschillende kanten wordt door betrokken partijen en experts gekeken naar de gewenste (regionale) GRZ-ontwikkeling. Daarbij is het uitgangspunt dat voldoende passende en deskundige revalidatiezorg voor laag belastbare ouderen in iedere regio beschikbaar is. Het moet gebruikelijk worden dat specialisten ouderengeneeskunde die revalidatiezorg bieden zich inspannen om resultaten te registreren en te publiceren. Het gaat niet echt om de tijdregistratie voor het 'uurtje-factuurje' van de DBC, maar om het klinimetrisch vervolgen van de revalidanten, om kennis te genereren over het beloop. Als ouderengeneeskundigen met een revalidatie-ambitie willen we weten welke therapeutische aanpak succesvol is, hoe multidisciplinaire teams optimaal behandelen, hoe we prognostische factoren onderkennen bij ouderen met multimorbiditeit en hoe we al hun zorgvragen laten meewegen in het behandelprogramma. We willen beter revalideren.

Het laatste woord is uiteraard aan de revalidant en diens naasten. Als zij 'goede zorg' ervaren hebben, deed u het goed. Hebt u al een 'revalidantenpanel' in uw behandelprogramma opgenomen?

Het SINGER-rapport en de Leidraad GRZ zijn te downloaden via www.proeftuinenegeriatrischerevalidatie.nl.

Correspondentieadres
aj.degroot@vumc.nl

Natuurlijk beloop van een symptomatische cystitis

Jeannine Jaski, aios ouderengeneeskunde GERION/VUmc, Birkhoven Zorggoed Amersfoort

KLINISCHE SITUATIE

Mevrouw G., 81 jaar, bewoner van een chronische somatische afdeling en bekend met recidiverende urineweginfecties, hartfalen en M. Parkinson, kreeg in het weekend koorts (38,5°C tympaan). Bij onderzoek werd een niet-zieke vrouw gezien met een lage tensie (90/60 mmHg bij pre-existent reeds lage bloeddrukwaarden tot 110/60 mmHg) en een regelmatige polsfrequentie van 66 slagen/min. Ze klaagde over een pijnlijke, zeer frequente, branderige mictie; ze herkende haar klachten van eerdere urineweginfecties en ondervond er veel hinder van. Er was een actief beleid. Uit het dossier werd duidelijk dat patiënte de voorgaande maand herhaaldelijk behandeld was voor een blaasontsteking. Zeer recent was uit de urine een extended spectrum bètalactamase (ESBL)-producerende E. coli, alleen gevoelig voor meropenem, gekweekt.

In overleg met de dienstdoend internist en infectioloog werd patiënte ingestuurd voor nadere diagnostiek en eventuele behandeling van haar urineweginfectie (meropenem kan alleen intraveneus worden toegediend en dat was in het betreffende verpleeghuis niet mogelijk). In het ziekenhuis bleek haar tensie genormaliseerd en haar temperatuur niet verhoogd. Aanvullend laboratoriumonderzoek toonde een normaal CRP en geen leukocytose. Er leek dus sprake van een ongecompliceerde cystitis. Omdat meropenem niet geïndiceerd is voor ongecompliceerde urineweginfecties werd patiënte onbehandeld teruggeplaatst naar het verpleeghuis. De specialist ouderengeneeskunde kreeg het advies om de cystitisklachten te behandelen met pijnstillers. De risico's van een symptomatische cystitis zonder antibiotische behandeling waren ook bij de specialisten in het ziekenhuis niet bekend. Dit was aanleiding om een literatuuronderzoek te verrichten.

ONDERZOEKSVRAAG

Wat is de kans op complicaties (hoge urineweginfectie en/of sepsis) wanneer een symptomatische cystitis bij oudere (≥ 65 jaar) vrouwen niet antibiotisch wordt behandeld?

METHODE

De zoekopdracht werd geformuleerd volgens het PICO-systeem.

P = vrouwen met een symptomatische cystitis ≥ 65 jaar

I = geen antibiotische behandeling

C = antibiotische behandeling

O = complicaties

Op 28 oktober 2012 werd een search gedaan in PubMed met de zoektermen: cystitis AND placebo; cystitis AND natural course; urinary AND infection AND placebo NOT prophylaxis. Gefilterd werd op 'human' en 'clinical trial' (de filter 'aged 65+' leverde te weinig bruikbare artikelen op en werd verwijderd). Omdat er geen specifieke studies bleken te zijn naar complicatiekansen bij een niet-antibiotische behandeling van een symptomatische cystitis met een ESBL-producerende E. coli en de (schaarse) virulentiestudies suggereren dat ESBL-producerende E. coli niet veel verschillen ten opzichte van andere E. coli-stammen^{7, 8, 9, 10, 11}, werd in de zoekstrategie geen specifieke verwekker opgenomen. Op 28 oktober 2012 werd eveneens gezocht in de Cochrane Library naar systematische reviews met bovengenoemde zoektermen in de titel, abstract of keywords.

In totaal werden in PubMed meer dan 180 artikelen gevonden. Er bleken zeer weinig studies te zijn over het beloop van een (al dan niet bewezen bacteriële) cystitis zonder antibiotische behandeling. Uiteindelijk werden er vijf publicaties gevonden met gegevens over het beloop van een cystitis zonder antibiotische behandeling^{1, 2, 3, 4, 5} (zie tabel 1). Er werden geen relevante systematische reviews in de Cochrane Library gevonden.

RESULTATEN

Geen van de vijf studies had complicaties van een cystitis (zoals een pyelonefritis of sepsis) als eindpunt. De publicaties verschilden onderling sterk in studie-opzet, studieduur en primaire uitkomstmaat. Sommige studies sloten patiënten in die volgens de huidige Verenso-richtlijn⁶ geen urineweginfectie zouden hebben. Daarnaast was bij drie van de vier dubbelblinde studies het gebruik van antibiotica in de placebo- of controlegroep toegestaan (bij aanhoudende hinderlijke klachten), waardoor de onbehandelde groep patiënten uiteindelijk niet goed meer te onderscheiden was van de groep behandeld met antibiotica. Complicaties werden alleen in de studie van Christiaens² gemeld (pyelonefritis, bij een patiënt in de placebogroep). Eén studie onderzocht het effect van pijnstilling (ibuprofen) op cystitisklachten in vergelijking met een antibiotische behandeling.³ Helaas is een betrouwbare uitspraak over het effect van alleen pijnstilling niet mogelijk omdat een groot percentage patiënten in de ibuprofengroep alsnog antibiotica ontving.

Tabel 1.

Auteur	Jaar	Studieopzet	Aantal vrouwen	Leeftijd	Inclusie-criteria	Exclusie-criteria	Behandeling	Observatieduur	Eindpunt	Resultaten	Commentaar
Brooks	1972	Dubbelblind, gerandomiseerd	44, waarvan 20 in placebo-groep	15-75 jaar	Symptomen, < 10 ⁴ CFU/ml (geen infectie)	O.a. hart-nier-leverfalen	Co-trimoxazol 240 mg 4 dd of placebo; 7 dagen	2 dagen, 9 dagen, 6 weken en 3 maanden	Tijd tot bacteriurie, tijd tot klachten	76% van de patiënten op co-trimoxazol waren binnen 4 dagen symptomvrij vs. 60% van placebo-patiënten	Geen complicaties genoemd
Christiaens	2002	Dubbelblind, gerandomiseerd	78, waarvan 56 een positieve kweek; 38 in placebo-groep	15-54 jaar; gem. 29 jaar in placebo-groep en 31 in de nitrofurantoinegroep	Symptomen en positieve test leukocytenesterase	O.a. nier- en urologische afwijkingen, koorts, diabetes, patiënten met herhaalde of recente UWI, postmenopauzale atrofie	Nitrofurantoinine 100 mg 4 dd of placebo; 3 dagen	3 dagen, 7 dagen, 14 dagen	Gecom-bineerd eindpunt: genezing of verbetering van symptomen	Placebo: na 3 dagen, 7 dagen en 14 dagen had 80%, 58%, nog symptomen versus 63% en 30% op nitrofurantoinine	Veel patiënten in de placebogroep stopten tussentijds met de studie omdat symptomen toenamen. Eén pyelonefritis in placebogroep
Ferry	2004	Dubbelblind, gerandomiseerd	1143, waarvan 288 op placebo; 20% had een negatieve kweek	> 18 jaar (50% was 25-54 jaar; 28% was 55 jaar en ouder)	Symptomen (positieve kweek niet nodig)	O.a. diabetes, afwijking urine-wegen, incontinentie, eerdere recente UWI	Pivmecillinam of placebo; 7 dagen	8-10 dagen, 5-7 weken	Symptomen	Na 8-10 dagen was 28% vrij van symptomen, na 5-7 weken 54% vrij van symptomen. Corr voor dropout: 36% en 24%	Op het eind slechts 58% van de originele placebogroep; groot percentage drop-outs wegens toenemen symptomen en antibiotische behandeling (39% vóór eerste visite). Geen gegevens over complicaties.
Bleidorn	2010	Dubbelblind, gerandomiseerd	79; 40 in ibuprofen-groep	18-85 jaar; gem. 44,6 jaar in ibuprofen-groep en 43,7 in de ciprofloxacin-groep	Symptomen (positieve kweek niet nodig)	O.a. diabetes, nierziekten, urologische afwijkingen, 'andere ernstige aandoeningen'	Ibuprofen 400 mg 3 dd of ciproxin 250 mg 2 dd *+ 1 placebo; 3 dagen	4 dagen, 7 dagen, follow-up na 28 dagen	Symptomen	Dag 4, dag 7 symptomvrij ibuprofen 58,3%, 75% ciproxin 51,5%, 60,6%	Tussen dag 0 en 9 kreeg 33% in ibuprofen-groep alsnog antibiotica wegens persisterende of toenemende klachten, 18% in ciproxingroep. Slechts 29-30% positief voor nitriet. Geen gegevens over resultaat op dag 28
Little	2010	Observationeel	684 met symptomen	18-75 jaar	Symptomen (511), symptomen plus infectie (328 waarvan 17 aanvankelijk geen antibiotica)	O.a. leeftijd > 75 jaar, noodzaak antibiotische behandeling, dementie	Geen	Maximaal 14 dagen	Symptomen	Geen antibiotica of resistente micro-organisme 50-60% langere duur klachten en meer dan 50% toename van de ernst van de klachten	Uiteindelijk kreeg 93% van de patiënten binnen de observatieduur antibiotica

CONCLUSIE

Er zijn weinig studies gepubliceerd over het beloop van een cystitis zonder antibiotische therapie. Geen van deze studies geeft inzicht in de complicatiekansen van het niet-antibiotisch behandelen van een symptomatische cystitis. Daarnaast is op grond van de gevonden artikelen geen betrouwbare uitspraak te doen over het effect van alleen pijnstilling op de symptomen van een cystitis. Dit gebrek aan gegevens bemoeilijkt beleidsbeslissingen in situaties zoals die van mevrouw G. Ook ontbreekt hierdoor inzicht in de mogelijkheden en gevolgen van het niet-antibiotisch behandelen van een symptomatische cystitis in de laatste levensfase. In het licht hiervan zou de Verenso-richtlijn urineweginfecties moeten worden aangepast door te wijzen op de onbekende complicatierisico's van een onbehandelde symptomatische cystitis, met adviezen over de aard en frequentie van de controles die hierbij nodig zijn.

LITERATUUR

1. Little P, Merriman R, Turner S, Rumsby K, Warner G, Lowes JA, Smith H, et al. Presentation, pattern, and natural course of severe symptoms, and role of antibiotics and antibiotic resistance among patients presenting with suspected uncomplicated urinary tract infection in primary care: observational study. *BMJ* 2010;340:b5633.
2. Christiaens T, De Meyere M, Verschraegen G, Peersman W, Heytens S, De Maeseneer JM. Randomized controlled trial of nitrofurantoin versus placebo in the treatment of uncomplicated urinary tract infection in adult women. *Br J Gen Pract* 2002;52:729-34.
3. Bleidorn J, Gágyor I, Kochen MM, Wegscheider K, Hummers-Pradier E. Symptomatic treatment (ibuprofen) or antibiotics (ciprofloxacin) for uncomplicated urinary tract infection? - Results of a randomized controlled pilot trial. *BMC Med* 2010;8:30.
4. Ferry SA, Holm SE, Stenlund H, Lundholm R, Monsen TJ. The natural course of uncomplicated lower urinary tract infection in women illustrated by a randomized placebo controlled study. *Scand J Infect Dis*. 2004;36:296-301.
5. Brooks D, Garrett G, Holliehead R. Sulphadimidine, cotrimoxazole, and a placebo in the management of symptomatic urinary tract infection in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1972;22:695-703.
6. NVVA/Verenso. Richtlijn Urineweginfecties; 2006.
7. Melzer M, Petersen I. Mortality following bacteraemic infection caused by extended spectrum beta-lactamase (ESBL) producing *E. coli* compared to non-ESBL producing *E. coli*. *J Infect* 2007;55:254-9.
8. Branger C, Zamfir O, Geoffroy S, Laurans G, Arlet G, Thien HV, Gouriou S, et al. Genetic background of *Escherichia coli* producing CTX-M beta-lactamase type. *Emerging Infect Dis* 2005;11:54-61.
9. Lavigne JP, Blanc-Potard AB, Bourg G, Moreau J, Chanal C, Bouziges N, O'Callaghan D, et al. Virulence genotype and nematode-killing properties of extra-intestinal *Escherichia coli* producing CTX-M β -lactamases. *Clin Microbiol Infect* 2006;12:1199-206.
10. Pitout JD, Laupland KB, Church DL, Menard ML, Johnson JR. Virulence factors of *Escherichia coli* isolates that produce CTX-M-type extended -spectrum beta-lactamases. *Antimicrob Agents Chemother* 2005;49:4667-70.
11. Li S, Qu Y, Hu D, S Y. Comparison of extended spectrum β -lactamases-producing *Escherichia coli* with non-ESBLs-producing *E. coli*; drug-resistance and virulence. *World J Emerg Med* 2012; 3:208-2012.

Correspondentieadres
jaski.jj@gmail.com

Het effect van antidepressiva voor depressie bij dementie

Drs. Charlotte Griffioen, aios ouderengeneeskunde

INLEIDING

Tijdens mijn GGz-stage bezocht ik een dame van 78 jaar bekend met een alzheimerdementie waarbij ik een depressie vaststelde. Volgens de richtlijn van Verenso bestaat de behandeling van een depressie uit gerichte niet-farmacologische interventies (op advies of onder begeleiding van een psycholoog) of een antidepressivum, of de combinatie hiervan. Naast niet farmacologische interventies overwoog ik een antidepressivum te starten. Ik had echter kort daarvoor een artikel gelezen over het gebruik van antidepressiva bij mensen met depressie bij een dementie. In dit artikel stond

als conclusie dat onderzoek een gunstig effect van antidepressiva bij patiënten met een depressie en een dementie niet bevestigt. In de praktijk wordt echter een dergelijk effect wel geclaimd. Om een beter evidence-based besluit te kunnen nemen over het wel of niet starten van een antidepressivum bij een patiënt bekend met dementie, heb ik deze CAT geschreven.

VRAAGSTELLING

Zijn antidepressiva effectief bij een depressie bij een patiënt bekend met een dementie?

Tabel 1. Resultaten

Artikel	Onderzoekopzet en resultaten	Kwaliteit en bespreking	Conclusie auteurs
Bains 2002 Meta-analyse ¹	<ul style="list-style-type: none"> - Zeven studies met 769 deelnemers. - Meta-analyse met 137 deelnemers; de andere studies konden niet genoeg data aanleveren voor meta-analyse. - De gebruikte medicamenten zijn: maprotiline, sertraline, citalopram, clomiparmin, fluoxetine imipramine, moclobemide. - Er zijn twee kleine, significante positieve effecten voor het gebruik van sertraline. - In de meta-analyse zijn er significant vaker bijwerkingen in de behandelgroep versus placebogroep: OR 1.42 (95% CI 1.07- 1.89). 	<p>Redelijk.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er zijn vier studies geïncludeerd in de meta-analyse. De geïncludeerde onderzoeken hebben een laag deelnemersaantal. - Er worden in veel studies weinig gebruikte antidepressiva onderzocht; Slechts in één studie de meest gebruikte SSRI sertraline. - Verschillende maten voor beoordelen depressie. - Het gevonden kleine effect komt voort uit één studie met slechts 44 deelnemers. 	<p>Aanwezige onderzoeken ondersteunen zwak het idee dat antidepressiva (SSRI's en TCA's) effectief zijn voor patiënten bekend met depressie en dementie.</p>
Nelson 2011 Meta-analyse ²	<ul style="list-style-type: none"> - Zeven studies met 330 deelnemers. - Door andere inclusie criteria komen vier artikelen overeen met de Cochrane review. - Aanwezigheid van depressie is in de studies beoordeeld met verschillende depressiescores (HDRS, CSDD of MADRS) aan begin en einde van het onderzoek. - Slechts twee van de zeven studies vonden een voordeel van het gebruik van antidepressiva boven placebo. - Gepooled effect: OR= 2.12 (95% CI 0.94 - 4.70, Z=1.84 p=.07). 	<p>Redelijk.</p> <p>De klinische heterogeniteit van de geïncludeerde onderzoeken is groot. Daarnaast hebben alle studies een laag deelnemersaantal.</p>	<p>Bewijs voor het gebruik van antidepressiva bij een patiënt met dementie kan niet door dit onderzoek geleverd worden.</p>
Banerjee 2011 Randomised Controlled Trial ³	<ul style="list-style-type: none"> - 326 deelnemers met depressie en de ziekte van Alzheimer. - Interventies: sertraline versus mirtazapine versus placebo. - primaire uitkomst: daling op de Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD). - Na 39 weken gemiddeld verschil sertraline en placebo op de Cornell depressie schaal niet significant. 0.37 (95% CI -2.12 - 0.79 p=0.62). - Meer bijwerkingen in de antidepressiva-groep. 	<p>Goed.</p> <p>Het onderzoek is dubbelblind, placebo gecontroleerd en gerandomiseerd. Er is een grotere loss to follow-up na 39 weken bij de groepen die medicatie gebruikten.</p>	<p>Door de afwezigheid van effect van sertraline vergeleken met een placebo en verhoogd risico op bijwerkingen, raden de auteurs aan het gebruik van antidepressiva in het algemeen als eerste keus voor de behandeling van depressie bij de ziekte van Alzheimer te heroverwegen.</p>

ZOEKSTRATEGIE

Om deze vraag te beantwoorden heb ik gezocht in de Cochrane-database met de termen 'depression' en 'dementia'. Hieruit kwamen 21 artikelen. Van deze artikelen kwam een titel overeen met mijn zoekvraag.¹ Vervolgens heb ik gezocht via Pubmed met de zoektermen 'Dementia'[Mesh] AND 'Antidepressive Agents'[Mesh]. Hierbij kwamen 2232 resultaten naar voren (augustus 2012). Om deze zoekopdracht te beperken heb ik gekozen om gelimiteerd te zoeken op 'meta-analysis'. Van de zeven resultaten kwamen er twee meta-analyses naar voren die naadloos aansloten bij mijn onderzoeksvraag: een onderzoek van de Cochrane collaboration en een onderzoek van Nelson en Devanand.² Om deze meta-analyses aan te vullen met recente artikelen heb ik opnieuw een Pubmed search uitgevoerd met dezelfde zoekstrategie maar nu gelimiteerd op Randomized Controlled Trial vanaf 2009. Hieruit kwamen zes artikelen naar voren, waarvan een artikel bruikbaar was.³

CONCLUSIE

De meta-analyses verricht door Bains et al. en Nelson et al. hebben beide beperkingen vanwege het kleine aantal deelnemers en de grote klinische heterogeniteit tussen individuele trials. Een verdergaande conclusie dan dat het bewijs van het gebrek aan effectiviteit van antidepressiva zwak is, kan daarom niet getrokken worden op basis van deze meta-analyses. Het grotere onderzoek van Banerjee et al. heeft meer power. In het onderzoek wordt, in lijn met de bevindingen van de meta-analyses, gevonden dat sertraline

en mirtazapine bij patiënten met Alzheimer geen effect hebben vergeleken met een placebo. De auteurs merken naar mijn mening terecht op dat een antidepressivum als behandeling van depressie bij een patiënt met de ziekte van Alzheimer misschien niet de eerste keus is. Er zijn wel meta-analyses uitgevoerd waarbij aangetoond wordt dat psychosociale activiteiten wel effectief zijn bij een depressie bij dementie. Misschien is dit een mooi onderwerp voor een volgende CAT.

LITERATUURLIJST

1. *Herziende richtlijn probleemgedrag. Verenso 2008.*
2. Bains J, Birks JS, Denning TR. *The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002;(4):CD003944. Update 26-5-2005.*
3. Nelson JC, Devanand DP. *A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. J Am Geriatr Soc 2011;59(4):577-85.*
4. Banerjee S. et al. *Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multi-centre, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2011;78(9789):403-11.*

Correspondentieadres
charlottegriffioen@gmail.com

De AWBZ in de toekomst

Hoe verder met de zorg voor kwetsbare ouderen

*Martin W.F. van Leen, specialist ouderengeneeskunde, manager Medische Zaken, Avoord Zorg en Wonen te Etten-Leur/Zundert
Prof. dr. Jos M.G.A. Schols, Universities Maastricht en Vivre Maastricht*

Volgens het regeerakkoord is het kabinet voorstander van meer maatwerk in de ouderenzorg. Tevens wil men fors bezuinigen op de wijze waarop de ouderenzorg nu nog vorm gegeven wordt. Dat moet gerealiseerd worden door de zorg op een andere wijze gestalte te geven. De regie moet terug naar de cliënt. De zorg en dienstverlening moeten zoveel mogelijk geschieden in de eigen woonomgeving van de cliënt en liefst niet in een intramurale setting, of alleen dan als het echt, maar dan ook echt niet meer thuis kan. Verzorgingshuizen zullen verdwijnen en de mantelzorg zal een nog prominentere rol moeten gaan spelen. Delen van de huidige AWBZ-zorg gaan naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), onder regie van de gemeenten, en naar de zorgverzekeringswet (ZVW). Niet in de laatste plaats zullen er ook voelbare consequenties zijn voor ouderen met een eigen financieel vermogen. Het doel is om binnen de ouderenzorg in een periode van vier jaar zeker 2,5-3,0 miljard te bezuinigen. Daarmee zal het toekomstbeeld van de ouderenzorg er compleet anders uitzien.

De voorgestane veranderingen in de ouderenzorg leiden tot vragen op velerlei fronten. Een belangrijke vraag is bijvoorbeeld welke impact deze wijzigingen hebben voor de kwetsbare ouderen zelf, en zeker voor ouderen met een kleine beurs en een klein sociaal netwerk. Ook is er de vraag naar wat de concrete, extra gevolgen voor de mantelzorgondersteuning zullen zijn. Nu al wordt door de noodzaak van het tot op hogere leeftijd doorwerken een afname van het aantal informele zorgers verwacht. Kinderen zullen langer moeten blijven werken om de eveneens in de toekomst te verwachten extra fiscale lasten te kunnen dragen. Partners van hulpbehoevende ouderen zijn nu al vaak het sterkst belast en kijkend naar de actuele redenen voor opname in een zorginstelling, is het juist die belasting die het meest frequent reden is voor opname.

Ook voor zorgaanbieders ontstaan er voelbare veranderingen. Bij het extramuraliseren van hun zorgverlening is er primair nog te weinig aandacht voor de directe exploitatie van de gebouwgebonden zorg- en dienstverlening. Ook daar zullen de gevolgen van het extramuraliseren direct voelbaar zijn, zowel voor henzelf als de (toekomstige) cliënten. De vraag is waartoe dat zal leiden. Tenslotte speelt ook de vraag over de wenselijke en noodzakelijke inzet van intramurale professionals in de toekomst.

Hieronder derhalve in het kort enkele relevante aspecten van de te verwachten transformatie van de ouderenzorg.

EXTRAMURALISEREN

In het regeerakkoord van Rutte I werd gesproken over het scheiden van wonen en zorg voor de lichtere ZorgZwaartePakketten (ZZP) binnen de intramurale zorg. Met het Lente-akkoord (2012) is er gekozen voor een volledige extramuralisering van ZZP VV 1 t/m 3, en in het regeerakkoord van Rutte II is daar nog de extramuralisering van ZZP 4 aan toegevoegd. Voor ZZP 1 en 2 geldt dit al vanaf 2013, voor ZZP 3 vanaf 2014 en als het voorgestane beleid niet wijzigt, voor ZZP 4 vanaf 2015. Dat betekent dat de oorspronkelijke verzorgingshuiszorg per 1 januari 2015 niet meer bestaat en dat er dan alleen nog voor de zogenaamde verpleeghuiszorg vanaf ZZP VV 5 geïndiceerd zal worden. In 2015 wordt ook de ondersteunende zorg aan huis, zoals hulp bij het aan- en uitkleden, overgeheveld naar de WMO, terwijl de beoordeling over de rechten op deze zorg zullen geschieden door een wijkverpleegkundige. Dit leidt tot twee financieringsstromen aangezien de wijkverpleegkundige dan uit de ZVW betaald wordt.

Het verschil tussen de twee verschillende beleidsconcepten van respectievelijk Rutte I en II zit hem ook in de mate waarin de overige dienstverlening wordt geïndiceerd en vergoed. Bij het scheiden van wonen en zorg behouden cliënten de aanspraak op het wonen in een verzorgingshuis, maar ze betalen wel zelf huur en de zorg is er aan gekoppeld middels een verblijfsindicatie (= ZZP-indicatie). Op basis van deze verblijfsindicatie hebben zij recht op een integraal pakket van zorg- en dienstverlening, dat vergoed wordt via de AWBZ. Het volledig pakket thuis (VPT) is hiervan een voorbeeld. Bij volledige extramuralisering van de oorspronkelijke verzorgingshuiszorg krijgen cliënten die voorheen geïndiceerd zouden worden voor een ZZP 1-4 geen verblijfsindicatie meer. Dat wil zeggen dat deze cliënten in de toekomst alleen aanspraak maken op (en een vergoeding krijgen voor) de zorgfuncties die extramuraal verleend worden en die gefinancierd worden vanuit de AWBZ en de WMO.

De oorspronkelijke verzorgingshuiszorg verdwijnt dus in de komende jaren. Het is nog niet duidelijk wat voor consequenties dit zal hebben voor de zorgaanbieders zelf. Het is zeker niet ondenkbaar dat er door onvoldoende instroom in de oorspronkelijke verzorgingshuizen financiële proble-

men kunnen ontstaan waardoor op sommige plaatsen mogelijk de hele intramurale zorg in de gevarenzone komt. Als zorgaanbieders het besluit nemen om een oorspronkelijke verzorgingshuislocatie verder te exploiteren, zijn er twee keuzes: overgaan op cliënten met een indicatie voor de hogere zorgzwaartepakketten (er dus een verpleeghuis van maken) dan wel de vrijkomende appartementen verhuren aan cliënten met een indicatie voor extramurale zorg. Gezien het voorgestane beleid en de budgettaire beperkingen zal een forse toename van cliënten met zware zorg (ZZP 5 of hoger) waarschijnlijk niet toegestaan worden.

In het tweede scenario speelt met name de verhuurbaarheid van de appartementen een rol. En dat laatste zal zeker een groot probleem worden voor de oudere verzorgingshuizen, die nog niet de woonfaciliteiten hebben die de huidige cliënten steeds meer eisen. Indien een verzorgingshuis zich (deels) gaat richten op bewoners met een indicatie voor extramurale zorg, heeft dit in ieder geval grote gevolgen voor de exploitatie van de algemene voorzieningen en services, die nu nog wel door de huidige verzorgingshuizen worden aangeboden. Het betreft hier naast de 24-uurs aanwezigheid van zorg bijvoorbeeld de maaltjidservice, de schoonmaakservice, de wasservice, de huismeesterservice, de winkelvoorziening, het restaurant en de receptie et cetera. Omdat in de toekomst in de nieuwe (verhuur) situatie een aanzienlijk deel van de bewoners geen verblijfsindicatie meer heeft, zal men voor de continuering van deze services afhankelijk zijn van de bereidheid van de huurders om hiervoor te betalen.

Bij een voelbaar tekort aan beschikbare plaatsen zal extra betalen voor deze services wellicht een kleiner probleem zijn, maar bij leegstand en voldoende andere keuzen qua woningaanbod ligt dat duidelijk anders. Zorgaanbieders worden dan genoodzaakt deze servicevoorzieningen (deels) af te bouwen, tenzij gemeenten een adequate financiële bijdrage leveren op grond van de WMO. Bovendien zal dan direct het probleem van tweedeling duidelijk worden, als dit tenminste een issue blijft in onze huidige polariserende samenleving.

Bij extramuraliseren gaat het voor de zorgaanbieders dus vooral om vragen als:

1. Welke voorzieningen en services kan of ga ik straks in mijn huidige verzorgingshuislocatie (nog) leveren?
2. Hoe ga ik deze services aanbieden: in een verplicht pakket of facultatief?
3. Hoe en door wie worden de voorzieningen en services gefinancierd als dit niet meer automatisch geregeld is via de AWBZ?
4. Hoe zit het met de financiële draagkracht van de bewoners: kunnen en willen bewoners naast de kosten van huur, gas, water, licht en de eigen bijdrage voor de AWBZ/WMO ook nog de servicekosten en de eventuele kosten van extra voorzieningen betalen?

5. Ga ik de functies dagbesteding en persoonlijke verzorging vanaf 2015 nog wel aanbieden als deze met een forse korting worden overgeheveld naar de WMO? En zo ja, hoe?

GEVOLGEN

De verwachting is dat de extramuralisering van ZZP's 1 en 2 weinig tot geen problemen zal opleveren voor cliënten. Zij zijn over het algemeen nog redelijk zelfstandig, ook wat betreft hun algemene dagelijkse activiteiten. De zorg en dienstverlening voor deze cliënten kan extramuraal op verantwoorde wijze worden geleverd, zonder dat de kwaliteit van zorg of toegankelijkheid in het gedrang komen. Voor cliënten met een indicatie ZZP 3 en 4 geldt dit in mindere mate. Vooral cliënten met een ZZP 4 hebben al te maken met een aanzienlijk regieverlies, waardoor meer intensieve en vooral continue begeleiding noodzakelijk is. Daarnaast hebben deze cliënten over het algemeen veel geplande en ongeplande hulp nodig als het gaat om dagelijkse activiteiten zoals wassen en aankleden, de toiletgang, eten en drinken, huishoudelijke verzorging et cetera. Een deel schuurt ook echt al tegen de verpleeghuiszorg aan. Vanwege het regieverlies en de aanwezige zorgbehoefte kiest nu al een groot deel van deze cliënten c.q. hun familieleden ervoor om te verhuizen naar een veilige, beschermde omgeving met alle voorzieningen binnen handbereik. En momenteel biedt een verzorgingshuis juist die beschermde omgeving; met name ook dan wanneer deze thuis al niet meer geboden kan worden door het samenspel van mantelzorg en professionele thuiszorg. Als deze mogelijkheid voor de ZZP 4-groep straks verdwijnt en deze cliënten wellicht moeten overgaan tot de huur van een voormalig verzorgingshuisappartement, is het maar zeer de vraag of financiering van alle noodzakelijke zorg en dienstverlening vanuit de extramurale vergoeding geregeld kan worden. En ook wat het verlies aan welzijnsactiviteiten en ondersteunende service uiteindelijk zal betekenen voor de ongewenste progressie van hun zorgvraag richting een eventueel hogere ZZP.

GAAT HET OOK THUIS LUKKEN?

Bij al deze veranderingen rijst dan ook nog de vraag of we wel echt verantwoorde zorg kunnen leveren aan straks veel langer thuiswonende kwetsbare ouderen. Problematiek die in de huidige situatie vaak nog door geschoold zorgpersoneel wordt opgelost, komt straks veel langer en in sterkere mate op de schouders van de mantelzorger terecht. Hiervan is bekend dat deze nu al vaak overbelast is. Bovendien is de vraag of het aantal mantelzorgers in de toekomst wel daadwerkelijk zo sterk zal groeien. We wezen daar in het begin van dit artikel al op. Worden in het regeerakkoord hiervoor überhaupt haalbare oplossingen aangedragen?

In het regeerakkoord wordt op de eerste plaats melding gemaakt van een ruime financiële injectie voor uitbreiding van het aantal wijkverpleegkundigen. Een lovenswaardig streven want, mits deze een gedegen opleiding op het gebied

van de geriatrische problematiek krijgen/hebben, kunnen zij immers goed functioneren als integraal casemanager, de informele zorg ondersteunen en coachen én bovendien een doelmatige inzet van de schaarse professionele zorg arrangeren. De coördinatie van langdurige zorg lijkt daarmee in goede handen te zijn. Maar, er dreigt hier ook een probleem: waar halen we deze wijkverpleegkundigen vandaan? Ondanks stimuleringsmaatregelen van de laatste jaren is er nu al een toenemend tekort aan deskundige handen, zeker in de grote steden.

Een tweede oplossingsrichting wordt gegeven door de schets van een ideaaltypisch ontwikkeltraject binnen de professionele ouderenzorg en dienstverlening. De wens is namelijk om te komen tot een echte integrale ouderenzorg, dichtbij de eigen woonomgeving van de kwetsbare oudere, waarbij het primaat bij de huisarts en de overige eerstelijns-professionals komt te liggen. Deze zorgverleners zouden niet alleen proactief kwetsbare ouderen moeten opsporen en vervolgens een niet betuttelende doch eerder empowerende zorgondersteuning moeten bieden, maar moeten daarbij bovendien kunnen terugvallen op complementaire advisering vanuit de tweede- en derde lijn. In dit zorgmodel moeten de huidige grenzen tussen de echelons vervagen en moet er sprake zijn van een zeer nauwe samenwerking en afstemming tussen alle zorgverleners. Dit alles ten gunste van de kwetsbare oudere zelf, die ook nadrukkelijk een eigen rol als verantwoordelijk partner in de zorg moet spelen. Ook dit streven lijkt bemoedigend, maar het realiseren ervan zal niet zonder slag of stoot gebeuren en de vraag is waar we staan in 2015.

Een derde positief effect waarop in het regeerakkoord gewezen wordt, vormt wellicht de aanstomende grijze golf zelf waardoor er straks ook steeds meer gezonde gepensioneerde 67+'ers(!) komen. De nadrukkelijke hoop van de overheid is dat zij straks aanvullende (en vrijwillige) handen spandiensten gaan leveren. Maar willen ze dat werkelijk?

Samengevat zijn er zeker oplossingsrichtingen te vinden, maar de vraag blijft of ze op zo'n korte termijn volledig en ook in samenhang haalbaar zijn.

PROFESSIELE UITDAGINGEN

Het lijkt onomstreden te zijn dat het primaat van de ouderenzorg en dus ook de regie en coördinatie van de zorg voor kwetsbare ouderen in de eerstelijns komt te liggen. We stomen dus langzaam maar uiteindelijk gestaag op richting een voornamelijk eerstelijns ouderenzorg, geleverd door een hopelijk goed ondersteund eerstelijns geriatrisch netwerk bestaande uit diverse disciplines, die deels hun huidige echelon zullen doorbreken. Hoe dit proces ook zal verlopen, als zorgaanbieders en zorgprofessionals een zichtbare rol willen spelen in het toekomstige extramurale veld, dan zullen ze een proactieve houding moeten

aannemen. Dat geldt niet in de laatste plaats voor de verpleeghuisprofessionals!

De tijd van passief afwachten is nu echt voorbij

Voor met name specialisten ouderengeneeskunde, geriatrisch fysiotherapeuten, ergotherapeuten, geriatrisch geschoolde verpleegkundigen en andere professionals uit het verpleeghuis komt er een nieuw en uitdagend extramuraal werkveld, waarin complementaire en echt voelbare, toegevoegde ondersteuning geboden kan worden aan de huisartsen en andere reeds in het werkveld aanwezige professionals. Daarmee zullen broze ouderen ook thuis zorg op maat kunnen krijgen. Met name specialisten ouderengeneeskunde roepen al heel lang dat ze extra expertise hebben waarmee buiten de muren van het verpleeghuis veel te weinig wordt gedaan, maar behoudens enkele extramurale succesprojecten is hun brede extramurale inzet nog steeds geen gelopen race. En ook al zal het nog wel enige tijd duren voordat duidelijk is hoe de extramurale inzet van de specialist ouderengeneeskunde duurzaam gefinancierd wordt, de tijd van passief afwachten is nu echt voorbij. Toekomstkansen moet nu gepakt worden vanuit de 'investering in de toekomst gedachte'. Anders gaan anderen er letterlijk met ons aanbod vandoor!

CONCLUSIE

Er verandert de komende jaren veel in de zorgaanspraak en de wijze van zorgfinanciering. Hopelijk is de kwetsbare oudere, die nu nog intramuraal mag verblijven met gebruikmaking van de hiervoor ontwikkelde zorg- en welzijnsfuncties, straks niet de dupe. Moet wat na vele jaren opgebouwd is en nu in enkele jaren wordt afgebroken straks weer heroverwogen worden? De tijd zal het leren.

Vanuit een optimistische benadering kunnen specialisten ouderengeneeskunde en andere geriatrisch deskundigen van het verpleeghuis zondermeer een positieve rol spelen bij de totstandkoming van het nieuwe regeringsbeleid. Uiteraard moet dan ook aan een aantal andere randvoorwaarden, die nu niet aan de orde zijn geweest, voldaan worden. Op die manier kan de transformatie naar een ouderenzorg waarin kwetsbare ouderen veel langer thuis blijven wonen toch als een haalbare optie beschouwd worden en uiteindelijk ook positief uitwerken voor de kwetsbare ouderen zelf.

Niet geprobeerd, betekent immers altijd dat innovatief succes zal uitblijven en dat we het zullen moeten proberen is evident. Gezien de enorme uitgaven die nu gedaan worden via de AWBZ is handhaving van het huidige beleid in de toekomst niet vol te houden.

Correspondentieadres
m.van.leen@avoord.nl

Into D'mentia®

Jacobien Erbrink



'Maak de deur maar open.' Dat begon goed. Welke van de sleutels in zijn hand was van deze voordeur? Hij boog zich voorover om het slot van de deur in het schemerige halletje te bestuderen, half en half hopen dat het iets zou onthullen wat hem tot de juiste sleutel zou brengen. Tevergeefs. Het slot deed zijn naam eer aan, het zweeg in alle talen. De tweede sleutel die hij probeerde paste. Opgelucht stapte hij de ruimte binnen. Een keuken, zag hij. Van het soort waar hij een hekel aan had. Besmuikt probeerde hij die gedachte weer te verdringen, maar het gevoel van onbehagen bleef toch een beetje hangen. Een vreemde keuken, een open keuken. Een keuken waarin hij zich onbeschermd waande, voor iedereen zichtbaar. Achter hem viel de voordeur dicht.

'Berg de boodschappen maar op.' De stem hield gelijke tred met zijn gedachten, die al op zoek waren naar de koelkast om de boodschappen in kwijt te kunnen. Alle deurtjes zagen er hetzelfde uit. Gewoontegetrouw probeerde hij eerst het meest linkse deurtje. Hebbes! Triomfantelijk zwaaide hij de koelkast open. Boterhamworst en melk, meer lag er niet. Hij staarde eens goed in de boodschappentas. Nog meer boterhamworst en melk. Mooi dom. En een neurotische boodschappenkeuze bovendien. Hij dacht aan zijn eigen koelkast, waarin altijd biologische karnemelk, oude kaas en katenspek lagen, precies dat wat hij al jaren het lekkerste vond. Wat was eigenlijk het verschil? Beschaamd deed hij de deur dicht, plotseling doordrongen van zijn eigen dwangmatigheid, de noodzaak van bruine boterhammen met kaas en katenspek, zijn heilige fietstocht naar de biologische markt op zaterdagochtend. Was dat niet precies de reden dat hij altijd pas op zaterdag met Peterien op reis wilde? Omdat hij nog even naar de biologische markt moest? Hij was eigenlijk geen haar beter dan deze boterhamworstfetisjist. Die gedachte maakte hem ongemakkelijk.

'Doe de radio maar aan.' De stem in zijn hoofd praatte onverstoorbaar verder. Op het aanrecht stond iets wat op een radio leek. Hij drukte op de ronde knop, waarna de ruimte ineens volliep met luide muziek. Haastig probeerde hij het volume te temperen, de knop links nog een keer, een schuifje rechts. De muziek hield aan. Dat palletje rechts? Gadverdammme, wat een herrie. Hij drukte met beide handen op het knopje waar volgens hem 'power' bij stond. Hij wist toch zeker wel hoe zo'n stom apparaat werkte? Hij sloeg met zijn vlakke hand op de bovenkant. 'Hou op, HOU OP!'

'Wat ben je in godsnaam aan het doen?!' Een vrouw stond vanaf de andere kant van het aanrecht naar hem te schreeuwen, in haar linkerhand bungelde de stekker van de radio. In de plotselinge stilte voelde hij zich ineens enorm aangesproken. Wie was dat mens? En waarom deed die radio niet wat hij wilde en wel wat zij wilde? Normaal wist hij heel goed hoe een radio werkte, maar met dit apparaat was geknoeid. Dat wist hij zeker. Hij haalde diep adem om de vrouw van repliek te dienen, maar ze gaf hem geen kans.

'Heb je nou wasmiddel meegenomen?' Wasmiddel? Verstrooid keek hij om zich heen. Nee, geen wasmiddel, dat zat niet in de tas, had dat dan ontmoeten? De vrouw praatte maar door. Hij voelde zich belaagd door haar. Dit was precies waarom hij een hekel had aan een open keuken, omdat zo'n vrouw dan vanuit de kamer naar je kon gaan staan schreeuwen alsof het de normaalste zaak van de wereld was. Deze vrouw was niet voor rede vatbaar, besloot hij. Ze luisterde niet eens. Beledigd trok hij zich terug aan de tafel, terwijl zij de telefoon opnam. Hij wilde niet eens weten met wie ze stond te smoezen, hij wilde gewoon niets met haar te maken hebben.

De stem praatte door in zijn hoofd, maar hij kon zijn gedachten er niet meer goed bijhouden. Hij verlangde hevig naar zijn eigen besloten keuken, naar de geruststellende aanwezigheid van katenspek en karnemelk. En naar Peterien, die best chagrijnig kon zijn, maar toch nooit zo naar hem schreeuwde.

De brievenbus klepperde. Post! Een vriendelijk woord, een aardige brief misschien. Hij haastte zich om de voordeur te openen. Buiten scheen de lentedon, een onbekende vrouw wenkte hem en noemde hem bij zijn naam. 'Dokter Prins'. Het klonk als een baken. Dokter Prins, dat was wie hij was. Een gevoel van enorme opluchting overviel hem bij dat besef.

Correspondentieadres
j.erbrink@vanneysel.nl

Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

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

WEBSITES

www.knmg.nl/RGS

Per 1 januari 2013 zijn de drie registratiecommissies de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC), Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) en Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC), samengevoegd tot één commissie; de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Met deze samenvoeging is alle informatie rondom registratie, herregistratie en accreditatie (GAIA) voortaan op één overzichtelijke plek te vinden via bovenstaande handige url.



www.tvonline.nl

Het Tijdschrift voor Verzorgenden (TVV), in zekere zin een zusje of broertje van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (TvO), heeft ook een eigen online portal. TVV online biedt een mix van informatie, nieuws en verhalen en is tevens een platform waar verzorgenden elkaar kunnen ontmoeten en bevragen. De website heeft een wat drukke lay-out, maar is zeker de moeite van een bezoekje waard. Het geeft inzicht in wat de verzorgenden op en buiten de werkvloer bezighoudt. Uiteindelijk is dat helemaal niet zo verschillend van een specialist ouderengeneeskunde!

www.werkenindeouderengeneeskunde.nl

Met gepaste trots presenter ik tot slot de nieuwe vormgeving van mijn bijdrage aan de PR voor het mooie vak ouderengeneeskunde. Alle lezers van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde zijn van harte uitgenodigd om er een (hernieuwd) kijkje te nemen!



APPS

Gifwijzer

Herkenbaar voor veel specialisten ouderengeneeskunde: een dienstlefoontje over een cliënt op een PG-afdeling, die zojuist iets oneetbaars heeft verorberd. Wat nu?

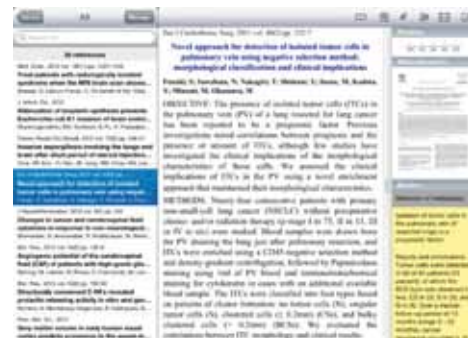
De Gifwijzer biedt in deze situaties al 25 jaar uitkomst en is er nu ook als handige app voor Android en iOS. De app geeft behandeladviezen bij 252 giftige stoffen en 72 planten en is voor € 4,49 beschikbaar in de appstores.



Niet alleen handig voor specialisten ouderengeneeskunde, maar ook voor ouders met jonge kinderen!

Pubmed on Tap

Pubmed on Tap is een mobiele applicatie waarmee je Pubmed kunt doorzoeken, artikelen kunt opslaan en archiveren binnen zelfgekozen groepen, zowel statisch als dynamisch (gebaseerd op in te stellen keywords). Heel handig is de mogelijkheid om vanuit de app in te loggen in je uni-



DIGITAAL

versiteitsbibliotheek (via een in te stellen EZproxy), zodat je toegang hebt tot meer full-tekst artikelen. Je kunt artikelen naar jezelf of een ander e-mailen of via iTunes overzetten naar je eigen PC. Pubmed On Tap kost € 2,69 en is beschikbaar voor iPhone en iPad.

DiskAid

Ben je het beu om alleen maar van iTunes afhankelijk te zijn om bestanden over te zetten van je PC naar je iPhone of iPad? Dan biedt DiskAid wellicht uitkomst. DiskAid is een applicatie voor je laptop of desktop PC (er zijn versies voor Windows en Mac) en fungeert als 'verkenner' voor je iOS apparaat. Je kunt er mee in de bestandsstructuur bladeren van je apps en items uitwisselen met je PC. Via DiskAid kun je bijvoorbeeld heel eenvoudig alle artikelen die je via Pubmed On Tap (zie hierboven) hebt opgeslagen, kopiëren naar je PC als back-up. Ook andere bestanden, die norma-

liter in het gesloten iOS-systeem niet toegankelijk zouden zijn, zijn via DiskAid te kopiëren of te verplaatsen naar je desktop. De gratis versie biedt al vele mogelijkheden tot bestandsbeheer en is veelal afdoende in aanvulling op iTunes, maar wil je ook muziekbestanden, video's en telefoongegevens (contacten, oproepen, berichten) beheren dan moet je de betaalde versie nemen (29,90 dollar).

DiskAid is beschikbaar via deze website:
www.digidna.net/diskaid.

Correspondentieadres

lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

Twitter: @ouderengnk

Facebook: ouderengeneeskunde

Probleemgeoriënteerd denken in de geriatrie

Martin van Leen



Auteurs: M.G.M. Olde Rikkert, et al.

Uitgeverij: de Tijdstroom

Aantal pag: 463

ISBN: 9789 058982100

Prijs: € 77,00

Aantal sterren: 5/5

In 2008 verscheen de eerste editie van dit leerboek. De opzet van dit boek gaat uit van probleemgeoriënteerd denken zoals binnen de huidige opleiding tot arts veel gebruikt wordt. Niet alleen voor de basisopleiding, maar met name ook voor de opleiding tot klinisch geriater en specialist ouderengeneeskunde is dit boek onmisbaar. Nieuwe inzichten zijn verwerkt maar ook is de samenhang en schrijfstijl tussen de verschillende hoofdstukken geüniformeerd.

De 25 meest voorkomende problemen bij geriatrische patiënten worden beschreven volgens een vast format. Na een algemene inleiding, inclusief de wijze van geriatrisch onderzoek welke ook middels een cd-rom met voorbeelden wordt ondersteund, worden de onderwerpen besproken. Hierin komt ook het off-label gebruik van medicatie aan de orde.

Door de inleiding per probleem aan de hand van een casus te presenteren, wordt de lezer steeds geprikkeld om mee te denken, vragen te beantwoorden en oplossingen aan te dragen. De vele in het geriatrisch veld gelouterde auteurs zijn er in geslaagd om de reeds hoge kwaliteit van de eerste uitgave te verbeteren. Daarom kan ik maar tot één conclusie komen en dat is dat dit leerboek in geen enkele werkomgeving waarin men geconfronteerd wordt met geriatrische problemen mag ontbreken. Dit geldt in de eerste lijn, maar zeker in de tweede en de derde lijn.

Correspondentieadres

m.van.leen@avoord.nl

Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen

Prof. dr. J.J.M. (Hans) van Delden, hoogleraar medische ethiek en specialist ouderengeneeskunde, Julius Centrum UMC Utrecht
Drs. C.M. (Corinne) de Ruiter, beleidsmedewerker Verenso

In 2008 ontstond in een verzorgingshuis, de media en in de Tweede Kamer commotie over reanimatiebeleid bij ouderen. Het ministerie van VWS stelde daarom subsidie beschikbaar om een nieuwe evidence-based richtlijn over dit onderwerp te maken. De nieuwe richtlijn geeft cijfers over de kans op overleving en de kans op (ernstige) restklachten na reanimatie van kwetsbare ouderen buiten het ziekenhuis. Bij gespreksvoering tussen artsen en hun oudere patiënten is het belangrijk dat de ideeën van de oudere zelf en de te verwachte effecten van reanimatie in diens situatie besproken worden. De kans op een succesvolle reanimatie is afhankelijk van de medische voorgeschiedenis en gezondheidssituatie van de oudere. En dat verschilt per patiënt.

Met trots bieden wij u de nieuwe multidisciplinaire richtlijn aan over anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. Deze richtlijn is onder voorzitterschap van prof. dr. J.J.M. van Delden ontwikkeld met en voor specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, verpleegkundigen met methodologische ondersteuning van het kwaliteitssinstituut CBO. Daarnaast zijn verschillende experts geraadpleegd, zoals van de Hartstichting en de Nederlandse Reanimatie Raad. Doel van de richtlijn is tijdige en zorgvuldige evidence-based besluitvorming over reanimatie van kwetsbare ouderen thuis of in verzorgings-, verpleeg- of ziekenhuizen bespreekbaar te maken.

KERN VAN DE RICHTLIJN

De zorg aan kwetsbare ouderen richt zich er op hen een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bieden. Samen met de individuele kwetsbare oudere weegt de arts daarbij de meerwaarde en belasting van medische handelingen zorgvuldig tegen elkaar af. Zo is het goed te beseffen dat reanimatie niet alleen een overlevingskans biedt, maar ook kan leiden tot blijvende ernstige schade. Sommige kwetsbare ouderen en hun naasten zien een plotselinge circulatiestilstand als een gewenste milde natuurlijke dood. Als dan toch gereanimeerd wordt, kan dit een verstoord sterf- en rouwproces veroorzaken.

Goede zorg omvat zorgvuldige evidence-based besluitvorming over reanimatie die is afgestemd op de opvattingen

van de patiënt. Gespreksvoering over reanimatie is onderdeel van advanced care planning waarbinnen met de patiënt gesproken wordt over zijn eventuele wensen over de zorg rond het levenseinde. De verwachting is dat artsen steeds vaker dit soort gesprekken zullen voeren gezien de sterke stijging van het aantal ouderen en omdat de professionele standaard voorschrijft dat artsen tijdig spreken over de zorg rond het levenseinde (KNMG 2011).

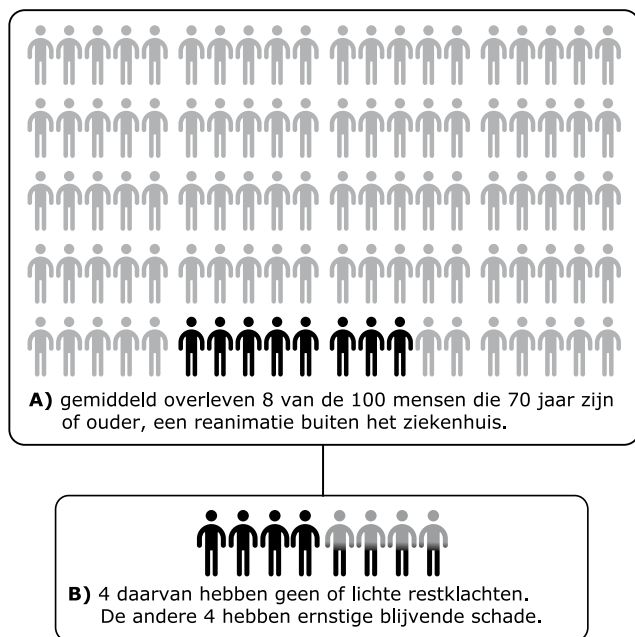
Deze richtlijn beschrijft de kansen op overleving en schade na reanimatie van kwetsbare ouderen. Daarnaast wordt ingegaan op de verantwoordelijkheden bij anticiperende besluitvorming en de juridische betekenis van reanimatiebesluiten, niet-reanimerenpenningen en wilsverklaringen. Ook worden handvatten gegeven voor gespreksvoering met patiënten, communicatie tussen zorgprofessionals en het vastleggen en overdragen van (niet-) reanimatiebesluiten. Verder worden randvoorwaarden geschetst voor de uitvoering van reanimatiebesluiten. De bijbehorende Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) 'Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen' beschrijft de rol- en taakverdeling van verschillende disciplines die betrokken zijn bij anticiperende besluitvorming. Daarnaast is een voorlichtingstekst voor kwetsbare ouderen beschikbaar waarin het commentaar van enkele patiënten- en ouderenorganisaties is verwerkt.

UITKOMSTEN VAN REANIMATIE

Hoewel de overlevingskansen na reanimatie bij kwetsbare ouderen laag zijn, biedt alleen reanimatie enige kans op overleving bij een circulatiestilstand. Hoofdstuk 2 van de richtlijn vat de gevonden evidence samen (zie hiervoor ook de integrale tekst in deel 2 van de richtlijn en de evidencetabellen van het CBO in deel 3 van de richtlijn). Daaruit blijkt dat 2,4-14% van de 70-plussers overleeft¹ na reanimatie bij een circulatiestilstand buiten het ziekenhuis. Ongeveer de helft daarvan, 1,2-5,7% van alle gereanimeerde 70-plussers, houdt geen tot milde neurologische schade over. De andere helft van de overlevenden heeft blijvende ernstige neurologische schade. Voor 80-plussers geldt dat 3,3-9,4% overleeft na reanimatie bij een circulatiestilstand buiten het ziekenhuis. Bij mensen met bepaalde aandoeningen gelden nog lagere overlevingskansen.

¹ In de wetenschappelijke literatuur wordt met overleving bedoeld dat gereanimeerde patiënten levend het ziekenhuis verlaten.

Omgekeerd betekent dit dat 86-97,6% van de 70-plussers en 90,6-96,7% van de 80-plussers overlijdt bij een circulatiestilstand na reanimatie buiten het ziekenhuis en dat er weinig kans is dat de overlevenden zonder blijvende (neurologische) schade hun leven zelfstandig kunnen voortzetten.



Ook bij milde neurologische schade (CPC ≤ 2) kunnen patiënten één van de volgende symptomen vertonen: milde dysfasie, een gedeeltelijke verlamming (hemiparese of hemiplegie) of licht hersenletsel, epileptische insulten, gebrekkige spierbeheersing (ataxie), spraakstoornissen, blijvende geheugenproblemen of blijvende mentale veranderingen.

Voor ouderen met verschillende chronische aandoeningen (comorbiditeit) zijn deze overlevingskansen kleiner. Dit lijkt in ieder geval te gelden voor mensen met de volgende aandoeningen: (metastatische of hematologische) maligniteit, sepsis, leverinsufficiëntie, nierfalen, acute neurologische aandoeningen (een beroerte of beschadiging van het centraal zenuwstelsel), gastro-intestinale comorbiditeit, hypotensie, pneumonie aneurysma dissecans, uremie en pulmonaire embolie. Ook ADL afhankelijkheid geeft een slechtere prognose. Cardiovasculaire comorbiditeit bleek juist verband te houden met een betere prognose. Over de overleving na vijf jaar en de kwaliteit van leven na reanimatie kunnen geen betrouwbare uitspraken worden gedaan, omdat daarover, zowel voor reanimatie buiten het ziekenhuis (OHCA) als voor reanimatie in het ziekenhuis (IHCA), te weinig studies zijn.

Gevonden evidence toont aan dat er geen specifieke groepen te benoemen zijn waarbij de reanimatie kansloos is. Er bestaat geen landelijke 'norm' bij welk overlevingspercentage reanimeren als medisch zinloos handelen te beschouwen is. Het is op basis van de richtlijn wel mogelijk om voor een individuele kwetsbare oudere te beoordelen of reanima-

tie medisch zinloos kan zijn. In hoofdstuk 3 van de richtlijn wordt aangegeven bij welke patiënten in de praktijk een dergelijke individuele afweging wordt gemaakt. Duidelijk is dat kwetsbare ouderen een zeer kleine kans hebben om reanimatie zonder schade te overleven naarmate de leeftijd stijgt en bij toenemende comorbiditeit. Dat geldt zeker als de circulatiestilstand buiten het ziekenhuis plaatsvindt, in het bijzonder als de circulatiestilstand plaatsvindt zonder dat er een ooggetuige is die direct adequate hulp kan verlenen.

Tijdens een circulatiestilstand is overleg met de patiënt onmogelijk, omdat deze buiten bewustzijn is. Een anticiperend reanimatiebesluit kan dan helderheid bieden of reanimatie gewenst en afgesproken is. Deze richtlijn pleit ervoor individuele kwetsbare ouderen tijdig een gesprek aan te bieden over reanimatie. De behandelend arts kan daarin – op basis van de evidence in deze richtlijn – aan de individuele kwetsbare oudere een toelichting geven over eventuele stapeling van risico's en de gevolgen daarvan voor zijn overlevingskans. Hiermee kan de arts in samenspraak met de patiënt de mogelijkheid en wenselijkheid van een eventuele reanimatie vaststellen.

ETHISCH EN JURIDISCH KADER

Het streven is om in samenspraak met de patiënt te komen tot goed geïnformeerde besluitvorming. Wanneer een patiënt geen reanimatie wenst, is zijn niet-reanimerenwens leidend. Het kan ook zijn dat een patiënt wel reanimatie wil maar de behandelend arts, rekening houdend met mogelijke uitkomstcijfers, reanimatie bij die individuele kwetsbare oudere als medisch zinloos beoordeelt, gezien diens individuele gezondheidssituatie (chronische comorbiditeit, specifieke belemmerende beperkingen en beperktere levensverwachting). Dan besluit de arts om de patiënt niet te reanimeren op medische gronden. In dat geval is het niet-reanimatiebesluit van de arts leidend. Ook als de arts op medische gronden bij een individuele kwetsbare oudere oordeelt dat reanimatie medisch zinloos is, blijft de informatieplicht naar de patiënt – en zijn eventuele vertegenwoordiger – bestaan.

De patiënt of zijn vertegenwoordiger mag overigens afzien van het recht op informatie en betrokkenheid bij besluitvorming. In dat geval neemt de arts zelfstandig een reanimatiebesluit waarbij deze gebruik kan maken van signalen van overige zorgverleners over de opvattingen en wensen van de patiënt.

De arts zorgt dat het (herziene) niet-reanimatiebesluit en/of niet-reanimerenverklaring op een heldere wijze wordt vastgelegd in het (elektronisch) patiëntendossier en indien aanwezig in het individuele zorgplan. In het (elektronisch) patiëntendossier moeten daarbij de volgende gegevens vermeld worden: aard reanimatiebesluit (wel-reanimeren (WR) of niet-reanimeren (NR)), datum besluit, kernachtige

Stroomdiagram anticiperende besluitvorming over reanimatie

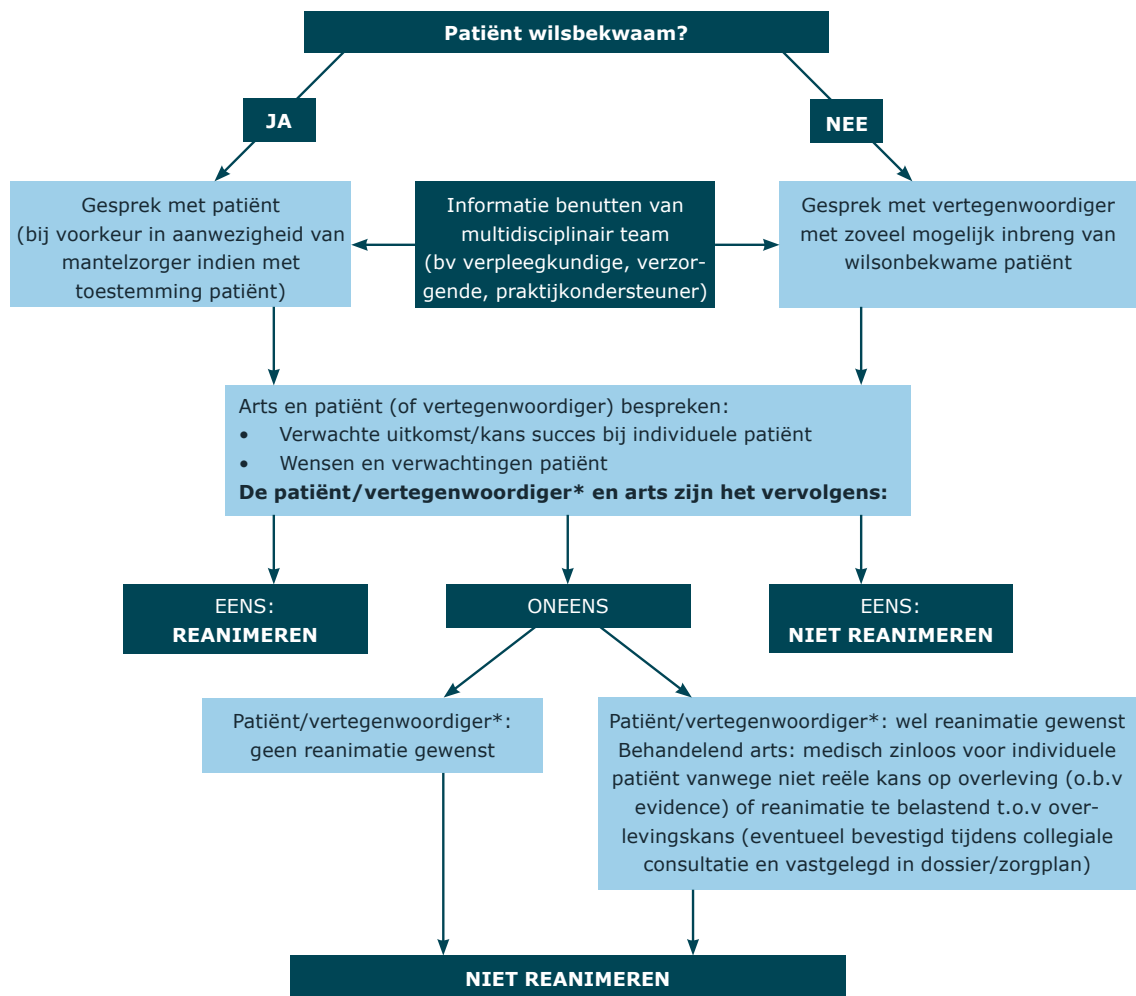
Mogelijke aanleidingen:

Op initiatief van de patiënt/vertegenwoordiger als deze*

- vragen heeft over de zorg rond het levenseinde;
- melding maakt van een niet-reanimerenverklaring, niet-reanimerenpenning, niet-reanimerenwens of een wils- of euthanasieverklaring;
- vragen heeft over (de succeskans van) reanimatie.

Bij kwetsbare ouderen op initiatief van de arts bijvoorbeeld als blijkt dat:

- er een sterke verandering optreedt in de gezondheidssituatie van de patiënt;
- iemand als kwetsbare oudere wordt geïdentificeerd, bijvoorbeeld via screening;
- te verwachten is dat de patiënt binnen een jaar zal overlijden;
- een patiënt moet verhuizen naar of wordt opgenomen in een woon-/ zorginstelling, aanleunwoning of ziekenhuis;
- of als de arts of een (andere) zorgverlener signaleert dat voor de patiënt één of meer van onderstaande punten gelden:
 - een ongeneeslijke maligne of progressieve ziekte;
 - 70+ met comorbiditeit én een sterk afnemende somatopsychologische vitaliteit;
 - een verhoogde kans op een hart- of ademhalingsstilstand;
 - cognitieve beperkingen;
 - een verhoogde kans op ernstige en blijvende invaliditeit.



* De vertegenwoordiger kan toestemming geven voor een behandeling of deze weigeren. De zorgverlener gaat op dezelfde manier om met de beslissing van de vertegenwoordiger als die van de patiënt. Hij respecteert de beslissing tenzij het medisch zinloos is, schade toebrengt aan de gezondheidstoestand van de patiënt of deze strijdig is met de professionele standaard.

weergave van gegeven informatie, wensen en opvattingen van de patiënt, eventueel relevante aanvullende gegevens van naasten en aanwezige gesprekspartners, naam van de arts die het reanimatiebesluit heeft genomen. Belangrijk is dat het reanimatiebesluit beschikbaar is in acute situaties en dat het reanimatiebesluit zichtbaar wordt vermeld in verwijsbrieven aan andere behandelaars, zorginstelling, thuiszorg, HAP, ambulance en ziekenhuis.

Een individueel niet-reanimatiebesluit dient door alle zorgverleners te worden opgevolgd. Een individueel wel-reanimatiebesluit wordt opgevolgd tenzij uit een gewijzigde (gezondheids)situatie van de patiënt blijkt dat reanimatie medisch zinloos zou zijn.

Reanimatiebesluiten blijven geldig totdat – op initiatief van de patiënt of arts (zie stroomdiagram voor mogelijke aanleidingen) – na een nieuw gesprek een ander reanimatiebesluit wordt genomen. Er geldt geen verjaringstermijn.

HANDVATTEN VOOR GESPREKSVOERING

Uit de literatuur blijkt dat de meeste patiënten *shared decision making* over reanimatie op prijs stellen en dat de zorg hierdoor beter afgestemd kan worden op hun behoeften. Hierdoor neemt de tevredenheid veelal toe. Via *shared decision making* wordt gestreefd naar een gezamenlijk reanimatiebesluit gebaseerd op een afweging van de wensen van de patiënt en evidence-based informatie over uitkomsten van reanimatie in de (gezondheids)situatie van de individuele patiënt. Daarbij vormt de patiënt met zijn ervaringen, behoeften, normen, waarden en voorkeuren het uitgangspunt van de besluitvorming.

Gespreksvoering over reanimatie is onderdeel van anticiperende besluitvorming over de zorg rond het levenseinde. Bij voorkeur worden daarbij – met toestemming van de wilsbekwame patiënt – zijn naasten betrokken door ook hen met de patiënt uit te nodigen voor een gesprek. Belangrijk is ook zo mogelijk de (deels) wilsonbekwame patiënt te betrekken als in samenspraak met zijn vertegenwoordiger een reanimatiebesluit wordt genomen. In hoofdstuk 4 van de richtlijn en de bijbehorende bijlagen worden hiervoor handvatten geboden.

Een zorgvuldig gesprek over doelen van de zorg in de laatste levensfase en realistische informatie over de uitkomsten van reanimatie helpt meestal een meningsverschil te voorkomen. Als de patiënt wel reanimatie wil, terwijl de arts op medische gronden een niet-reanimatiebesluit heeft genomen, kan voor *second opinion* naar een andere arts verwezen worden. Een arts is niet verplicht te reanimeren als deze oordeelt dat reanimatie een medisch zinloze handeling is.

Verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners kunnen opvattingen en vragen signaleren van patiënten, vertegenwoordigers of mantelzorgers over zorg rond het le-

venseinde en reanimatie. Ze kunnen patiënten stimuleren deze vragen met hun behandelend arts te bespreken en met toestemming van de patiënt die vragen aan de arts doorgeven. Zij kunnen verder veranderingen in de kwetsbaarheid van de patiënt signaleren aan de arts. Deze signalen kunnen de timing van een gesprek over anticiperende besluitvorming (mede)bepalen.

Verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners kunnen ook een rol spelen bij de gespreksvoering. Zij kunnen – in afstemming met de behandelend arts – alleen gesprekken over reanimatie starten als zij beschikken over de benodigde gespreksvaardigheden en over voldoende kennis van de evidence over de uitkomsten van reanimatie uit deze richtlijn. De arts blijft eindverantwoordelijk en voert het gesprek over het definitieve reanimatiebesluit. Voor een goede gespreksvoering kan de arts informatie benutten van verpleegkundigen, verzorgenden of praktijkondersteuners over de opvattingen en communicatiestijl van de patiënt.

De arts vraagt patiënten om hun naasten te attenderen op het genomen reanimatiebesluit en dit zichtbaar bij de telefoon of in de zorgmap te leggen. Aan ambulante patiënten met een niet-reanimerenvoorkeur wordt geadviseerd een eventuele niet-reanimerenpenning zichtbaar te dragen zodat de kans op opvolging van een niet-reanimerenwens groter wordt.

RANDVOORWAARDEN

Van belang is dat dit reanimatiebesluit in acute situaties snel toegankelijk is. Het individuele reanimatiebesluit kan zowel ‘wel reanimeren (WR)’ als ‘niet reanimeren (NR)’ luiden. Daarom dient een zorgaanbieder de mogelijkheid te bieden dat er daadwerkelijk gereanimeerd kan worden. Er zijn geen specifieke groepen te benoemen waarbij reanimatie kansloos is. Daarom geldt de volgende uitgangsregel: zonder individuele besluitvorming waaruit het tegendeel blijkt, wordt een patiënt gereanimeerd.

Met de richtlijn hoopt de richtlijnwerkgroep bij te dragen aan zorgvuldige besluitvorming die kwetsbare ouderen in staat stelt zoveel mogelijk zelf de regie te voeren over de medische zorg in de laatste levensfase.

PUBLICATIES

De multidisciplinaire richtlijn bestaat uit drie delen:

deel 1: samenvatting

deel 2: integrale tekst

deel 3: CBO-evidencetabellen

Daarnaast is een voorlichtingstekst voor ouderen en een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) opgesteld. Ook zijn er sprekers en een presentatie beschikbaar voor bijscholingsbijeenkomsten.

Correspondentieadres
cderuiter@verenso.nl

Echte mensen

Mieke Draijer, voorzitter Verenso

Na *The Killing*, *The Bridge* en *Borgen* is er een nieuwe serie uit Scandinavië overgewaaid: *Echte mensen*. In deze Zweedse serie veroveren menselijke robots, zogenaamde hubots, een steeds grotere plaats in de maatschappij. Deze androïden (mensvormige robots) doen niet alleen het huishouden en fysiek zwaar of monotoon werk, maar verzorgen bijvoorbeeld ook de oudere medemens of dienen als sociaal maatje tegen eenzaamheid. Ondertussen proberen de 'echte mensen' zo goed als mogelijk om te gaan met deze veranderingen.

Deze hubots lijken zo veel op echte mensen, de karaktertrekken zijn tot in detail uitgewerkt en door een (verboden) aanpassing van de programmering kunnen hubots zelfs een eigen wil krijgen, dat mens en robot soms moeilijk te onderscheiden zijn.

De opa in de serie heeft veel steun aan zijn maatje hubot Odi. Odi woont bij hem in huis sinds de dood van zijn vrouw en ze hebben samen veel lol. Maar ook hubots kunnen kapot gaan en Odi moet worden vervangen. Hubot Vera doet haar intrede en zet het leven van opa op zijn kop. Met Deutsche gründlichkeit doet ze het huishouden en de verzorging van opa. Gezelligheid behoort niet tot haar eigenschappen, ze is streng voor opa en hanteert een strikt dieet. Geen lasagne meer voor opa en al helemaal geen wijn. Fysiek vaart opa er wel bij. Hubot Vera redt hem zelfs van de dood door een technisch perfect uitgevoerde reanimatie. Deze kan ze snel uitvoeren, omdat ze altijd in de buurt is. Maar opa dreigt weg te kwijnen door eenzaamheid, het gebrek aan lolletjes en de frustratie als een kind behandeld te worden.

Hoe dicht staat deze Zweedse sciencefictionserie bij de realiteit? De huidige politieke koers is erop gericht om kwetsbare ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Om de schaarse menskracht te sparen, zal meer ingezet moeten worden op domotica. Maar zoals hierboven al geschetst kan techniek (net als menselijke zorg) kwaliteit van leven verbeteren of juist doen afnemen door een beperkt gevoel van keuzevrijheid voor bijvoorbeeld onverstandige lasagne, of de keuze dat het leven afgerond is. Hubot Vera besluit dat opa's tijd nog niet gekomen is.

In tegenstelling tot het mooie plaatje uit de Zweedse serie waarin Vera opa zonder blijvende schade reanimeert en het te rooskleurige beeld over de kans van slagen dat bij veel Nederlanders heerst, biedt reanimatie niet alleen een overlevingskans maar kan het ook leiden tot blijvende ernstige schade.



Met onze zorg aan kwetsbare ouderen proberen we een zo goed mogelijke kwaliteit van leven te bieden. Samen met de individuele kwetsbare oudere weegt de arts daarbij de meerwaarde en belasting van medische handelingen zorgvuldig tegen elkaar af. Zo is het bijvoorbeeld goed de patiënt of zijn vertegenwoordiger in een persoonlijk gesprek een reëel beeld te geven over de persoonlijke overlevingskansen na een reanimatiepoging.

Begin deze maand publiceerde Verenso de multidisciplinaire richtlijn anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. Deze richtlijn beschrijft onder meer de kansen op overleving en schade na reanimatie van kwetsbare ouderen. Ook worden handvatten gegeven voor gespreksvoering met patiënten. Gespreksvoering waarin de patiënt wel de ruimte krijgt te vinden dat zijn leven afgerond is en zichzelf herkent in het medisch toestandsbeeld waarbinnen de zorgvuldig afweging van de dokter plaatsvindt.

Het is dus van belang om de wensen van de patiënt over hoe hij kwaliteit van leven beleeft te combineren met een reëel verwachtingsbeeld van persoonlijke overlevingskansen, geschetst door de arts op basis van de medische conditie van de patiënt. Dit is de basis om gezamenlijk te komen tot anticiperende besluitvorming over reanimatie, gericht op de individuele patiënt.

De bijdrage van de arts voor de kwetsbare patiënt bij anticiperende besluitvorming over het levenseinde en reanimeren in het bijzonder is zeer groot, juist vanwege het niet voorgeprogrammeerd zijn. Doordat hij de zorg beter afstemt op de doelen, gezondheidssituatie en mogelijkheden van de kwetsbare oudere levert hij daarmee een bijdrage aan diens kwaliteit van leven. Ruimte hebben voor de patiënt is van het grootste belang en kan niet door een hubot worden overtroffen, of deze nu Odi of Vera heet!

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

Reactie op artikel van prof. dr. R.A.C. Roos

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2012, 5: 221-224

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

Met belangstelling heb ik het artikel 'De ziekte van Huntington' van prof. dr. R.A.C. Roos in uw tijdschrift gelezen.¹ Ik onderschrijf zijn stelling dat de behandeling van patiënten met de ziekte van Huntington gericht moet zijn op het behoud van de gewenste kwaliteit van leven. Zoals door collega Roos is aangegeven, worden psychiatrische symptomen door patiënten en hun familieleden als zeer belastend ervaren. Alvorens met medicatie wordt gestart, is het raadzaam om te onderzoeken of een psychotherapeutische interventie mogelijk is. Ook sociaal-maatschappelijke ondersteuning of dagactiviteiten kunnen effectief zijn.

Er is nog weinig wetenschappelijke evidence voor medicamenteuze interventies bij de ziekte van Huntington en daarom zijn voor de behandeling van psychiatrische stoornissen de reguliere behandelrichtlijnen van toepassing.² In het algemeen betekent dit voor depressie, angst en dwang op de eerste plaats een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI, bijvoorbeeld citalopram of sertraline). Conform het advies van het Europees geneesmiddelenagentschap is de maximale dosis van citalopram 40 mg (voor ouderen 20 mg). Gezien de lange halfwaardetijd en het interactieprofiel heeft fluoxetine niet de voorkeur. Fluoxetine werkt, evenals paroxetine, als een CYP2D-inhibitor en kan tot een hoge spiegel van het middel tertrabenazine leiden als dit tegelijkertijd wordt gebruikt. Valproïnezuur heeft geen plaats in de behandeling van een (unipolaire) depressie.

Bij agressie dient onderscheid te worden gemaakt tussen veelvoorkomende prikkelbaarheid en ernstige agressie. Uit ons practice-based onderzoek onder 55 internationale experts kwam als resultaat dat een SSRI ook de eerste stap in de behandeling van lichte tot matige prikkelbaarheid is.³ Bij ernstige prikkelbaarheid of agressie heeft een atypisch antipsychoticum (risperidon, olanzapine of quetiapine) de voorkeur. In het gratis te downloaden behandelalgoritme van prikkelbaarheid worden de stappen in de behandeling

beschreven en is een stemmingsstabilisator (valproïnezuur) opgenomen als alternatieve behandeling voor prikkelbaarheid. Bij prikkelbaarheid moet de behandelaar ook bedacht zijn op een eventuele onderliggende depressieve of angststoornis. Voor alle medicamenteuze interventies geldt 'start low, go slow' en dat het effect regelmatig moet worden geëvalueerd.

In het artikel van collega Roos ontbreekt het symptoom persevereren. Dit is een vorm van dwangmatig gedrag dat doelloos is en waarin de patiënt niet is te corrigeren. Naar de behandeling van dit symptoom is ook een internationaal practice-based onderzoek gedaan en het behandelalgoritme is eveneens gratis te downloaden.⁴

LITERATUUR

1. Roos RAC. De ziekte van Huntington. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2012; 5: 221-4.
2. Duijn E van, Roos RAC, Smarius LJ, Mast RC van der. Electroconvulsieve therapie in patiënten met de ziekte van Huntington en depressie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2005; 149: 2141-4.
3. Groves M, Duijn E van, Anderson K, Craufurd D, Edmondson MC, Goodman N, Kammen DP van, Goodman L. An international survey-based algorithm for the pharmacologic treatment of irritability in Huntington's disease. PLoS Currents 2011; RRN1259.
4. Anderson K, Craufurd D, Edmondson MC, Goodman N, Groves M, Duijn E van, Kammen DP van, Goodman L. An international survey-based algorithm for the pharmacologic treatment of obsessive-compulsive behaviors in Huntington's disease. PLoS Currents 2011; RRN1261.

Correspondentieadres
e.vanduijn@ggz-delfland.nl

Leergang Ouderengeneeskunde

31 mei	ECG (Boerhaave Nascholing)
31 mei	Het beschadigde brein; van theoretische verdieping naar praktische toepassing (PAO Heyendael) <i>In deze nascholing staan de moderne inzichten over de gevolgen van veranderingen in het brein centraal. Dit betreft veranderingen door directe beschadiging (neurotrauma, hersentumoren), fysiologische schade (M. Alzheimer, Korsakov) en/of neurodegeneratieve processen (M. Parkinson, M. Huntington etc.) van gezonde cerebrale structuren op oudere leeftijd. Wat doen deze veranderingen met het brein en wat zijn daar de gevolgen van op het gedragspatroon van uw patiënt? Zijn er eigenlijk nog wel therapeutisch zinvolle interventies voorhanden na zo'n beschadiging?</i>
13 juni	Kleine chirurgische handelingen in het verpleeghuis (PAO Heyendael) In de dagelijkse praktijk wordt u als arts in het verpleeghuis met enige regelmaat geconfronteerd met aandoeningen die met een eenvoudige chirurgische ingreep zijn te behandelen. In deze praktijkcursus neemt een aantal chirurg-instructeurs de meest voorkomende ingrepen met u door. Daarbij is veel tijd ingeruimd om zelf te oefenen. Er wordt gewerkt met dierlijk materiaal.
20 juni	Revalidatiegeneeskunde (Boerhaave Nascholing)
21 juni	Module Bewegen, beleven rond het sterven (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) Een inleidende masterclass voor artsen, verpleegkundigen niveau 4/5, geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers, psychologen, andere disciplines, op weg van kennis en kunde naar kunst. Een boeiend proces waarin bewustzijn en bewust zijn een grote rol spelen. Door een interactieve aanpak wordt bewuste kwaliteit en onbewuste kracht gestimuleerd.
28 juni	MDL van preventie naar palliatie (Boerhaave Nascholing)
12 september	De multiculturele spreekkamer (Boerhaave Nascholing)
12 september	Kaderopleiding specialist ouderengeneeskunde in de 1e lijn (Boerhaave) <i>De kaderopleiding richt zich op specialisten ouderengeneeskunde die werkzaamheden in de eerste lijn verrichten en de daarbij behorende competenties willen ontwikkelen, die nodig zijn om in samenwerking met de huisarts ouderen met complexe (multi)morbiditeit in de thuissituatie te behandelen. De belangrijkste thema's zijn: profilering, ontwikkeling voortrekkersrol, wetenschappelijke vorming en kennisontwikkeling, communicatie, consultatieve en docentvaardigheden, opzetten van een vernieuwingsproject en netwerkontwikkeling. De opleiding duurt twee jaar en bestaat uit 20 onderwijsdagen, die deels in tweedaagse blokken op een locatie in het midden van het land gegeven worden. Op acht onderwijsdagen zijn er gezamenlijke programma's met de NHG kaderopleiding ouderengeneeskunde voor huisartsen in Leiden.</i>
19 september	Vorderingen specialisme ouderengeneeskunde (Boerhaave Nascholing)
19 september	Cicero symposium, Auditorium Vrije Universiteit (Gerion)
27 september, 11 oktober, 8 november, 6 december, 10 januari 2014	Geriatrische Revalidatie 5-daagse cursus (Gerion)
31 oktober	Medisch ethische casuïstiek (Boerhaave Nascholing)
31 oktober	Kaderopleiding Palliatieve Zorg (Gerion & Huisartsgeneeskunde van de UvA-AMC) <i>De kaderopleiding is bedoeld voor alle artsen die palliatieve zorg verlenen en beoogt de palliatieve deskundigheid van artsen te verdiepen. Daarnaast bereidt zij deelnemers voor op het ondersteunen en adviseren van andere zorgverleners en het verzorgen van scholing op dit gebied. De opleiding bestaat uit een cursorisch deel van 20 dagen verspreid over ruim anderhalf jaar, die worden georganiseerd als 10 tweedaagse bijeenkomsten die telkens plaats vinden op donderdag en vrijdag. Andere onderdelen van de opleiding zijn o.a. opdrachten, stages, consultatievaardigheden en bijhouden van een portfolio. Inschrijven voor 1 juli 2013. Meer informatie: Karin van den Boogaard 020 – 566 2184 of via kpz7@amc.uva.nl</i>
4 en 5 november	Module filosofie Lijden en dood in de filosofie (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Deze cursus verdiept zich in het volle existentiële gewicht (negatief en positief), of beter: in de gewichtigheid van het lijden en de dood voor de mens die een authentiek bestaan wil leiden. Met andere woorden: de vraag naar de zin en zinloosheid staat centraal.</i>

14 november	Reumatologie/Longziekten (Boerhaave Nascholing)
18 - 22 november	Basiscursus Palliatieve Zorg voor specialisten ouderengeneeskunde (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Palliatieve zorg is de zorg die het lijden probeert te verlichten van patiënten, hun naasten en van de betrokken hulpverleners. Zorg die nodig is opdat ruimte ontstaat die essentieel is: het leven op een eigen wijze afronden en afscheid nemen van dat wat belangrijk is. Er wordt ingegaan op de verlichting van symptomen en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze zorg goed te organiseren. Ethiek, communicatie en aandacht voor tijdig anticiperen, duidelijke coördinatie en continuïteit van de (vaak intensieve) zorg zijn hierbij kernaspecten.</i>
Najaar	De ouderenarts en de patiënt met een verstandelijke beperking (Gerion) <i>Een cursus voor specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen die structureel werkzaam zijn in de VG-sector.</i>
Najaar	Urologie voor de specialist ouderengeneeskunde (PAO Heyendael) <i>Als specialist ouderengeneeskunde heeft u veel met ouderen te maken met problematiek van urologische aard. In deze eendaagse cursus bieden we u concrete handvatten in de begeleiding van deze grote groep patiënten. Aan bod komen onder andere: Wanneer stuurt u door naar de tweede lijn, welke ontwikkelingen en tools zijn er voor u en de patiënt en hoe met lastige dilemma's om te gaan?</i>
Najaar	Aan de slag; specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen sterk voor kwetsbare ouderen thuis (Gerion) <i>Een unieke en uitdagende cursus voor specialisten ouderengeneeskunde die in samenwerking met de huisarts een sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen thuis en in het verzorgingshuis voor nu en in de toekomst willen realiseren.</i>

