

INHOUDSOPGAVE

2 Redactioneel

3 Coverfoto, gepast of niet?

Wetenschappelijk artikel

4 Een doorstroombel voor patiënten met een revalidatiedoelstelling in een verpleeghuis: bevindingen uit een pilotstudie

Klinische les

10 Roepen? Denk om het hart!

Hora Est

13 Frail elderly: towards an integral approach

Praktijkartikel

15 Het syndroom van Korsakov: méér dan geheugenstoornissen

Inaugurale rede

20 De verzorgde laatste levensfase

Amuse

23 Winter

Boekbespreking

24 Prescribing for elderly patients

25 Het zelfgekozen levenseinde zonder tussenkomst van een arts

27 Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk en Kleine chirurgische ingrepen

Even voorstellen...

28 Nieuw redactielid Aafke de Groot

29 Nieuw redactielid Dika Luijendijk

Vacature

30 Het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde zoekt een redactielid

31 Forum

Gesignaleerd

32 Niet-responsief waaksyndroom wordt nieuwe benaming voor vegetatieve toestand

Kennistoets

33 Kennistoets: ziekte van Parkinson

Vijf vragen aan ...

34 Vijf vragen aan Wilco Achterberg

Van de voorzitter

37 Valpolikliniek ook intramuraal

38 Antwoorden Kennistoets

38 Vertrek redactielid Elis Bardelmeijer

Bureau Verenso

39 Deskundigheidsbevordering van de specialist ouderengeneeskunde betreffende mondzorg

Leergang

41 Leergang Ouderengeneeskunde

44 Richtlijnen voor de auteurs

Nieuwe uitgever, nieuwe redactieleden, nieuwe opmaak



Met ingang van 1 januari 2011 is de uitgave van ons tijdschrift overgegaan van Bohn, Stafleu Van Loghum naar DCHG medische communicatie. De reden daarvan is dat de nieuwe uitgever beter in staat blijkt aan te kunnen sluiten bij de beleidswensen van de redactie voor de toekomst van het tijdschrift. Zoals u ziet heeft deze overgang gevolgen gehad voor de opmaak. Vooralsnog is de inhoudelijke invulling met de vaste rubrieken van de afgelopen jaren grotendeels gehandhaafd. Wij zijn uiteraard benieuwd naar reacties van u als lezer op deze veranderingen en hopen deze te ontvangen. Met name de coverfoto leidde binnen de redactie reeds tot de nodige discussie. Zie hiervoor ook de oproep in dit nummer.

Helaas zag Elis Bardelmeijer zich vanwege een te hoge *workload* genoodzaakt om zich uit de redactie terug te trekken. Als nieuwe redactieleden zijn toegetreden Aafke de Groot en Dika Luijendijk. Aafke heeft als aandachtsgebieden de geriatrische revalidatie en de eerstelijnsouderengeneeskunde. Met de komst van Dika gaat een lang gekoesterde wens van de redactie in vervulling. Met haar komst is eindelijk de sociale geriatrie als aandachtsgebied vertegenwoordigd. En, zoals u in dit nummer kunt zien, is er nog steeds een vacature voor nog een redactielid.

In de rubriek 'vijf vragen aan ...' komt ons mederedactielid Wilco Achterberg als kersverse hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde aan het Leids Universitair Medisch Centrum aan het woord. Wij zijn zeer verheugd dat hij naast zijn nieuwe functie het redactielidmaatschap blijft continueren.

Met het oog op de op handen zijnde wijziging van financiering van de geriatrische revalidatie in het verpleeghuis zal dit onderwerp in het komende jaar ook in het tijdschrift de nodige aandacht krijgen. Het is als thema gekozen voor het Verenso-najaarscongres 2011.

Gerrie Bours e.a. beschrijven in dit nummer hun bevindingen tijdens een pilotonderzoek naar de toepasbaarheid van een doorstromingsmodel van geriatrische revalidatiepatiënten in een verpleeghuis.

In de klinische les van Pauline Duijkers en Pieter Schimmel wordt nog weer eens duidelijk het belang aangetoond van de noodzaak van uitgebreid lichamelijk onderzoek bij probleemgedrag.

Het praktijkonderzoeksartikel van Ineke Gerridzen en Sacha Adema besteedt speciale aandacht aan het invaliderende karakter van de executieve functies bij het syndroom van Korsakov en vraagt aandacht voor het recent opgerichte Korsakov Kenniscentrum.

Anneke Francke sprak op vrijdag 22 oktober 2010 haar inaugurele rede 'De verzorgde laatste levensfase' uit bij haar aanvaarding van het bijzonder ordinariaat 'Verpleging en verzorging in de laatste levensfase' aan de Vrije Universiteit. Een verkorte weergave van de inhoud van haar rede vindt u in dit nummer.

In een van de komende nummers hopen wij onze staatssecretaris Marlies Veldhuijzen van Zanten-Hyllner uitgebreid aan het woord te laten komen.

Jos Konings

REDACTIONEEL

COLOFON

Hoofdredacteur

Dr. Jos W.P.M. Konings

Redactie

Prof. dr. Wilco P. Achterberg

Drs. Jacobien F. Erbrink

Drs. Aafke J. de Groot

Drs. Martin W.F. van Leen

Dr. Dika H.J. Luijendijk

Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

Eindredactie

DCHG

Judith Heidstra

Redactieadres en inleveren kopij

Bureau Verenso, Judith Heidstra

Postbus 20069, 3502 LB UTRECHT

redactie@verenso.nl

Abonnementen

Abonnementen € 59,25 per kalenderjaar.

Uitgever, eindredactie en advertenties

DCHG medische communicatie

Hendrik Figeeweg 3G-20

2031 BJ Haarlem

Telefoon: 023 55145888

Fax: 023 5515522

E-mail: hans.groen@dchg.nl

www.dchg.nl

issn: 1879-4637

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, 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 © 2011

Coverfoto, gepast of niet?

Komt in beweging!



Met ingang van 1 januari 2011 wordt het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* niet langer uitgegeven door Bohn, Stafleu Van Loghum maar door DCHG medische communicatie. Met deze overgang heeft er, zoals u heeft kunnen waarnemen, tevens een 'restyling' van het tijdschrift plaatsgevonden. Met name de coverfoto wijkt nogal af van wat u in het afgelopen jaar van ons gewend was. Binnen de redactie zorgde deze foto voor de nodige discussie. Wij kunnen ons voorstellen dat dit onder onze lezers ook het geval zal zijn. Graag horen wij uw mening hierover. Tevens roepen wij u als lezer op om voor de nog te verschijnen vijf nummers in 2011 een coverfoto aan te leveren. De redactie zal uit de ingezonden foto's een keuze maken. De 'winnende' fotografen ontvangen voor hun inzending een fles wijn.

U kunt uw reactie en/of foto's toemailed naar redactie@verenso.nl.

Een doorstroommodel voor patiënten met een revalidatiedoelstelling in een verpleeghuis: bevindingen uit een pilotstudie

Dr. Gerrie J.J.W. Bours, hoofddocent en senior onderzoeker, Kenniskring autonomie en participatie van chronische zieken, Hogeschool Zuyd, Heerlen en Vakgroep Verplegen en Verzorgen, Universiteit Maastricht

Drs. Magda van Gastel, senior docent, Kenniskring autonomie en participatie van chronische zieken, Hogeschool Zuyd, Heerlen

Drs. Anny Hupperetz, ten tijde van het project teamleider kortdurende revalidatie, Zorgcentrum Sevagram, Heerlen

Roger Bodecker, verpleegkundige langdurende revalidatie, Zorgcentrum Sevagram, Heerlen

Dr. Erik van Rossum, lector Zorginnovatie voor kwetsbare ouderen en senior onderzoeker, Kenniskring autonomie en participatie van chronische zieken, Hogeschool Zuyd, Heerlen en Vakgroep Verplegen en Verzorgen, Universiteit Maastricht

Dankbetuiging

Wij willen Paul van de Bosch, ten tijde van het project teamleider langdurende revalidatie in Sevagram en de inmiddels afgestudeerde HBO-V studenten Nina Teuns en Judith Peeters bedanken voor hun actieve bijdrage aan de uitvoering van deze studie.

Inleiding

Jaarlijks worden zo'n 27.000 ouderen tijdelijk opgenomen in een verpleeghuis.¹ Zo'n opname gebeurt wanneer de benodigde zorg complex is, zonder dat een opname in het ziekenhuis noodzakelijk is. Het doel van deze opname kan zijn herstel van de cliënt, verlichting voor de mantelzorger, het revalideren na een ziekenhuisopname of het zoeken naar een passend zorgaanbod. Door demografische ontwikkelingen is het de verwachting dat in de toekomst steeds meer ouderen tijdelijk zullen worden opgenomen, vooral voor revalidatie na een heupoperatie of na een beroerte.¹ Het blijkt echter dat veel cliënten nadat zij eenmaal in het verpleeghuis terecht zijn gekomen, hier langer verblijven dan oorspronkelijk de bedoeling was, maar ook langer dan medisch gezien noodzakelijk is. Ook gaat slechts iets meer dan de helft van de cliënten uiteindelijk met ontslag naar huis.¹ Een belangrijke hindernis voor terugkeer naar de thuissituatie lijkt niet zozeer de beschikbaarheid van professionele thuiszorg maar de mogelijkheden van de cliënt om zelfstandig de regie te kunnen voeren om weer thuis te verblijven. Zo zijn de aanwezigheid van comorbiditeit, de functionele en cognitieve status van de cliënt en de burgerlijke staat van de cliënt geassocieerd met het kunnen verblijven in de thuissituatie.²⁻⁵ Daarnaast is bekend dat de ervaren belasting van de mantelzorg van invloed is op het in de thuissituatie kunnen verblijven van een cliënt.⁶ Het gebruik van een goed doordacht ontslagmodel met daarbij behorende nazorg draagt bij aan het succesvol verlopen van ontslag naar de thuissituatie.⁷ Verder blijkt uit de literatuur dat een multidisciplinaire aanpak met interventies

afgestemd op de revalidatiedoelen van de individuele cliënt op het moment van opname, tijdens het verblijf en na ontslag hier ook toe bijdraagt.^{8,9} Daarnaast lijkt het belangrijk te zijn om vóór opname een aantal cliëntkenmerken op een objectieve wijze in kaart te brengen zodat een cliënt op de best passende afdeling geplaatst wordt en iemand verantwoordelijk te stellen voor de procesbewaking van de cliënt vanaf opname tot en met ontslag.¹⁰

Op basis van bovengenoemde uitgangspunten is een doorstroommodel ontwikkeld voor cliënten met een revalidatiedoelstelling. Met behulp van dit model wordt beoogd de plaatsing van deze cliënten binnen de verpleegkliniek, de behandeling gedurende de opname en de uitplaatsing na ontslag verder te optimaliseren. Het model is op vier revalidatieafdelingen van een groot verpleeghuis in Nederland in een pilotstudie geëvalueerd op uitvoerbaarheid. Vragen die in deze studie centraal stonden waren:

1. Is er voldoende draagvlak om volgens het nieuwe model te werken?
2. Hoe ervaren de professionals het werken met dit model?
3. In welke mate wordt gewerkt volgens het nieuwe model?

Het zorgmodel

Het zorgmodel is ontwikkeld op basis van een literatuurstudie⁹, interviews met professionals van de revalidatieafdelingen en van thuiszorgorganisaties, interviews met mantelzorgers van cliënten die opgenomen zijn geweest op de betreffende afdelingen en interviews met professionals werkzaam in enkele verpleeghuizen in Nederland, die op het gebied van doorstroom van patiënten al een uitgesproken model hadden. Kern van het zorgmodel is het systematisch en objectief in kaart brengen van belangrijke cliëntgegevens die dan als basis dienen voor bespreking in het multidisciplinair overleg om zodoende revalidatiedoelen op maat te formuleren.

Vóór opname worden cognitieve vermogens en de aanwezigheid van gedragsproblemen in kaart gebracht. Iedere

cliënt krijgt een contactverzorgende toegewezen. Eenmaal opgenomen worden de ADL-/HDL-mogelijkheden van de cliënt geïnventariseerd evenals de mogelijkheden op het gebied van mobiliteit en de aanwezigheid van slik- en hoorproblemen. Indien nodig wordt gescreend op depressie of op de aanwezigheid van een delier. Verder wordt de belasting van de mantelzorg in kaart gebracht. Tabel 1 geeft aan met welke instrumenten deze gegevens verzameld worden. Iedere cliënt wordt binnen twee weken na opname besproken in het multidisciplinair overleg en gedurende de opname ten minste eenmaal per maand. Voor ieder multidisciplinair overleg dienen alle gegevens opnieuw geïnventariseerd te worden ter bespreking. Indien de cliënt de behandeldoelen voldoende heeft behaald om met ontslag te kunnen wordt een ontslagdatum voorgesteld en vindt in overleg een proefverlof plaats. Vóór het daadwerkelijke ontslag worden afspraken gemaakt voor vervolgbehandeling en/of nazorg. Binnen twee dagen na ontslag neemt de contactverzorgende telefonisch contact op met de cliënt en/

of de mantelzorg om te kijken of alles soepel is verlopen en vervolgbehandeling en/of nazorg gerealiseerd is.

Methode

Setting

De implementatie heeft plaatsgevonden op de vier revalidatieafdelingen van VKH, een verpleegkliniek van Sevagram (Heerlen): een afdeling waar voornamelijk orthopedische patiënten worden opgenomen, een afdeling waar CVA-patiënten worden opgenomen, een afdeling waar voornamelijk patiënten met COPD, de ziekte van Parkinson en oncologiepatiënten worden opgenomen en een afdeling waar patiënten worden opgenomen met gedragsproblemen. Elke afdeling heeft een capaciteit van 22 bedden die, indien nodig, opgehoogd kan worden naar 28 bedden.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie voor de procesevaluatie bestond uit de medewerker van Cliënten Service (CS), die verantwoor-

Wat	Meetinstrument	Wanneer	Wie
Cognitie	Cognitie (Cognitie Performance Schaal) ¹⁷	Voor opname	Centrale intaker
Gedragsproblemen inclusief zwerfgedrag en delier	Verkorte checklist gedragsproblemen gebaseerd op de neuropsychiatrische vragenlijst (NPI) ¹⁸	Voor opname	Centrale intaker
ADL/HDL	Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS) ¹⁹	Bij opnamegesprek op afdeling; Voor elk volgend MDO	Contactverzorgende
Mobiliteit	Screeningslijst fysiotherapie waaronder het meetinstrument Patiënt Specifiek Klachten ²⁰	Bij opname voor eerste MDO; Voor elk volgend MDO	Fysiotherapie
Belasting mantelzorg	Caregiver Strain Index (CSI) ²¹	Bij opname voor eerste MDO; Voor elk volgend MDO tijdens leefplan gesprek af te nemen	Contactverzorgende
Depressie	Geriatrische Depressie Schaal (GDS) ²²	Bij opname voor eerste MDO indien vraag 4 van de checklist voor gedragsproblemen met JA is beantwoord; Gedurende opname indien depressie wordt vermoed	Contactverzorgende
Delier	Delier Observatie Schaal (DOS) ²³	Bij opname voor eerste MDO gedurende drie dagen registreren, indien vraag 14 van de checklist gedragsproblemen met JA is beantwoord. Gedurende opname indien delier wordt vermoed	Contactverzorgende
Slikproblemen	Screeningslijst slikproblemen	Indien nodig: Bij opnamegesprek op afdeling; Voor elk volgend MDO	Contactverzorgende
Hoorproblemen	Screeningslijst hoorproblemen	Indien nodig: Bij opnamegesprek op afdeling;	Contactverzorgende

Tabel 1. Gebruikte meetinstrumenten in het doorstroommodel.

delijk is voor de intake en correcte plaatsing van de cliënt, de leden van de multidisciplinaire teams bestaande uit een specialist ouderengeneeskunde, teamleider, ergotherapeut, fysiotherapeut, en op verzoek de activiteitenbegeleider, logopedist en psycholoog, en contactverzorgenden/verpleegkundigen van de vier afdelingen. Paramedici en specialisten ouderengeneeskunde zijn werkzaam op meerdere afdelingen waardoor ze lid zijn van meerdere multidisciplinaire teams.

Implementatie

Het programma is systematisch geïmplementeerd waarbij gebruik is gemaakt van het model van Grol e.a.¹¹ Als eerste zijn alle managers, teamleiders, paramedici, artsen en een afvaardiging van verpleegkundigen en contactverzorgenden in groepsbijeenkomsten geïnformeerd over het doorstroommodel. Tijdens deze bijeenkomsten zijn tevens de belemmerende en bevorderende factoren voor het werken volgens het model in kaart gebracht. Contactverzorgenden zijn geïnstrueerd over het gebruik van de nieuwe meetinstrumenten. Een informatiepakket, bestaande uit uitleg over het model en achtergrondinformatie over de inhoud en het gebruik van de meetinstrumenten, is beschikbaar gesteld. Verder is voor iedere afdeling één persoon benoemd als aanspreekpunt (kartrekker) voor de nieuwe werkwijze. Een van de projectmedewerkers is steeds bereikbaar geweest voor vragen gedurende het implementatietraject.

Gegevensverzameling en analyse

Om na te gaan of er voldoende draagvlak was om te werken volgens het nieuwe model is na afronding van de informatiebijeenkomsten expliciet gevraagd naar de bereidheid de huidige werkwijze aan te passen aan het nieuwe doorstroommodel. Daarnaast is een voor dit doel ontwikkelde vragenlijst met antwoordcategorieën op een schaal van 1 (helemaal niet mee eens) tot 5 (helemaal mee eens) na afloop van de informatiebijeenkomsten afgenomen onder de verschillende disciplines.

Om de ervaring met het werken volgens de nieuwe werkwijze te inventariseren, zijn gedurende het implementatietraject groepsinterviews met de kartrekkers gehouden om zowel hun eigen mening als de mening van de verzorgenden/verpleegkundigen van de afdeling weer te geven, en is de medewerker van CS geïnterviewd. Om de ervaringen van de overige disciplines van de multidisciplinaire teams van de vier afdelingen te inventariseren is een vragenlijst rondgestuurd.

Om na te gaan hoe de meetinstrumenten zijn gebruikt zijn de dossiers nagekeken. Hiervoor is een werkblad gemaakt gericht op het inventariseren in welke mate de meetinstrumenten correct werden gebruikt.

De gesloten vragen uit de vragenlijst en de gegevens van de werkbladen zijn verwerkt met SPSS 15.0 en worden met behulp van beschrijvende statistiek weergegeven. De open vragen zijn op een beschrijvende manier verwerkt en zijn geclusterd naar onderwerp.

Resultaten

De implementatieperiode duurde van half oktober 2009 tot begin januari 2010. In deze periode zijn 43 cliënten opgenomen volgens het nieuwe model. In totaal hebben 36 medewerkers (13 verpleegkundigen en verzorgenden, alle teamleiders van de betrokken afdelingen en de andere somatische afdelingen, twee paramedici en hun manager, de CS-medewerker, de manager van de facilitaire dienst, een verpleeghuisarts, een medewerker van de stafdienst, een secretaresse en de locatiemanager) de informatiebijeenkomsten bezocht. Twaalf van hen (11 verpleegkundigen en verzorgenden en een fysiotherapeut) hebben de achteraf verstrekte vragenlijst teruggestuurd.

Gedurende de implementatieperiode zijn vier groepsinterviews gehouden met de kartrekkers van de afdelingen om de ervaringen met het model helder te krijgen. Aan het eind van deze periode zijn in totaal zeventien vragenlijsten ingevuld door vier fysiotherapeuten, twee specialisten ouderengeneeskunde, twee logopedisten, een maatschappelijk werkende en vier verzorgenden/verpleegkundigen.

Draagvlak

Voor de start van de implementatie was er veel draagvlak: de zorgprofessionals erkenden het probleem van een niet al te vlotte doorstroming en wilden meewerken deze te optimaliseren. Er was een duidelijk verschil tussen de verzorgenden/verpleegkundigen, kartrekkers en overige disciplines waarbij er meer draagvlak leek te zijn onder de kartrekkers en overige disciplines.

Ervaring

De ervaring met het werken volgens het nieuwe model was wisselend: door bezettingsproblemen werd door tijdsdruk de benodigde informatie niet altijd (tijdig) verzameld. Hoewel enkele instrumenten minder relevant werden gevonden voor bepaalde patiëntengroepen, werd over het algemeen gezegd dat door het gebruiken van eenduidige lijsten meer duidelijkheid, compleetheid en diepgang werd verkregen over het functioneren van de cliënt. Daarnaast werd aangegeven dat de systematische informatie zorgde voor meer structuur in het multidisciplinaire overleg en meer inzicht gaf in het werk van andere disciplines. Verder werd aangegeven dat deze gegevens bij de over- of uitplaatsing helpen in de communicatie tussen professionals.

Men vond het nadelig dat de formulieren snel na opname ingevuld moesten worden en ook de hoeveelheid formulieren werd als lastig ervaren. Daarnaast wist men niet goed hoe de informatie uit de meetinstrumenten vertaald kon worden ten behoeve van het multidisciplinaire overleg. Over het algemeen was de afdeling voor CVA-clients het minst positief (zij waren van mening dat de meetinstrumenten te weinig waren afgestemd op hun patiëntencategorie). Alle afdelingen bleven van mening het belangrijk te vinden om iets te doen aan de doorstroomproblematiek.

Gebruik van het model

Geplande cliëntbesprekingen

Zowel uit de vragenlijst als uit de interviews kwam naar voren dat bijna alle cliënten binnen twee weken na opname besproken werden in het multidisciplinaire team. De maandelijkse bespreking van cliënten werd op twee afdelingen niet als haalbaar gezien, enerzijds door een grote doorstroming van cliënten, anderzijds werd dit ook niet noodzakelijk geacht of kwam deze afspraak niet overeen met eerder gemaakte protocollen voor de patiëntencategorie op de afdeling (orthopedie en CVA).

Gebruik meetinstrumenten

Bij 31 van de 43 opgenomen cliënten werden vóór opname de cognitie en aanwezige gedragsproblemen geïnventariseerd. Voor het eerste multidisciplinaire overleg werd door de contactverzorgenden op de afdelingen bij 33 van de 43 cliënten de Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS) ingevuld. Een aantal lijsten werden onterecht niet ingevuld, namelijk De Geriatrische Depressie Schaal (GDS) 8x, de Delier Observatie Schaal (DOS) 7x, de Caregiver Strain Index (CSI) 6x, de screeningslijst voor slikproblemen 25x en de screeningslijst voor hoorproblemen 29x.

De fysiotherapeut bracht de mobiliteit bij 10 cliënten in kaart.

Door de korte implementatieperiode is niet nagegaan of alle lijsten ook systematisch zijn ingevuld vóór de maandelijkse multidisciplinaire teambesprekingen.

Proefverlof en huisbezoek ergotherapie

Alle zorgprofessionals gaven aan dat lang niet bij elke cliënt gebruik werd gemaakt van een proefverlof. Dit omdat het multidisciplinaire team het niet nodig vond, het volgens de cliënt of mantelzorger niet nodig was, of omdat het proefverlof niet georganiseerd kon worden. De ergotherapeut gaf aan dat het huisbezoek in de meeste gevallen een maand voor de ontslagdatum werd afgelegd.

Discussie

Deze pilotstudie is uitgevoerd om een model voor het optimaliseren van de doorstroom van revalidatiecliënten in een verpleeghuis te evalueren. In het algemeen blijkt dat het nieuwe model bruikbaar was op de vier revalidatieafdelingen, ondanks dat de verschillende disciplines het model wisselend naleefden. Het model sluit aan bij de revalidatiecyclus van het WHO framework, wat onder andere betekent dat er een multidimensioneel geriatrische assess-

ment plaatsvindt, er regelmatig multidisciplinair overleg is en dat de revalidatiedoelen aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van de individuele patiënt.¹²⁻¹⁴ Een van de belangrijke hulpmiddelen in ons model was het gebruik van objectieve gestandaardiseerde meetinstrumenten voor het diagnosticeren, vaststellen en evalueren van revalidatiedoelen, zoals aanbevolen door Wells en collega's.¹⁵ Ondanks dat deze instrumenten om kenmerken van de revalidatiecliënt in kaart te brengen niet door alle disciplines systematisch gebruikt werd, werden wel de voordelen hiervan gezien voor een eenduidige communicatie en voor het meer volledig en met meer diepgang verzamelen van de informatie. In deze studie is alleen gekeken naar de toepasbaarheid van het model en de ervaringen van de professionals. Of het model daadwerkelijk leidt tot een snellere doorstroming en tot betere resultaten bij de cliënt is niet geëvalueerd. Echter, uit een review van Bachman e.a.⁸ blijkt dat een revalidatieprogramma op maat positieve effecten heeft op het algemeen functioneren van geriatrische patiënten in termen van minder blijvende opnames in het verpleeghuis en een lager sterftecijfer. Of dat voor dit model geldt, zal in een gecontroleerde studie dienen te worden geëvalueerd.

Hoewel de meningen van mantelzorgers van revalidatiecliënten meegenomen zijn bij de ontwikkeling van het model, konden hun ervaringen en die van de cliënten door tijdgebrek helaas niet geïnventariseerd worden. Ook is tijdens de scholing niet expliciet aandacht geschonken aan deskundigheidsbevordering van de professionals om patiënten volledig te betrekken bij het formuleren van hun revalidatiedoelen en een gezamenlijk besluit te nemen over de te volgen behandeling. Hier zal in een vervolgstudie meer aandacht aan gegeven moeten worden. Ook omdat onderzoek naar de effecten van diverse therapieën en begeleidingsvormen laat zien dat de kans op een goed resultaat voor de patiënt groter is wanneer de ingezette therapie of begeleiding overeenkomt met de voorkeur van de patiënt.¹⁶

Conclusie

Het nieuwe model voor doorstroming lijkt toepasbaar te zijn voor een revalidatieafdeling voor geriatrische cliënten in een verpleeghuis. Deze studie heeft belangrijke ingrediënten opgeleverd om het model verder te optimaliseren. In een vervolgstudie dient expliciet aandacht besteed te worden aan het formuleren van revalidatiedoelen samen met de cliënt en dienen de effecten van het model te worden geëvalueerd.

Literatuur

1. Peerenboom PBG, Spek J, Zekveld G, Cools HJM, Balen R van, Hoogenboom MJ. Revalidatie in de AWBZ. Omvang, aard en intensiteit. Leusden; 31 maart 2008.
2. Howell S, Silberberg M, Quinn WV, Lucas JA. Determinants of remaining in the community after discharge: results from New Jersey's Nursing Home Transition Program. *Gerontologist*. Aug 2007;47(4):535-47.
3. Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2007;7:13.
4. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. May 2004;52(5):675-84.
5. Nishita CM, Wilber KH, Matsumoto S, Schnelle JF. Transitioning residents from nursing facilities to community living: who wants to leave? *J Am Geriatr Soc* 2008;56(1):1-7.
6. Rozzini L, Cornali C, Chilovi BV, Ghianda D, Padovani A, Trabucchi M. Predictors of institutionalization in demented patients discharged from a rehabilitation unit. *J Am Med Dir Assoc* Jul 2006;7(6):345-9.
7. Steeman E, Moons P, Milisen K, et al. Implementation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalization. *Int J Qual Health Care* Oct 2006;18(5):352-8.
8. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010, 340:c1718.
9. Gastel M van, Bours G, Hupperetz A, Cox A-M, Bodecker R, Rossum E van. Transitie van verpleeghuis naar huis. Een literatuurstudie naar de ondersteuning van tijdelijk opgenomen ouderen bij terug naar de eigen woning. *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde* 2009;34(4):120-4.
10. Bours G, Gastel M van, Peeters J, et al. Transitie van tijdelijk opgenomen verpleeghuisbewoners naar huis. Heerlen: Hogeschool Zuyd/Sevagram; 2009.
11. Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. derde herziene druk ed. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.
12. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med* May 2007;39(4):279-85.
13. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* Nov 2002;24(17):932-8.
14. Stucki G, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med* May 2007;39(4):286-92.
15. Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment. *Arch Phys Med Rehabil* Jun 2003;84(6):890-7.
16. Preference Collaborative Review Group. Patients' preferences within randomised trials: systematic review and patient level meta-analysis. *British Medical Journal* 2008;337:a1864.
17. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, et al. MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol* Jul 1994;49(4):M174-82.
18. Cummings JL. Neuropsychiatrische vragenlijst: verpleeghuisversie (NPI-NH). Nederlandse vertaling 1999, J.F.M. de Jonghe, Th. Schilt, L.M. Borkent, M.G. Kat. 1998.
19. Kempen GIJM, Doegla DM, Suurmeijer PBM. Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsproblemen; 1993.
20. Beurskens AJHM. Low back pain and traction. Hfst. 7 A patient-specific approach for measuring functional status in low back pain. Thesis Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht. Maastricht: Datawise Universitaire Pers; 1996.
21. Robinson B. Validation of a Caregiver Strain. *Journal of Gerontology* 1983;38:344-8.
22. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Psychiatr Research* 1982-1983;17(1):37-49.
23. Schuurmans MJ. Delirium Observatie Schaal (DOS). Utrecht: Universitair Medisch Centrum; 2001.

Correspondentieadres
g.bours@hszuyd.nl

Samenvatting

Het aantal ouderen dat tijdelijk wordt opgenomen voor revalidatie in een verpleeghuis is hoog en zal in de toekomst nog toenemen. Het is belangrijk dat deze groep ouderen goed doorstroomt om wachtlijsten in de zorg te voorkomen. Wij hebben een multidisciplinair model ontwikkeld om de doorstroom op revalidatieafdelingen verder te optimaliseren en hebben dit model op bruikbaarheid geëvalueerd. Van half oktober 2009 tot begin januari 2010 zijn 43 patiënten opgenomen volgens dit model. Er was veel draagvlak om de nieuwe werkwijze toe te passen bij de start van de implementatie, ondanks dat een aantal professionals (met name paramedici) aangaven niet helemaal bekend te zijn met de nieuwe werkwijze. De professionals gaven aan dat door het objectief en systematisch verzamelen van patiëntkenmerken, de informatie over de patiënt meer compleet was en meer diepgang had. Het meest waardevol was het vooraf in kaart brengen van problemen met cognitie en gedrag, de functionele status en de belasting van de mantelzorger. Alle patiënten werden in het multidisciplinaire team besproken, echter het maandelijks bespreken was niet altijd haalbaar of nodig. Men vond het lastig de informatie uit de gebruikte meetinstrumenten te vertalen voor gebruik in het multidisciplinaire overleg.

Deze pilotstudie laat zien dat het nieuwe doorstroommodel gebruikt kan worden op een revalidatieafdeling in een verpleeghuis. De studie levert belangrijke ingrediënten op om het model verder te optimaliseren.

Summary

The number of admissions of elderly people to a rehabilitation unit in a nursing home is high and still increasing. It is of utmost importance to optimize the patient flow to prevent waiting lists. We developed a multidisciplinary model to improve the patients flow on a rehabilitation unit. Key aspects were systematically assess patients characteristics before admission, assess caregivers strain, multidisciplinary tailored made goal setting, if needed probationary release, and structured aftercare.

The model was applied to 43 patients. Its feasibility was evaluated using interviews, semi-structured questionnaires and by studying patients records. Qualitative and quantitative methods were used for data analyses.

Support was substantially during implementation, although not all professionals involved were familiar with the purpose and procedure of the project. Especially allied health care professionals stated a lack of information about the project. According to the professionals, the systematic assessment of patient characteristics gave more complete and more in depth information about the patients. The assessment of cognitive and behaviour problems, functional status and care givers strain were valued most. Patients were always evaluated multidisciplinary, however, monthly evaluation was not always feasible or necessary. Professionals struggled how to use the patient information as basic data for care planning in the multidisciplinary team. This pilot study showed that the newly developed model could be applied on a rehabilitation unit in a nursing home, although there was a difference in adherence between primary nurses and allied health care professionals. The study revealed important building blocks to further optimize the model.

Roepen? Denk om het hart!

Drs. Pauline E. Duijkers, aios specialist ouderengeneeskunde, VOSON, Nijmegen

Drs. Pieter J. Schimmel, opleider en specialist ouderengeneeskunde, Zorggroep NoordWest-Veluwe

Middels de richtlijn 'Probleemgedrag' van Verenso in 2008 wordt getracht specialisten ouderengeneeskunde te ondersteunen in hun handelen bij probleemgedrag van patiënten. Hierin wordt de oorzaak van het probleemgedrag gezocht in meerdere gebieden. Bij het formuleren van behandeldoelen wordt geadviseerd deze zo concreet mogelijk te formuleren en te letten op haalbaarheid.¹

Probleemgedrag komt veel voor in verpleeghuizen bij bewoners met een dementie. Daarnaast bestaan er veel verschillende vormen van probleemgedrag.^{2,3} In dit artikel wordt specifiek ingegaan op vocale agitatie op basis van een lichamelijke factor, namelijk cardiovasculaire problematiek.

In casus 1 komt naar voren dat de verandering in de verbale agitatie aanleiding gaf tot nader onderzoek. Het behandeldoel bestond uit het behandelen van de lichamelijke oorzaak zodat het roepgedrag mogelijk terug zou gaan naar het oude niveau.

Bij deze patiënte wordt uitgegaan van angina pectoris als symptoom bij een acuut coronair syndroom (ACS). Twee derde van de patiënten met ACS heeft deze klacht, echter bij ouderen wordt vaker een atypische presentatie gezien dan bij jongere patiënten.^{4,5} De helft van de patiënten ouder dan 85 jaar met myocardischemie presenteert zich met dyspneu, het meest frequente atypische symptoom.^{4,6} Bij een kwart van de patiënten bestaan de eerste symptomen uit overmatig zweten of gastro-intestinale verschijnselen.⁴ Hierdoor wordt soms de diagnose gemist, waardoor de prognose verslechterd.^{7,8}

Bij de patiënte in casus 2 werd onderzoek gedaan nadat er verbale agitatie was opgetreden in de avond en nacht. Er was sprake van progressie van het hartfalen, met daarbij dyspnoe d'effort, orthopnoe of nyctodyspnoe, gewichtstoename en perifeer oedeem.

Bij hartfalen zijn dyspnoe d'effort, orthopnoe en oedeem aan de benen de klassieke symptomen, echter deze worden bij ouderen vaak in mildere vorm waargenomen. Dyspnoe d'effort is het meest voorkomende symptoom, dat toeneemt naarmate er progressie is van het hartfalen.⁹ Orthopnoe en paroxismaal nachtelijke dyspneu zijn specifieke symptomen bij ouderen. Hoewel ze specifiek zijn, komen zij niet frequent bij ouderen voor tenzij er sprake is van ernstig hartfalen.¹⁰ Er is altijd sprake van gewichtstoename; dit wordt echter maar sporadisch gemeld door de oudere patiënt. Pitting oedeem, meestal bilateraal, in de benen komt wel frequent voor, maar is niet

Patiënt A, een 86-jarige vrouw, werd op een afdeling psychogeriatric opgenomen vanwege toenemende problematiek thuis door vorderende Alzheimerdementie met vasculaire componenten. In de thuissituatie was onder andere het door patiënte herhaaldelijk roepen van haar echtgenoot een probleem. Daarnaast weigerde patiënte vaak eten of drinken wat voor veel spanning zorgde.

Haar voorgeschiedenis omvatte onder andere: hypertensie met linkerventrikelhypertrofie (2006). De thuismedicatie bestond uit: hydrochloorthiazide 1 dd 12,5 mg, metoprolol 100 mg, perindopril 1 dd 4 mg, omeprazol 1 dd 20 mg en haloperidol 20 nodig maximaal 2 dd 0,5 mg.

Op de afdeling werd een vrouw gezien met gevorderde dementie die roepgedrag vertoonde zodra daar sociale aanleiding toe was. Dit roepen bestond uit het woord 'papa'; zij herhaalde dit totdat er actie was ondernomen op de onderliggende vraag, die zij bij navraag duidelijk kon uiten. Haar bloeddruk bleef onder controle met RR 120/60 mmHg.

Na drie weken opname op de afdeling werd door de verzorgenden aangegeven dat mevrouw al een aantal dagen weigerde te eten of te drinken. Vanwege via laboratoriumonderzoek bewezen dehydratie met een verhoogd creatinine en hyperkaliëmie, werd de perindopril gestopt en kreeg mevrouw voor een week een hypodermoclyse met NaCl 0,45%. Daarna werd zij overdag gestimuleerd tot een redelijke orale intake van ongeveer een liter. Haar bloeddruk bleef fraai.

Na enkelen maanden veranderde echter het roepen. Er was nu sprake van continu roepen, waarbij naast het woord 'papa' ook 'help me dan toch' veelvuldig werd geuit. Bij navraag kon zij niet vertellen wat zij wenste.

Bij lichamelijk onderzoek werden er geen aanwijzingen voor infecties gevonden, haar bloeddruk bleef normaal en ook het hartritme was rustig en regulair. Ook het oriënterend laboratoriumonderzoek was normaal. Het gemaakte ecg liet duidelijk afwijkingen zien wat mogelijk op drietaks coronairlijden kon wijzen. In overleg met de cardioloog werd een paar dagen afgewacht omdat het ecg ook paste bij de eerder vastgestelde linkerventrikelhypertrofie. Het ecg werd herhaald en hierop werden afwijkingen gevonden die progressief waren ten opzichte van het eerste ecg. De waarschijnlijkheidsdiagnose drietaks coronairlijden werd gesteld, waarbij vermoed werd dat het roepgedrag voortkwam uit angina pectorisklachten. Er werd gestart met carbasalaatcalcium en isosorbidedmonitrat.

Daarna verminderde het roepgedrag tot het oude niveau van roepen zodra daar sociale aanleiding toe was, in de vorm van het herhalen van het woord 'papa'.

specifiek. Verwardheid, cognitieve stoornissen, depressie, vermoeidheid, somnolentie, anorexie, syncope, angina pectoris, nycturie en oligurie kunnen alle deel uit maken van een atypische presentatie van hartfalen bij ouderen.^{9,11} Een acute exacerbatie van hartfalen uit zich vaak als plotseling optredende dyspneu, wanneer er een verandering is in de hemodynamica (bijvoorbeeld bij atriumfibrilleren of infectie) waarvoor het hart niet meer kan compenseren.¹¹

Hartfalen gaat gepaard met veel comorbiditeit. Voor een deel houdt dit verband met het hartfalen zelf, een ander deel komt voort uit aandoeningen die bij ouderen veel voorkomen.¹² De comorbiditeit kan aanleiding geven tot exacerbaties van hartfalen. Daarnaast kan de aanwezige comorbiditeit de klinische presentatie van de exacerbaties veranderen waardoor de diagnostiek bemoeilijkt wordt.¹³ Ook moet men rekening houden met vaak voorkomende polyfarmacie met daarbij kans op interacties, bijwerkingen, veranderde farmacokinetiek en -dynamiek.

Beide casussen geven opnieuw het belang aan van uitgebreid onderzoek naar behandelbare lichamelijke factoren bij probleemgedrag. Daarbij is bij ouderen, door verschillende factoren, soms sprake van een atypische presentatie van klachten. Hiermee moet rekening worden gehouden bij de nadere analyse.

Patiënt B, een 79-jarige vrouw, is opgenomen in een van de kleinschalige woonvormen voor bewoners met (ver)gevoerde dementie. De hoofddiagnose is een dementieel syndroom op basis van zowel vasculaire dementie als M Alzheimer.

De medische voorgeschiedenis omvat daarnaast een colostoma na rectumcarcinoom en een dubbelzijdige THP. Haar medicatie bij opname in 2008 vermeldt haloperidol 2 dd 0,5 mg, haloperidol 1 dd 1 mg, hydrochloorthiazide 1 dd 12,5 mg en temazepam 1 dd 20 mg. Vanwege parkinsonisme werd haloperidol omgezet naar pipamperon, waarna dit verbeterde.

Na verloop van tijd meldde de dochter van patiënte dat haar moeder de laatste tijd toenemend kortademig was. Bij lichamelijk onderzoek werden normale tonen van het hart gehoord, zonder soufflé, maar wel een irregulier ritme. Bij auscultatie van de longen was er sprake van vesiculair ademgeruis, zonder bijgeluiden. Er was geen sprake van perifeer oedeem. De aangevraagde X-thorax toonde een licht beeld van decompensatio cordis. De diagnose decompensatio cordis (NYHA2) bij atriumfibrilleren werd gesteld. Er werd gestart met enalapril en acenocoumarol.

Na een maand begon patiënte in de avond onrust te vertonen. Vanwege de afwezigheid van een duidelijke lichamelijke oorzaak werd de pipamperon verhoogd. Inmiddels was de enalapril gestopt vanwege een prikkelhoest en was patiënte gestart met valsartan. Gedurende de verdere maanden was patiënte lichamelijk stabiel, haar dementieel beeld vertoonde geringe progressie.

Na enkele maanden werd door de verzorging aangegeven dat mevrouw plotseling 's avonds en 's nachts veel riep. Hierbij herhaalde zij urenlang de naam van haar dochter. Bij navraag bleek er toegenomen kortademigheid bij inspanning en bij lichamelijk onderzoek toegenomen perifeer oedeem. Het gewicht was met 2 kilo toegenomen. Mogelijk ontstond de onrust ten gevolge van orthopnoe of nyctodyspnoe. Vanwege de werkdiagnose progressie van hartfalen werd tijdelijk gestart met furosemide. Hierbij verdween de nachtelijke onrust.

Literatuur

1. Verenso. richtlijn probleemgedrag met herziene medicatie-paragraaf, 2008.
2. Zuidema S, Derksen E. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Psychiatry* 2007;22:632-8.
3. Gunten Avon, Alnawaqil A. Vocally disruptive behaviour in the elderly: a systematic review. *International psychogeriatrics* 2008;20:653-72.
4. Brieger D, Eagle KA, et al. Acute coronary syndromes without chest pain, an underdiagnosed and undertreated high-risk group: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. *Chest* 2004;126:461-9.
5. Canto JG, Shlipak MG, et al. Prevalence, clinical characteristic, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *JAMA* 2000;283:3223-9.
6. Jones ID, Slovis CM. Emergency department evaluation of the chest pain patient. *Emerg Med Clin North Am* 2001;19:269-82.
7. Medalie JH, Goldbourt U. Unrecognized myocardial infarction: five-year incidence, mortality, and risk factors. *Ann Intern Med* 1976;84:526-31.
8. Chung LH, et al. Atypical Chest Pain in the Elderly: prevalence, possible mechanisms and prognosis. *Int J of Gerontology* 2010;4(1):1-8.
9. Ahmed A, DEFEAT-heart failure: a guide to management of geriatric heart failure by general physicians. *Minerva Med* 2009; 100(1):39-50.
10. Wang CS, FitzGerald JM et al. Does this dyspnoeic patient in the emergency department have congestive heart failure? *JAMA* 2005;294:1944-56.
11. Hunt SA, Abraham WT, et al. ACC/AHA 2005 Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines: developed in collaboration with the American college of chest physicians and the international society for heart and lung transplantation: endorsed by the heart rhythm society. *Circulation* 2005;112:e154-235.
12. Tresch DD. Clinical manifestations, diagnostic assessment, and etiology of heart failure in elderly patients. *Clin Geriatr Med*. 2000;16:445-56.
13. Kitzman D, Rich M. Age disparities in heart failure research. *JAMA* 2010;304(17):1950-1.

Correspondentieadres
peduijkers@gmail.com

Samenvatting

In dit artikel worden twee casussen beschreven van patiënten met dementie met probleemgedrag, bestaande uit vocale agitatie als gevolg van cardiale problematiek. Hierbij wordt opnieuw duidelijk dat lichamelijke factoren overwogen moe-

ten worden bij (verandering van) probleemgedrag. Daarbij is het van essentieel belang de medische voorgeschiedenis en de soms atypische symptomen van ziektebeelden te kennen, zodat de juiste diagnose kan worden gesteld.

Frail elderly: towards an integral approach

Lonneke Schuurmans

Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In de rubriek Hora est wordt aan het proefschrift van Robbert Goddens *Frail elderly: towards an integral approach* aandacht besteedt.



Op 26 mei 2010 promoveerde Robbert Goddens aan de Universiteit van Tilburg op het proefschrift *Frail elderly: towards an integral approach*.

Fragiliteit, Engelse term *frailty*, verwijst naar een combinatie van problemen bij oudere mensen, waardoor een verhoogde kwetsbaarheid ontstaat. Een eenduidige definitie van fragiliteit ontbreekt. Fysieke problemen staan in de meeste definities vaak meer op de voorgrond dan psychische en sociale problemen, terwijl deze toch ook een groot deel van de fragiliteit kunnen bepalen. Het proefschrift van Goddens richt zich op het definiëren van fragiliteit en het komen tot een instrument om fragiele zelfstandig wonende ouderen te identificeren.

Goddens begint zijn onderzoek met de bemoedigende conclusie dat geen van de huidige conceptuele en operationele definities van fragiliteit voldoen aan de volgens hem vijf belangrijkste criteria: multidimensioneel (fysiek, psychisch en sociaal), dynamisch (aan verandering onderhevig), voorspellend (voor ongewenste uitkomsten), onderscheidend (ten opzichte van beperkingen en comorbiditeit) en tot slot bruikbaar in de praktijk.

Aan de hand van expertmeetings, narratief literatuuronderzoek en al bestaande definities van fragiliteit komt Goddens tot een nieuw instrument om fragiliteit op te sporen: de *Tilburg Frailty Indicator* (TFI). De TFI is een gebruiks-

vriendelijke vragenlijst (zelfrapportage) voor het screenen van zelfstandig wonende fragiele ouderen. De vragenlijst bestaat uit twee delen; deel A met vragen over determinanten van fragiliteit en deel B met vragen over componenten van fragiliteit. Onder determinanten van fragiliteit schaaft Goddens: socio-economische status, socio-demografische status, leefstijl, levensgebeurtenissen, leefomgeving en genetische factoren. De componenten die volgens Goddens verwijzen naar fragiliteit zijn: onbedoeld gewichtsverlies, moeilijkheden met lopen, verminderde kracht in de handen, verminderde lichamelijke gezondheid, evenwichts-, gehoor- en gezichtsproblemen, cognitieve problemen, depressieve symptomen, beperkte sociale relaties en ervaren steun, niet-efficiënte copingstrategie en alleenwonend. De TFI omvat daarmee zowel fysieke, psychische als sociale componenten. Een cross-sectioneel onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid, specificiteit en sensitiviteit laat vervolgens zien dat de TFI een valide en betrouwbaar instrument is om fragiliteit te meten, waarbij een score van 5 of hoger als afkappunt wordt gebruikt.

Tot slot probeert Goddens te bepalen wat de belangrijkste determinanten zijn van fragiliteit, gemeten met de TFI, onder 484 zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar en ouder. Hieruit volgt dat de levensloopdeterminanten (geslacht, leeftijd, huwelijkse staat, etniciteit, onderwijs, inkomen, leefstijl, levensgebeurtenissen en leefomgeving) samen 25% van de fragiliteitscore op de TFI verklaren. Multimorbiditeit verklaart een aanvullende 10,5%. Ook blijkt dat de scores op de drie domeinen van fragiliteit door verschillende determinanten worden voorspeld: leeftijd voorspelt lichamelijke fragiliteit, het optreden van levensgebeurtenissen voorspelt psychische fragiliteit en geslacht voorspelt sociale fragiliteit. Twee andere opvallende resultaten zijn het niet-lineaire effect van inkomen op fragiliteit (hoogste score op de TFI voor mensen met een gemiddeld inkomen) en het grote effect van een ongezonde leefstijl op fragiliteit.

Wat betekent de TFI nu voor de praktijk en hoe verhoudt deze zich tot de andere frailty meetinstrumenten, zoals de *Groningen Frailty Indicator*, de *Frailty Index* en de *Edmonton Frail Scale*? De zelfrapportage en gebruiksvriendelijkheid zijn een duidelijk voordeel van de TFI. Ook het brede perspectief en de integrale benadering valt te complimenteren. De wetenschappelijke onderbouwing is echter wat mager door de keuze voor een narratieve review om tot samenstel-

ling van de TFI te komen en door de cross-sectionele opzet. In hoeverre de TFI een beter meetinstrument is dan de andere bestaande instrumenten is aan de hand van dit proefschrift niet te zeggen. Daarvoor is het wachten op een gerandomiseerde trial die de verschillende meetinstrumenten vergelijkt. Tot die tijd lijkt het in ieder geval zinnig om – zoals Goddens voorstaat – op een integrale manier bezig te zijn met fragiliteit. De *Tilburg Frailty Indicator* lijkt daarvoor een bruikbaar en gebruiksvriendelijk instrument.

Correspondentieadres
lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

Het syndroom van Korsakov: méér dan geheugenstoornissen

Ineke Gerridzen, specialist ouderengeneeskunde

Sascha Adema, specialist ouderengeneeskunde

De auteurs werken bij de Atlant Zorggroep, locatie de Markenhof, Beekbergen

Inleiding

Het syndroom van Korsakov omvat meer dan drankmisbruik en geheugenproblemen. Executieve functiestoornissen, zich uitend in problemen met het starten, reguleren en stoppen van gedrag zijn het meest invaliderend. Permanente verpleeghuisopname volgt wanneer revalidatie naar een zelfstandige of beschermde woonvorm niet meer mogelijk is. Het aantal gediagnosticeerde korsakovpatiënten in Nederland is onduidelijk. Schattingen lopen uiteen van 5.000 tot 15.000.^{1,3} Over alcoholverslaving is meer bekend. Er is sprake van toename van patiëntenaantallen in de alcoholverslavingszorg, evenals een toename van het aantal ziekenhuisopnames voor een alcoholgerelateerde aandoening.⁴ Op basis van gegevens uit het Nemesis-2-onderzoek uit 2007-2009 wordt geschat dat 0,3-1,2 % van de bevolking van 18-64 jaar (meer dan 80.000 mensen) voldoet aan de diagnose alcoholafhankelijkheid uit de DSM-IV-R.⁴ Op grond van deze gegevens mag men veronderstellen dat de prevalentie van het korsakovsyndroom en daarmee de vraag naar verpleeghuisplaatsen voor korsakovpatiënten in de komende jaren waarschijnlijk niet zal afnemen. In Beekbergen bevonden zich tot voor kort twee verpleeghuizen (Hullenoord en Het Immendaal) met elk een aantal afdelingen voor patiënten met het syndroom van Korsakov. In 2007 is het nieuwe verpleeghuis de Markenhof in gebruik genomen, op de plek waar voorheen Hullenoord stond. De Markenhof biedt plaats aan 138 patiënten met niet-aangeboren hersenletsel, voornamelijk met het syndroom van Korsakov.

Bij gebrek aan richtlijnen wordt er door diverse disciplines voornamelijk *practice based* gewerkt, gebaseerd op allerlei aannames en persoonlijke ervaring. Er is dringend behoefte aan onderzoek naar comorbiditeit, benaderingswijze, wils- onbekwaamheid, thiaminesuppletie en alcoholbeleid.

In dit artikel beschrijven wij twee patiënten met het syndroom van Korsakov. De diversiteit en de overeenkomsten in de problematiek worden zo geïllustreerd.

Het ziektebeeld

Het syndroom van Korsakov werd in 1887 uitgebreid beschreven door de Russische psychiater Sergei Sergeievich Korsakov (1853-1900). Pas in 1947 werd de oorzaak van het syndroom van Korsakov ontdekt, namelijk een vitamine B1-deficiëntie. In Nederland komt een vitamine B1-deficiëntie voornamelijk voor bij alcoholisten ten gevolge van ernstige zelfverwaarlozing en ondervoeding. Er zijn aanwijzingen dat 30-80% van de chronische alcoholisten lijdt aan een thiaminedeficiëntie.² Vaak zijn ook andere vitaminedeficiënties aanwezig. Een ernstig thiaminetekort leidt tot celdood en veroorzaakt puntbloedingen en andere vaatveranderingen, vooral in de corpora mammillaria, de thalamus en rond het aquaduct en de derde en vierde ventrikel. Veelal manifesteert het ziektebeeld zich in eerste instantie als de wernicke-encefalopathie, een trias bestaande uit oogmotoriekstoornissen, loopstoornissen en verwardheid.⁵ De behandeling van het syndroom Wernicke-Korsakov bestaat uit onmiddellijke intraveneuze toediening van vitamine B1 in combinatie met oraal vitamine B-complex forte en 500 mg vitamine C.^{2,6} Na behandeling kunnen psychische stoornissen, met name geheugen- en gedragsstoornissen blijven bestaan: het syndroom van Korsakov. Dit gebeurt bij 2 tot 5% van de 'ernstig alcoholverslaafden'.^{1,2}

De geheugenstoornissen betreffen meestal het expliciete, directe of bewuste geheugen, en dan meestal het autobiografische deel ervan, waar de herinneringen aan gebeurtenissen zijn opgeslagen. Aanleren van nieuwe vaardigheden kan wel plaatsvinden, maar dan alleen maar via het impliciete of indirecte geheugen. Korsakovpatiënten hebben vaak een anterograde en retrograde amnesie met vooral een ophaalstoornis. Daarnaast is er sprake van confabulaties, zowel spontaan als geprovoceerd.^{7,8} Het meest invaliderend voor de korsakovpatiënt zijn de centraal executieve stoornissen. De executieve functies zijn noodzakelijk voor het plannen en organiseren van gedrag, de zogenaamde regelfuncties. Stoornissen hiervan leiden tot moeite met starten, reguleren en stoppen van gedrag. De korsakovpatiënt wordt apathisch en komt tot niets. Dit wordt ook wel wilszwakte genoemd. Dit dient goed onderscheiden te worden van een eventueel aanwezige depressie. Een andere opvallende executieve functiestoornis is het ontbreken van ziekte-inzicht.^{7,8} Bij het syndroom van Korsakov blijft de intelligentie in principe behouden.

Bovenstaande stoornissen veroorzaken uiteenlopende problemen, zoals desoriëntatie, angst en paniek, agressie, achterdocht, dwangmatig gedrag en perseveren, ontken-

nen en bagatelliseren, zelfoverschatting, ontremming en impulsief gedrag, snelle afleidbaarheid en kleptomane of verzameldrang.

Comorbiditeit en gevolgen van chronisch alcoholgebruik

Chronisch alcoholgebruik gaat veelal gepaard met somatische en psychiatrische comorbiditeit en heeft grote sociale impact. Door de tekorten aan essentiële vitamines en door de direct toxische werking van alcohol zijn meerdere orgaansystemen beschadigd en is de lichamelijke conditie zwak. Daarnaast is er vaak sprake van een ongezond leefpatroon en fors roken. De gevolgen daarvan kunnen divers zijn: hypertensie, hart- en vaatziekten, longaandoeningen, leververvetting/-cirrose, portale hypertensie en oesofagusvarices, ontstekingen van maag-/darmslijmvliezen, pancreatitis, cerebrale schade en polyneuropathie behoren alle tot de mogelijkheden. Beruchte complicaties van langdurig alcoholmisbruik (vaak gecombineerd met roken) zijn maligniteiten van mond, keel en slokdarm.³ Psychiatrische aandoeningen – ADHD, persoonlijkheidsstoornissen, depressie, psychose, angststoornissen en diverse gedragsproblemen – kunnen zowel de oorzaak als het gevolg van alcoholmisbruik zijn.^{8,9} De sociale gevolgen van chronisch alcoholgebruik en de daarmee gepaard gaande comorbiditeit zijn zeer ernstig: verbroken vriendschappen, relaties en familiebanden, financiële problemen. Van het beroepsleven en de oorspronkelijke maatschappelijke positie blijft vaak niets meer over.

Casuïstiek

Patiënt A, 54 jaar, wordt met een rechterlijke machtiging overgeplaatst vanuit het psychiatrisch ziekenhuis naar de korsakov-verpleeghuisafdeling.

Patiënt heeft ruim tien jaar excessief alcohol gebruikt. Sinds zijn echtscheiding leidde hij een zwervend bestaan, pleegde diefstallen en veroorzaakte brandjes. Er was sprake van ernstige zelfverwaarlozing. Wegens detentieongeschiktheid werd patiënt vanuit het Huis van Bewaring overgeplaatst naar het psychiatrisch ziekenhuis. Het aldaar verrichte neuropsychologisch onderzoek liet geheugenstoornissen en executieve functiestoornissen zien, passend bij het syndroom van Korsakov. De zucht naar alcohol, met gevaar voor stelen en brandstichting, was nog aanwezig. Een opname met rechterlijke machtiging op een (gesloten) afdeling voor psychiatrische patiënten in het verpleeghuis volgde. Bij opname in het verpleeghuis maakt het behandelteam met patiënt en zijn mentor afspraken en bespreekt sancties. Patiënt gaat dagelijks naar het dagactiviteitencentrum en de tuinkassen. Hij stelt zich sociaal en coöperatief op, houdt zich aan de afdelingsregels en verricht corveetaken. In overleg met patiënt en zijn mentor breidt men de vrijheden uit; in de weekenden mag patiënt voor een bepaalde periode zelfstandig naar het dorp. Gezien bovenstaand gunstig verloop werkt het team met patiënt toe naar overplaatsing naar een beschermde woonvorm voor patiënten met het syndroom van Korsakov, dan wel naar een (open) korsakov-verpleeghuisafdeling.

Na verloop van tijd vindt men echter toch alcohol in de fiets-tassen van patiënt. Hierop wordt besloten de vrijheden weer

fors te beperken. Patiënt lijkt geschrokken en is zich meer bewust van de consequenties van zijn drinkgedrag, in relatie tot zijn toekomst. Hij houdt zich weer aan gemaakte afspraken en voorzichtig probeert het team opnieuw toe te werken naar overplaatsing. Preventief start hij met disulfiram en acamprosaat en volgt gedragstherapie, gericht op het leren omgaan met alcoholverslaving. In het multidisciplinaire overleg komt echter naar voren dat patiënt weinig verantwoordelijkheid draagt voor zijn eigen gedrag, vaak uit dat hij het zat is, weg wil en erg bezig is met zijn toekomst. Hierbij valt op dat hij zelf weinig tot niets onderneemt ten aanzien van het werken aan zijn toekomst. Hij neemt de slachtofferrol aan en vertoont manipulatief gedrag. Hij wordt weer verdacht van alcoholgebruik, betrokkenheid bij diefstal en brand op de afdeling. Patiënt zelf ontkent, manipuleert en bagatelliseert. Patiënt blijkt niet goed om te kunnen gaan met de spanningen die de ophanden zijnde verhuizing met zich meebrengt. Bovendien blijkt hij bij een te grote mate van vrijheid en openheid terug te vallen in oud gedrag met alcoholgebruik, zelfverwaarlozing en delicten. Patiënt zal in de toekomst moeten blijven wonen in een besloten woonomgeving met veel structuur, een consequente, specifieke benadering en vaste dagactiviteiten. Op verzoek van de specialist ouderengeneeskunde wordt de rechterlijke machtiging verlengd. Patiënt krijgt een dwaaldetectiechip in zijn schoen. Thans verblijft hij op een open korsakovafdeling, en werkt vijf dagen per week in het restaurant van de instelling. De disulfiram en acamprosaat zijn vervangen door naltrexon.

Patiënt B, 37 jaar, verhuist naar de korsakov-verpleeghuisafdeling vanuit een psychiatrisch diagnostisch centrum.

Zijn voorgeschiedenis vermeldt tweemaal een zelfmoordpoging met medicatie. Tevens tweemaal een gegeneraliseerd epileptisch insult bij alcoholintoxicatie. Met dubbelzien, verwardheid en een afwijkend looppatroon, geduid als acute Wernicke-encefalopathie, belandt patiënt op de afdeling neurologie. Behandeling met thiamine volgt. Drie maanden later, patiënt verblijft nog steeds op de neurologieafdeling, valt toenemende heesheid op. Het roken en het alcoholgebruik, vormen risicofactoren voor maligniteit in de keel. De KNO-arts constateert een larynxcarcinoom (plaveiselcelcarcinoom) zonder aanwijzingen voor metastasen. Patiënt krijgt radiotherapie met curatief resultaat. Na ontslag uit het ziekenhuis komt patiënt terecht in de psychiatrie; enkele maanden later volgt een verhuizing naar de korsakov-verpleeghuisafdeling. Hij is een relatief jonge bewoner bij wie zowel de geheugenproblemen als de executieve stoornissen zeer ernstig zijn. Patiënt is zeer passief. Ondanks alle begeleiding is hij noch op het dagactiviteitencentrum, noch op individuele basis op de afdeling in staat enige activiteit te ontplooien. Voorheen zong patiënt in een bandje; muziektherapie lijkt een aanknopingspunt, maar levert niets op. Zijn dagen brengt hij liggend op de bank, dan wel op bed door. Hij rookt zijn shag. De enige activiteit bestaat uit het zetten van koffie in de huiskamer. Zijn stemming is echter goed, er zijn geen aanwijzingen voor depressie.

Wanneer de afdeling (in verband met nieuwbouw van de instelling) verhuist, ontplooit patiënt ineens duidelijk meer initiatief. Hij staat spontaan op, kleedt zich aan en is 's mor-

gens al op het terras te vinden, zittend in een stoel. Ook heeft hij op een avond het terrein verlaten. Een zeer onverwachte verandering. Mogelijk heeft de overgang van een donkere, gesloten afdeling, naar een open, ruime en lichte afdeling daarin een rol gespeeld. Door de eenpersoonskamer (voorheen driepersoonszaal) ervaart patiënt waarschijnlijk ook minder prikkels en dus minder chaos. Vijf jaar na het larynxcarcinoom treedt een recidief op. Heesheid is het eerste symptoom. Een laryngectomie, met moeizame wondgenezing van het voorheen bestraalde gebied volgt. Elke dag schrikt de patiënt opnieuw van de tracheostoma, als hij in de spiegel kijkt. Binnen een jaar na de operatie treedt een 2e recidief op dat onbehandelbaar is. Het onbegrip door de geheugenstoornissen, het gebrek aan ziekte-inzicht en toenemende klachten van pijn, onrust, cachexie en trekkingen leiden tot een moeizaam sterfbed. Zeer matige reactie op pijnstilling, slaapmedicatie en anti-epileptica zijn mogelijk te verklaren door inductie van leverenzymen als gevolg van het jarenlange alcoholmisbruik.

Conclusie casuïstiek

De blijvende zucht naar alcohol en de psychiatrische comorbiditeit van patiënt kunnen revalidatie naar (enige) zelfstandigheid ernstig verstoren. De executieve functiestoornissen zijn het meest invaliderend en maken het onmogelijk nog zelfstandig te wonen. Jarenlange opname, waarbij de nadruk ligt op aanbieden van begeleiding en structuur, kan bij somatische complicaties plaats moeten maken voor zeer intensieve en complexe verzorging. Dit vergt veel inzet en (ervarings)deskundigheid van de medewerkers.

De zorgvraag

In de behandeling van de patiënt met het syndroom van Korsakov staan terugvalpreventie, optimaliseren van lichamelijke en psychische conditie, rehabilitatie en regulatie van de gedragsproblematiek centraal.¹⁰ De arts op een korsakovafdeling dient te beschikken over specifieke kennis van de doelgroep, om zo tot een gerichte multidisciplinaire aanpak te kunnen komen. Hij/zij dient aandacht voor de autonomie van de korsakovpatiënt te hebben, maar moet ook om kunnen gaan met diens (partiële) wilsonbekwaamheid. De inzet van met name de psycholoog, fysiotherapeut, diëtiste en maatschappelijk werker zijn noodzakelijk. Het behandel- en begeleidingsklimaat vergen regelmatige multidisciplinaire afstemming.^{11,12} Gezien de psychiatrische en somatische comorbiditeit, gepaard gaande met gedragsproblematiek en noodzaak tot structuur, dagbesteding en specifieke benadering, dient de zorg voor de korsakovpatiënt bij voorkeur vanuit het zorgzwaartepakket ZZP-7 gefinancierd te worden.

Terugvalpreventie

De zucht naar alcohol kan nog (latent) aanwezig zijn. Essentieel is het voorkomen van terugval in het oude patroon van alcoholmisbruik en zelfverwaarlozing; dit verergert de ernst van het syndroom van Korsakov. Bovendien heeft het gebruik van alcohol een nadelige invloed op het gedrag van de patiënt en zijn medepatiënten. Middelen die men kan gebruiken om de zucht naar alcohol af te remmen zijn acam-

prosaat en naltrexon. Een middel dat men kan gebruiken om het nuttigen van alcohol te ontmoedigen is disulfiram. Nuttigen van alcohol leidt dan binnen vijf tot tien minuten tot met name misselijkheid en braken. Er dient een zeer terughoudend alcoholbeleid te zijn, rekening houdend met wet- en regelgeving en BOPZ-status. In principe is het verpleeghuis/de verpleeghuisafdeling voor korsakovpatiënten alcoholvrij. Op individueel niveau kunnen in overleg met het behandelteam afspraken worden gemaakt over alcoholgebruik (bijvoorbeeld gecontroleerd toestaan van één glas alcohol), maatregelen ter controle van gebruik (bijvoorbeeld bloed- en urinetesten) en eventuele sancties. Bij constatering van alcoholgebruik kan bijvoorbeeld besloten worden dat de patiënt op zijn kamer moet blijven en niet welkom is op de dagbesteding.

Het optimaliseren van lichamelijke en psychische conditie

Behandeling van lichamelijke en psychiatrische problematiek is belangrijk. Met hulp van fysiotherapie wordt de lichamelijke conditie verbeterd. De oorzaak van mobiliteitsstoornissen, meestal polyneuropathie en cerebellaire ataxie, dient vastgesteld en zo mogelijk behandeld te worden. Adequate voeding met diverse vitaminesuppleties dient blijvend aandachtspunt te zijn. Een aangepast dieet kan overgewicht voorkomen bij ontremd eetgedrag. Na de acute fase wordt geadviseerd om door te gaan met thiaminesuppletie in een dosering van 2 dd 50 mg per os. Het is nog niet duidelijk hoelang deze suppletie therapie dient te worden voortgezet.² In de Markenhof krijgen patiënten gedurende minimaal twee jaar thiaminesuppletie. Bij normale voedingsintake wordt het daarna gestaakt. Medicamenteuze behandeling van het syndroom van Korsakov is verder niet mogelijk. Bij voorkeur worden er geen benzodiazepines voorgeschreven omdat deze negatieve effecten hebben op het geheugen en andere cognitieve functies.

Rehabilitatie

De behandeling van korsakovpatiënten richt zich op training van dagelijkse activiteiten via training van het impliciete geheugen. Het doel van deze behandeling is het behoud en aanleren van nieuwe vaardigheden, en het leren omgaan met de cognitieve stoornissen. Daarmee beoogt men de zelfredzaamheid van de korsakovpatiënt te vergroten. Het is van belang dat het aanleren en trainen van (nieuwe) vaardigheden foutloos plaats vindt.¹³ Dit om te voorkomen dat fouten via het impliciete geheugen geconsolideerd worden. De patiënt met het syndroom van Korsakov behoeft een aangepaste woonomgeving en een specifieke benadering.¹⁴ Doel is het bieden van ondersteuning, zekerheid en veiligheid, en het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Voorheen was de benadering met de 4 K's (kort, concreet, continu, en consequent) in gebruik.¹⁵ Tegenwoordig betreft het de zogenaamde empatisch-directieve benadering (meegaand en tegemoetkomend naast sturend en directief).¹⁶ De woonomgeving dient rustig, weinig veranderlijk en goed gestructureerd te zijn. Door gebruik te maken van stickers, naambordjes, kleuren, agenda, whiteboard, en klokken wordt de herkenbaarheid vergroot. Een gestructureerd dagprogramma voor de kor-

sakovpatiënt is van groot belang. Het doel is meervoudig: bieden van structuur, rust en een zinvolle dagbesteding, voorkomen van gedragsproblematiek en onderhouden of uitbreiden van aangeleerde vaardigheden. Voorbeelden van dagactiviteiten zijn assemblagewerkzaamheden, film-bezoek, koken, kaarten, biljarten, sport en muziektherapie. Op het terrein van de Markenhof bevindt zich het Dag Activiteiten Centrum (DAC) waar dagelijks aan bijna honderd korsakovpatiënten arbeidsmatige activiteiten, zoals industriële inpakwerkzaamheden, worden aangeboden. Daarnaast bevindt zich in het DAC een kaarsen-, zeep en fietsenmakerij, een tuin- en plantenkas en een houtwerkplaats. De patiënt kijkt samen met de groepsbegeleider welk 'werk' bij hem past en welke activiteit aansluit bij zijn mogelijkheden. Aan het einde van de 'werkweek' ontvangen de patiënten 'loon' in de vorm van een kleine zakgeldbijdrage. Voor patiënten die niet werken biedt het Activiteitenplein allerlei aangepaste activiteiten.

Regulatie van de gedragsproblematiek

Door de executieve functiestoornissen en gebrek aan ziekteinzicht komt probleemgedrag veel voor bij korsakovpatiënten. Naast eventuele medicamenteuze therapie kan in samenspraak met de psycholoog advies gegeven worden ten aanzien van de omgang met het probleemgedrag.

De benodigde formatie psycholoog wordt geschat op eenmalig 0,20 fte voor de opname, en 0,15 fte voor het verblijf per afdeling van dertig patiënten. In onze instelling is de specialist ouderengeneeskunde de hoofdbehandelaar, elders wordt soms gekozen voor de psycholoog als hoofdbehandelaar.

Juridische aspecten bij opname

Korsakovpatiënten kunnen veelal vrijwillig of middels de zogenaamde Wet Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis (BOPZ), artikel 60, worden opgenomen op een BOPZ-afdeling van het verpleeghuis. Door de ernstige geheugenstoornissen, desoriëntatie en dientengevolge angst of onzekerheid zoeken zij de veiligheid van de instelling en durven zij meestal niet zelfstandig buiten de instelling te verblijven. Zo nodig kan gebruik worden gemaakt van een dwaaldetectiesysteem, bijvoorbeeld met behulp van een chip in de schoen.

Dit geldt niet voor de mildere vormen van Korsakov of indien er nog sprake is van een flinke zucht naar alcohol.

Het komt regelmatig voor dat een korsakovpatiënt met een rechterlijke machtiging (RM) moet worden opgenomen. Meestal kan pas gedwongen worden opgenomen als de patiënt een gevorderde Korsakov heeft ontwikkeld en niet meer zelfstandig kan functioneren.

De uitgebreide financiële en sociale problemen, zoals schuldsanering, detentie (ongeschiktheid), aanvragen bewindvoering of mentorschap en herstel van familiebanden behoeven veel aandacht. Een maatschappelijk werkende is op een Korsakov-afdeling onontbeerlijk.

Stichting Korsakov Kenniscentrum

In 2008 is Het Korsakov Kenniscentrum (KKC) opgericht.¹¹

Dit betreft een samenwerking van een aantal zorgaanbieders die patiënten met het syndroom van Korsakov begeleiden, verzorgen, verplegen en behandelen. Het KKC is gespecialiseerd in de behandeling van deze doelgroep en stelt de ontwikkelde kennis breed ter beschikking zodat de behandeling van patiënten met een korsakovsyndroom verbetert. Het KKC heeft een wetenschappelijk onderbouwd zorgprogramma ontwikkeld voor patiënten met het korsakovsyndroom. De specialist ouderengeneeskunde kan het KKC consulteren.

Het Landelijk Platform Korsakov is opgegaan in het Korsakov Kenniscentrum.

Conclusie

Bij het syndroom van Korsakov zijn de executieve functiestoornissen meer invaliderend dan de geheugenstoornissen. Binnen het verpleeghuis hebben patiënten een gerichte, multidisciplinaire aanpak nodig. Het accent ligt op terugvalpreventie, rehabilitatie, verbetering van de algehele conditie en het reguleren van gedragsproblematiek.

Nader onderzoek binnen de korsakovpopulatie is noodzakelijk om van practice- naar evidence-based handelen te komen en onderbouwde richtlijnen te ontwikkelen.

Correspondentieadres

i.gerridzen@atlant.nl

Literatuur

1. Arts NJM. *Het syndroom van Korsakov*. Bunnik: Korsakov Platform Nederland, 2003.
2. GGZ, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Trimbosinstituut. *Multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol', een richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*, 2009.
3. Schepers JP, Koopmans RTCM, Bor JHJ. Een groep Korsakovcliënten in een verpleeghuis: kenmerken en bijkomende morbiditeit. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2000;31:113-8.
4. Nationale Drug Monitor Jaarbericht 2009. Utrecht: Trimbos-Instituut. *Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum Ministerie van Justitie*, 2010.
5. Arts NJM. Wernicke-encephalopathie: een niet te stellen diagnose. *Tijdschr neuropsychiatrie & gedragsneurologie* 2007;6:106-7.
6. Arts NJM. Alcohol en het brein: blijvende schade door alcoholgebruik. *Patiënt Care/neuropsychiatrie & gedragsneurologie* 2005;6:111-6.
7. Arts NJM. Het syndroom van Korsakov: ontstaan van geheugenstoornissen. *Patiënt Care/neuropsychiatrie & gedragsneurologie* 2004;8:2-9.
8. Arts NJM. Het syndroom van Korsakov: centraal executieve stoornissen en behandeling. *Patiënt care/neuropsychiatrie & en gedragsneurologie*. 2004;10:10-6.
9. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, USA: Lippincott, Williams and Wilkins, 2005. p.1093-106.
10. Kopelman MD, Thomson AD, Guerrini I and Marshall EJ. *The Korsakoff Syndrome: Clinical Aspects, Psychology and Treatment*. *Alcohol Alcohol* 2009;44(2):148-54.
11. Stichting Korsakov Kenniscentrum. <http://korsakovkenniscentrum.nl>.
12. Goossensen A, Arts K, Beltman M. *Zorgprogramma Korsakov in het verpleeghuis 'Mij mankeert niks'*. *Korsakov Kenniscentrum*, november 2007.
13. Kessels R, Oort R van. De rol van foutloos leren bij de behandeling van patiënten met geheugenstoornissen. *Nieuwsbrief Revalidatie Nederlands Instituut voor Psychologen* voorjaar 2008;1-6.
14. Blansjaar BA. Het syndroom van Korsakoff. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137(21):1043-48.
15. Noppen M van, Haex P. Omgaan met Korsakovcliënten. *Van 4 K-model naar empathisch-directieve benadering*. *Denkbeeld* 2003;6:10-3.
16. Noppen M van, Nieboer J, Ficken M, et al. *De empathisch-directieve benadering: zorg voor cliënten met het syndroom van Korsakov*. September 2007.

Samenvatting

Chronisch alcoholgebruik, met daarbij zelfverwaarlozing en ondervoeding, kan een tekort aan thiamine veroorzaken. Dit leidt tot wernicke-encefalopathie, en tot het syndroom van Korsakov. Het syndroom van Korsakov is een resttoestand, gekenmerkt door geheugenstoornissen en executieve functiestoornissen. Met name de executieve functiestoornissen maken een zelfstandig bestaan onmogelijk. Een passende woonvorm kan dan gevonden worden in het verpleeghuis.

Naast de alcoholverslaving is vaak ook sprake van nicotineverslaving. Het ziektebesef is aangedaan, en klachten worden niet of pas laat gemeld. Een verhoogde kans op hart en vaatziekten en maligniteiten vereist alertheid van de omgeving op symptomen. Ook aandacht voor psychiatrische en sociale problematiek is nodig.

Specialisten ouderengeneeskunde krijgen regelmatig te maken met deze categorie patiënten, die een specifieke, multidisciplinaire aanpak behoeft. Veel aspecten van de aanpak zijn practice based, er is behoefte aan wetenschappelijk onderzoek op het gebied van comorbiditeit, benaderingswijze, wilsonbekwaamheid, thiaminesuppletie en alcoholbeleid.

Met twee casussen wordt in dit praktijkartikel de uiteenlopende problematiek, complicaties en comorbiditeit bij het korsakovsyndroom beschreven.

Trefwoorden

syndroom van Korsakov, de Markenhof, cognitieve functiestoornissen, gedragsstoornissen, structuur

Summary

Alcohol abuse, accompanied by self-neglect and malnutrition, may cause thiamin deficiency. This deficiency leads to Wernicke's encephalopathy and Korsakov's syndrome. Korsakov's syndrome is a stable state, with memory problems and impaired executive brain functions. The impairment of executive brain functions is the main reason patients are no longer able to live independently, and residential care may be offered in a nursing home.

Apart from alcohol dependence, there is often nicotine dependence as well. Disease awareness is affected; disorders are reported late or not at all. High risk of cardiovascular disease and of malignancies requires vigilance from caregivers. Attention should also be paid to psychiatric and social problems.

Elderly care physicians will occasionally encounter these patients, in need of specialized, multidisciplinary care. Many aspects of current care are practice based; there is a need for research into co morbidity, approach by care professionals, legal incapacity, thiamin supplement and policy on alcohol consumption.

With two case histories, the usual problems, complications and co morbidity of Korsakov's syndrome are described in this article.

Keywords

Korsakov's syndrome, nursing home the Markenhof, cognitive disorder, behavioral problems, structure

De verzorgde laatste levensfase

Oratie prof. dr. Anneke Francke

Prof. Dr. Anneke Francke, bijzonder hoogleraar Verpleging en verzorging in de laatste levensfase, Vrije Universiteit, Amsterdam

Anneke Francke sprak op vrijdag 22 oktober 2010 haar inaugurale rede *De verzorgde laatste levensfase* uit bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar 'Verpleging en verzorging in de laatste levensfase' aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Ze noemt verplegen een kunst, waarvoor aan een aantal randvoorwaarden moet zijn voldaan. Francke pleit onder meer voor terugkeer van de verpleegkundige in de ouderenzorg.

Naast haar bijzonder hoogleraarschap aan de VU is Anneke Francke werkzaam op het NIVEL als coördinator van het onderzoeksprogramma Verpleging en Verzorging. Haar volledige rede is te vinden op www.nivel.nl. Daarin staat ook de volledige lijst van literatuurreferenties. Hierna volgt een verkorte versie van de rede.



Wat is 'zorg in de laatste levensfase'?

Als synoniem van 'zorg in de laatste levensfase' kan de term 'palliatieve zorg' worden gebruikt. Voor welke term ook gekozen wordt, het gaat in ieder geval om zorg die gericht is op het bevorderen van de kwaliteit van leven van mensen met een beperkte levensverwachting. Deze zorg begint vaak al bij de diagnose van een aandoening die naar verwachting tot de dood zal leiden. In eerste instantie worden er soms ook nog levensverlengende behandelingen gegeven, maar naarmate het overlijden nadert, komt het accent meer en meer te liggen bij optimale palliatie en de kwaliteit van leven.

Tot zo'n jaar of tien geleden werd palliatieve zorg voornamelijk in verband gebracht met zorg voor ongeneeslijk zieke kankerpatiënten. Deze zorg richt zich echter ook op andere mensen met een beperkte levensverwachting, zoals mensen met dementie of kwetsbare ouderen met multimorbiditeit. Bij hen is vaak sprake van een geleidelijke achteruitgang die uiteindelijk tot de dood leidt. De behandel mogelijkheden zijn beperkt, maar als het gaat om het bevorderen van de kwaliteit van leven is er vaak nog veel goede zorg mogelijk. Dit is het terrein waarop palliatieve zorg en de geriatrie elkaar heel duidelijk raken.

Kwaliteit van zorg in stervensfase

Deze rede gaat in op de vraag 'Hoe verzorgd is de laatste levensfase?', in de zin van 'Hoe goed is de zorg in die fase?' Mijn antwoord kan samengevat worden als: 'Hoe dicht bij het sterven: hoe groter de kans dat de kwaliteit van zorg goed is'.

Dat de randvoorwaarden voor zorg in de stervensfase in ons land relatief goed zijn, blijkt onder meer uit een recente

internationale vergelijking van veertig landen. Nederland eindigde in de top 10 samen met bijvoorbeeld buurlanden Engeland, België en Duitsland.

De uitspraak dat de zorg voor stervende mensen relatief goed is, baseer ik ook op eigen onderzoek onder het landelijke onderzoekspanel Verpleging & Verzorging. De overgrote meerderheid van de ondervraagde verpleegkundigen gaf aan dat de zorg die hun team levert aan stervende mensen van goede of zeer goede kwaliteit is. Terwijl het oordeel over de zorg in het algemeen minder positief was.

Kwalitatief onderzoek wijst in eenzelfde richting. De antropoloog Anne-Mei The beschrijft in haar boek *De wachtkamer van de dood* hoe verzorgenden heel gemotiveerd zijn om stervende patiënten goed te verzorgen. Zij zetten zich volledig in om aan de wensen van stervende patiënten en hun familie tegemoet te komen. Anne-Mei The vraagt zich af hoe het mogelijk is dat als iemand op sterven ligt, zoveel meer kan dan in die fasen daarvoor. Ze geeft als verklaring dat een sterfbed relatief overzichtelijk is: de zorgdoelen zijn meestal duidelijk en de periode tot aan het overlijden is te overzien.

Ook speelt mijns inziens mee dat zorgverleners zeer hoge eisen stellen aan de zorg voor stervende mensen. Zij vinden dat juist in die fase de zorg nooit onder de maat mag zijn. Dit hangt samen met professionele en persoonlijke visies op waardig sterven en goed afscheid nemen van het leven. Als de zorg in de allerlaatste fase goed verloopt, geeft dat veel voldoening bij de betrokken verpleegkundigen en verzorgenden.

Kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen

Aan de stervensfase gaan echter vaak maanden – soms zelf jaren – vooraf, waarin de patiënt ook al zeer kwetsbaar is en behoefte heeft aan palliatieve zorg. Veel van deze kwetsbare ouderen verblijven in verpleeg- en verzorgingshuizen. Bewoners oordelen positief over de inzet van het verplegend personeel. Maar er zijn ook punten van serieuze kritiek. Bewoners noemen de hoge werkdruk, waardoor ze soms lang moeten wachten op hulp om naar de wc te gaan of om gewassen te worden. Daarbij valt op dat bewoners hun verwachtingen vaak bijstellen, omdat verzorgenden het zo druk hebben.

Kwantiteit én kwaliteit van personeel is belangrijk

Het is positief dat het nieuwe kabinet in wil zetten op extra medewerkers in de ouderenzorg. Maar de aandacht moet niet alleen uitgaan naar ‘meer handen aan het bed’. Het moet ook gaan om ‘harten en hoofden’. Hebben de medewerkers hart voor de zorg voor ouderen? En hebben ze een kwalificatieniveau dat past bij de complexe zorg die ze moeten geven?

Verpleegkundigen zijn bijna verdwenen in de instellingen voor ouderenzorg. Zij zijn grotendeels vervangen door verzorgenden. En dat niet alleen: verzorgenden zijn op hun beurt weer deels vervangen door lager opgeleide helpenden. Dat wijst op een onderschatting van hoe moeilijk het is om voor kwetsbare ouderen te zorgen. Ouderen, zoals mensen met dementie die vaak allerlei bijkomende fysieke en gedragsproblemen hebben.

Ik pleit voor meer waardering voor het personeel in de ouderenzorg. Ook ben ik van mening dat de verpleegkundige duidelijk terug moet komen in het verpleeg- en verzorgingshuis. Daarbij doel ik zeker niet uitsluitend op verpleegkundig specialisten die nu her en der aangesteld worden in de ouderenzorg. Minstens zo belangrijk is dat voor de zorg ‘aan het bed’ de basisverpleegkundige in de ouderenzorg terugkomt. Niet om de verzorgenden te vervangen, maar om met hen samen te werken.

Er is een verband tussen de kwalificatie- en opleidingsniveaus van het zorgpersoneel en de kwaliteit van zorg. Personeelsbezetting is echter niet alles bepalend. Warme, persoonlijke aandacht van zorgverleners en een respectvolle bejegening zijn voor patiënten heel belangrijke aspecten van goede zorg en deze hangen ook samen met de cultuur binnen een team.

Onderzoeksplannen

In mijn onderzoek(splannen) gaat veel aandacht uit naar de bijdrage van verpleegkundigen en verzorgenden aan levenseindezorg. Dat betekent overigens niet dat alle onderzoek uitsluitend op hen betrekking heeft. In aansluiting bij het multidisciplinaire en behoeftegestuurde karakter van zorg rond het levenseinde, is er vaak ook aandacht voor de rol van andere disciplines en voor de perspectieven van patiënten en naasten.

Een eerste onderzoeksthema betreft ‘Zorginnovaties’. In

dat kader ben ik bijvoorbeeld betrokken bij onderzoek naar de invoering van STA-OP (STApsgewijze benadering van Onbegrepen gedrag en Pijn). Bij de STA-OP-studie bouwen we voort op het werk van de Amerikaanse Christina Kovach. Zij gaat ervan uit dat bij mensen met dementie vaak sprake is van een disbalans tussen enerzijds rustgevendende en anderzijds prikkelende activiteiten en omgevingsfactoren. Mensen met dementie kunnen daardoor bijvoorbeeld geagiteerd gedrag vertonen. Door gerichte psychosociale interventies kan de verstoorde balans weer hersteld worden.

Ook gaat veel aandacht uit naar de kwaliteit van zorg voor bijzondere doelgroepen, zoals migranten. Er vindt onderzoek plaats naar wat mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond belangrijk vinden voor goede zorg en goede communicatie in de palliatieve fase. Wij vergelijken daarbij de perspectieven van patiënten, familieleden, verpleegkundigen, artsen en eventuele andere betrokken zorgverleners. Goede palliatieve zorg blijkt voor veel Turkse en Marokkaanse migranten een contradictie te zijn. Zij zien het vaak als een geloofsopdracht om tot op het laatst te blijven streven naar genezing. Kwantiteit van leven staat bij hen centraal. Dergelijke uitkomsten geven voeding aan discussies over een cultuursensitieve invulling van het begrip ‘kwaliteit van zorg’ aan het levenseinde.

Een ander onderzoeksthema betreft de kwaliteit van communicatie in de laatste levensfase. De meeste verpleegkundigen en verzorgenden blijken mee te willen praten over belangrijke beslissingen als ophoging van pijnmedicatie, stoppen met kunstmatige voeding of het al dan niet doorgaan met behandelen. Ook worden verpleegkundigen en verzorgenden in hun werk soms geconfronteerd met patiënten die een euthanasieverzoek hebben. Binnenkort starten we met een studie die meer inzicht zal geven in de communicatieprocessen en in de consultatiebehoeften van verpleegkundigen en verzorgenden als zij geconfronteerd worden met beladen beslissingen rondom het levenseinde.

Een laatste thema van onderzoek betreft kwaliteitsindicatoren. Recent hebben we een set met indicatoren ontwikkeld, waarmee de kwaliteit van de palliatieve zorg in kaart kan worden gebracht vanuit het perspectief van patiënten en naasten. In de indicatorenset is veel aandacht voor zorgaspecten die direct het werk van verpleegkundigen en verzorgenden raken. Er wordt bijvoorbeeld nagegaan in welke mate patiënten begeleiding krijgen bij pijn en andere veelvoorkomende symptomen. Ook zijn er indicatoren die gaan over het oordeel van patiënten over de aandacht die ze krijgen en de mate waarin hun autonomie gerespecteerd wordt.

Verbinding met onderwijs en praktijk

In mijn leeropdracht ligt het accent op onderzoek. Dat neemt niet weg dat ik veel aandacht heb voor de transfer van onderzoeksresultaten naar onderwijs en praktijk, onder meer door het schrijven van toegankelijke vakpublicaties. Ik ben een wetenschapper die zowel wetenschappelijke als maatschappelijke relevantie nastreeft. Dat impliceert publi-

ceren in internationale peer-reviewed tijdschriften met een goede impactfactor, maar het betekent ook publiceren in toegankelijke vaktijdschriften die door opleiders en zorgprofessionals gelezen worden.

Vanwege de behoefte om aan te sluiten bij de zorgpraktijk, heb ik de afgelopen maanden ook diverse gesprekken gevoerd met verpleegkundigen en medici op sleutelposities in het VU medisch centrum. Met deze enthousiaste personen wil ik eraan werken dat verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek in het VUmc een sterke impuls krijgt. Ooit liep het VU-ziekenhuis voorop in het verbinden van kennis met praktijk. In de jaren zeventig en tachtig hadden de leerlin-

gen van de toenmalige verpleegsterschool van de VU een insigne waarop in het Latijn stond: 'Kennis diene barmhartigheid'. Vol beroepstrots droegen zij uit dat kennis belangrijk is om je werk te onderbouwen. Zij zagen het belang van *evidence-based nursing*, voordat iemand in Nederland ooit die term in de mond nam. Een dergelijke historische voedingsbodem lijkt me ideaal om wetenschappelijk onderzoek voor én door verpleegkundigen uit te voeren.

Correspondentieadres

A.Francke@nivel.nl

Winter

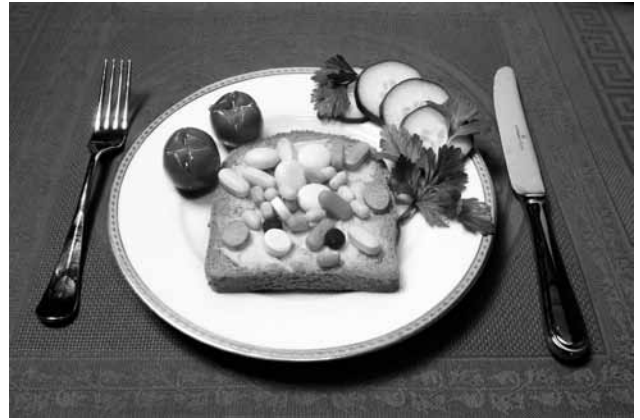
Jacobien Erbrink

Jantje Smit. Ook dat nog. Na een langdradige visite, een opname zonder medische gegevens en een natte sneeuwbuï op de fiets, nu een confrontatie met Jantje Smit in woning zeven. Zijn ogen zochten een verzorgende. Die was natuurlijk nergens te bekennen. Aan de eettafel zaten wel vier dames. Twee zongen uit volle borst mee met de muziek. Peter zuchtte. Moest hij zo visite lopen? Het laatste restje moed van deze dag zonk hem bij voorbaat in de schoenen. Visite met Jantje Smit, dat zou zijn ondergang betekenen, dat wist hij heel zeker.

Hij zag maar één oplossing. Uit de dossierkast viste hij de dossiers die hij nodig had, uit het potje op de afzuigkap een loper. Hij opende de derde deur rechts, de kamer van Mart van Manen. Binnen heerste koele duisternis. Zachtjes sloot hij de deur achter zich en leunde er even tegenaan. Adieu Jantje Smit. Een weldadige rust daalde op hem neer. Zou Mart het erg vinden als hij hier even bleef, vroeg hij zich af. Hij tuurde het donker in. Het bed was al nauwelijks te zien, laat staan de man die erin lag. Op de tast vond hij de schakelaar van het bedlampje. De kamer lichtte voorzichtig op. In het zachtgele schijnsel lag Mart er vredig bij, helemaal niet alsof dit onverwachte bezoek hem stoorde.

Gerustgesteld trok Peter een stoel bij de lamp en sloeg het eerste dossier open. Een evaluatie van onrust bij mevrouw De Vries. Hij las op zijn gemak de aantekeningen door en bladerde naar het artsendeel. Plotseling begon er naast hem iets te zoemen, alsof er een motor opstartte. Het klonk werkelijk oorverdovend in de stilte. Fronsend keek hij naar Mart. Die trok zich er niets van aan, zo te zien.

Peter kon zijn aandacht nu totaal niet meer bij het gedrag van mevrouw De Vries houden, het mysterieuze geluid nam hem geheel in beslag. Voorzichtig legde hij het dossier weg en luisterde. Het kwam van onder het bed. Hij legde zijn hand op de matras. Die voelde koud en hard en hij trilde. Geschrokken trok hij zijn hand terug. Schichtig keek hij om zich heen. Niemand te zien natuurlijk. Hij grijnsde schaaftachtig. (...). Voorzichtig trok hij de lakens aan de zijkant van het bed los en gluurde naar de benen van Mart. Ze waren gek genoeg wit uitgeslagen. Zachtjes streek hij erover heen met zijn hand. Koud! Hij liet het laken vallen en deed een stapje achteruit. Verbijsterd keek hij naar zijn vingers. Ijs! Het was ijs wat hij had gevoeld. Mart zat vastgevroren aan de koelplaat!



Gegeneerd stopte hij het laken weer terug. Hij voelde ineens de noodzaak om excuses aan te bieden. Hij legde zijn hand op die van Mart. 'Sorry, jongen.' De hand voelde aan als steen. Bij nader inzien zag Mart zelf er ook ineens veel doder uit dan eerst. De aardse werkelijkheid van het ijs had de serene sfeer rond het doodsbed in één klap teniet had gedaan. Hij bekeek de kamer ineens met andere ogen. Het ondermaatse licht van de lamp, de ziellose leunstoel naast het raam, het levensboek waar niemand nu nog naar zou telen, de foto van een onbegrijpelijk jonge Mart aan de muur. Alles voelde anders aan, definitiever voorbij. Hij zag ineens in al deze dingen de ultieme bevestiging van Marts levenloze staat. Als je vastvroor aan je bed, dan moest je wel heel verschrikkelijk dood zijn.

Peter klapte het dossier dicht. Hij voelde zich niet meer op zijn gemak in die koele halfdonkere kamer. Hij strekte zijn hand uit naar het bedlampje, maar halverwege aarzelde hij. Moest hij Mart wel zo laten liggen? Achter het nachtkastje zag hij het stopcontact, resoluut trok hij de stekker van de koelinstallatie eruit. Het geronk hield abrupt op. Mart hulde zich in ijzige stilte. Hij staarde naar de stekker in zijn hand. De symboliek van het gebaar trof hem ineens als een mokerslag. Huiverend knipte hij het lampje uit (...). Hij maakte zich snel uit de voeten.

Op de gang kwam hij zuster Narda tegen. Onzeker keek ze hem aan. 'Mart is dood, dat wist je toch wel?', vroeg ze voorzichtig.

'Heel erg dood', bevestigde hij nuchter, 'wanneer wordt hij begraven?'

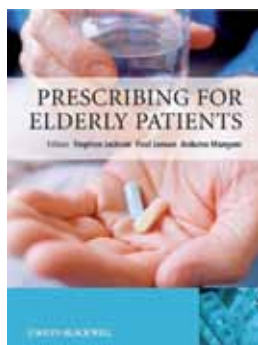
'Morgen', verzekerde Narda hem. Hij boog zich naar haar over, fluisterend, 'Ik heb de stekker er alvast uitgehaald in de hoop dat hij bijtijds ontdooid is ...'

Correspondentieadres
j.erbrink@vanneynsel.nl

AMUSE

Prescribing for elderly patients

Bart Kleijer, specialist ouderengeneeskunde



Prescribing for elderly patients *****

Redactie: Stephen Jackson, Paul Jansen, Arduino Mangoni

ISBN 10: 0470024283

ISBN 13: 9780470024287

Uitgever: John Wiley & Sons Ltd

Taal: Engels

400 pagina's

Prijs: € 99,00

Het in 2009 verschenen boek *Prescribing for elderly patients* is een handboek voor de medicamenteuze behandeling van veel voorkomende aandoeningen bij ouderen. Het is praktisch ingericht naar aandoening, waarbij ieder hoofdstuk een korte samenvatting biedt van de symptomen, etiologie en diagnosestelling bij de oudere patiënt. De therapeutische opties worden beschreven, waarbij ook altijd aandacht is voor de niet-medicamenteuze behandelopties. Alle aanbevelingen voor medicamenteuze behandeling zijn zoveel mogelijk evidence-based, op basis van wat er over de behandeling bij de oudere patiënt bekend is. Key points aan het eind van ieder hoofdstuk geven een beknopte samenvatting en de indeling in paragrafen maken het een overzichtelijk naslagwerk. Tabellen en schema's bieden heldere overzichten. Het boek is een internationale coproductie van vele auteurs, ieder specialist op het betreffende gebied, en heeft een belangrijke Nederlandse inbreng. Het boek is niet vertaald, maar het Engels is goed leesbaar. Het consequente gebruik van generieke namen voor de medicatie maakt dat deze niet naar het Nederlands hoeven te worden vertaald.

Hoewel er aandacht is voor in het verpleeghuis minder vaak voorkomende ziektes en specialistische behandelingen in het ziekenhuis, ligt de nadruk van het boek op de medicamenteuze behandeling van veel voorkomende aandoeningen als pneumonie, hartfalen, diabetes en dementie, waarbij steeds kritisch gekeken wordt naar de effectiviteit en bijwerkingen bij ouderen. Daarnaast zijn er speciale hoofdstukken over functionele stoornissen als slikproblemen en vallen. Een goed voorbeeld van de waarde van dit boek voor de dagelijkse praktijk is de compacte paragraaf 'effect of ageing on appetite- anorexia of ageing'. Denken we bij verminderde eetlust ook altijd aan het medicatiegebruik als mogelijke oorzaak? In twee bladzijden staat kort vermeld welke medicatie bij ouderen vaak de eetlust verminderd, wat de uitgebreide differentiaaldiagnose is van gewichtsverlies bij ouderen, welke diagnostiek kan worden ingezet, en dat bij sarcopenie rekening moet worden gehouden met een forse overschatting van de GFR. Er wordt apart ingegaan op vertraagde maagontlediging als oorzaak, met een lijst van medicatie die dit kan veroorzaken. Natuurlijk weten de meesten onder ons dat omeprazol de maagontlediging kan vertragen, maar voor wie dit soort kennis niet paraat heeft bevat dit handboek tal van nuttige en praktische adviezen. In het hoofdstuk 'ondervoeding' wordt gesteld dat het voorschrijven van eiwit- en energie(drink)voedingssupplementen niet wetenschappelijk is onderbouwd. Het haalt studies aan waarbij bij verpleeghuispatiënten het plaatsen van een PEG wegens ondervoeding niet leidde tot verbetering van de kwaliteit van leven of de levensduur. Mede door deze specifieke aandacht voor onze doelgroep verdient het boek een plaats in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Zowel het op de juiste wijze inzetten van medicamenteuze behandeling, alsook de controle op bijwerkingen en het onterecht gebruik van medicatie zijn immers een belangrijk onderdeel van het dagelijks werk.

Correspondentieadres
b.kleijer@aveant.nl

Het zelfgekozen levenseinde zonder tussenkomst van een arts

Prof. dr. Hans J.M. van Delden, hoogleraar medische ethiek



*Uitweg. Een waardig levenseinde in eigen hand.******

Auteur: Boudewijn Chabot samen met Stella Braam

ISBN10: 9038893140

ISBN13: 9789038893143

Uitgever: Nijgh & Van Ditmar

283 pagina's

Prijs: € 24,95

Volgens velen is (of minstens: was) Nederland een liberaal land met een vooruitstrevende wetgeving op het gebied van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Op deze gedachte valt wel het een en ander af te dingen. Het is waar dat sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw in Nederland een maatschappelijk debat is gevoerd over de vraag onder welke omstandigheden het is toegestaan in te gaan op een verzoek van een patiënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Dit debat heeft er echter toe geleid dat we een positief antwoord op die vraag voorbehouden aan een arts. De Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek (WTL) heeft niet zozeer het formuleren van een nieuw patiëntenrecht tot doel, als wel het bieden van rechtszekerheid aan de arts. De gedachte dat een arts in een conflict van plichten kan komen (tussen de plicht tot behoud van het leven en die van het verlichten van het lijden) waarbij lijdensverlichting via levensbeëindiging de minste van twee kwaden is, is nog altijd de morele kern van de regeling. Maar om in dat conflict terecht te komen moet er sprake zijn van een behandelrelatie. Zonder behandelrelatie geen conflict van plichten; zonder arts geen euthanasie of hulp bij zelfdoding. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn in Nederland gemedicaliseerd.

De medicalisering komt in de wet duidelijk tot uitdrukking. Het wetboek van Strafrecht maakt in de artikelen 293 en 294 een uitzondering voor een arts. En de WTL verlangt van de arts (onder meer) dat deze ervan overtuigd is dat sprake is van uitzichtloos, ondraaglijk lijden en dat er geen redelijke andere oplossing bestaat voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt. De arts moet dus zijn positieve antwoord op het verzoek van de patiënt ook in professionele termen kunnen verantwoorden. Dit leidt per definitie tot een begrenzing van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Ook al is deze vrijwillig en weloverwogen tot zijn

besluit gekomen om te sterven, als de arts geen eigen, professionele redenen heeft om met het verzoek in te stemmen, staat de wet dit niet toe. Weliswaar kunnen alle gebruikte termen breed worden uitgelegd, maar er zal altijd een groep mensen zijn die met hun doodswens buiten de wettelijke kaders vallen. Ouderen die hun leven voltooid achten bijvoorbeeld, of mensen met een ernstige ziekte en een lange levensverwachting die hun levenseinde niet willen afwachten of mensen met een uitbehandelde psychiatrische ziekte. Over die mensen gaat het boek *Uitweg*.

Psychiater Boudewijn Chabot en onderzoeksjournaliste Stella Braam hebben een boek geschreven dat het beste als een zelfhulpboek kan worden gekenschetst voor mensen die willen sterven, maar om uiteenlopende redenen geen gehoor vinden bij een arts. Het is een vlot geschreven boek, waarin zeer concrete, nuttige, en praktische aanwijzingen worden afgewisseld met verhalen van mensen die zochten naar een waardige uitweg uit het leven en interviews met enkele deskundigen. Het boek richt zich op twee methodes: stoppen met eten en drinken en de medicijnmethode, die de auteurs samenbrengen onder de nieuwe term zelfeuthanasie. Daarnaast wordt een aantal juridische kwesties rond zelfeuthanasie besproken. Dit is van belang omdat bij een zorgvuldige zelfeuthanasie altijd anderen, niet-artsen, betrokken zijn. Het blijkt juridisch nog niet zo helder te zijn wanneer die betrokkenheid overgaat in *hulp* bij zelfdoding. Dat laatste is uiteraard weer voorbehouden aan artsen en dient door de niet-arts dus vermeden te worden.

Uit bovenstaande zou de specialist ouderengeneeskunde kunnen afleiden dat dit boek niet voor hem bestemd is: hij is immers wel arts en zijn cliënten hebben juist wel een medische conditie. Deze conclusie zou echter op een misvatting berusten. Ook de specialist ouderengeneeskunde kan in het verpleeghuis (of daarbuiten) geconfronteerd worden met bewoners die besluiten dat ze dood willen. De medicijnmethode ligt minder voor de hand (de bewoner zelf kan niet naar het buitenland om de pillen te verzamelen en als een ander dat doet, kan dit wellicht worden beschouwd als *hulp* bij zelfdoding), maar bewoners die besluiten te stoppen met eten en drinken komen in het verpleeghuis zeker voor. Dan kan de specialist ouderengeneeskunde zich niet aan zijn zorgplicht onttrekken en kan hij maar beter goed op de hoogte zijn van de details van een adequate begeleiding.

Dit neemt niet weg dat er veel kanttekeningen bij het boek te maken zijn. De term 'zelfeuthanasie' lijkt mij vooral ver-

warrend. Euthanasie is juist doden op verzoek door een ander. Volgens mij gaat het hier eerder om een bepaalde vorm van zelfdoding, om wat vroeger een balanssuïcide werd genoemd. Belangrijker is dat de voorwaarden voor zelfeuthanasie die genoemd worden op pagina 29 en 30 me te beperkt lijken. Genoemd wordt dat 'je niet eenzaam sterft, geen pijn of verstikking ervaart, een doeltreffende methode gebruikt en zelf de verantwoordelijkheid voor het overlijden neemt'. Maar de allerbelangrijkste voorwaarde wordt niet genoemd: dat de mens in kwestie weloverwogen tot zijn besluit komt. Vanuit moreel en maatschappelijk standpunt gezien lijkt het me juist van het grootste belang dat alleen mensen die weloverwogen tot hun doodswens komen stervenshulp krijgen. De anderen zouden toch vooral levenshulp moeten krijgen. Het blijft in dit boek volstrekt onduidelijk hoe dit onderscheid gemaakt moet worden. Vanuit een bepaald perspectief is het logisch dat dit boek er is. De medicalisering van euthanasie en hulp bij zelfdo-

ding roepen dit debat als het ware zelf op. Het is ook goed dat dit boek er is. We kunnen zonder meer aannemen dat er mensen zijn die niet bij hun arts terecht kunnen met hun stervenswens (niet vanwege de hoogmoed van die arts, maar omdat ze nu eenmaal buiten de wettelijke kaders vallen) en die zijn meer gebaat bij adequate aanwijzingen dan bij vage verhalen over een plastic zak. Maar vanuit weer een ander perspectief is het een *testimonium paupertatis* dat we de chronisch zieke of oudere mens in deze samenleving een handleiding voor zelfdoding geven in plaats van een zingevingsperspectief of een adequate vorm van zorg. Het dreigt in Nederland makkelijker te worden een goede dood te arrangeren dan goede zorg.

Correspondentieadres

j.j.m.vandelden@umcutrecht.nl

Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk en Kleine chirurgische ingrepen

Jobje Haaijman



Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk *****

Auteurs: A.N. Goudswaard, C.J. in 't Veld, W.L.M. Kramer
Uitgever: Prelum uitgevers in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap
Eerste druk 2009, 408 bladzijden, 700 afbeeldingen in kleur
Prijs: € 125,00

Over het algemeen zullen specialisten ouderengeneeskunde minder veelvuldig kleine chirurgische ingrepen doen dan bijvoorbeeld huisartsen. Van collega's om mij heen begrijp ik dat zij zich juist daarom soms minder bedreven voelen. Toch is het ook zo dat juist de doelgroep verpleeghuiscliënten gebaat kan zijn bij zo weinig mogelijk ziekenhuisbezoeken. Men zal dan ook alleen verwijzen of zelf gaan snijden als dit hoogst noodzakelijk is. In deze laatste situatie kan er behoefte zijn aan de mogelijkheid om nog even rustig te lezen hoe bepaalde ingrepen ook alweer precies moeten worden uitgevoerd en wat bijvoorbeeld de nazorg daarna moet inhouden.

Het *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk* is enkele maanden geleden uitgekomen. Het is een prachtig handboek om elk nuttig detail in op te zoeken voor men aan de slag gaat. Het is schitterend geïllustreerd, zeer helder geschreven en bij elke verrichting wordt foto voor foto gevisualiseerd hoe elke volgende stap van de ingreep verricht dient te worden. Er wordt daarnaast vermeld hoe lang verband moet blijven zitten, welke nazorg er nodig is, wanneer hechtingen verwijderd moeten worden, of er wel of niet gedoucht mag worden, enzovoort.

Het boek beschrijft niet alleen chirurgische ingrepen maar ook behandelingen zoals het injecteren in diverse gewrichten, het reponeren van een schouderluxatie, het uitvoeren van een ascitespunctie en het inbrengen van een pessariumring. Natuurlijk staan er ook voor de specialist ouderengeneeskunde minder relevante zaken in zoals de vasectomie, het doen van een bovenooglidcorrectie, het verwijderen van een vastzittende vishaak, enzovoort. Maar dat vormt slechts een heel klein deel van de totale tekst. Het boek is mijns



Kleine chirurgische ingrepen ***

Auteurs: J.N. Keeman, B.C. Vrouwenraets
Uitgever: Elsevier gezondheidszorg
Tiende herziene druk, 2009, 234 bladzijden.
Prijs: € 42,00

inziens dan ook zeer relevant voor de specialist ouderengeneeskunde en verdient een plaats in de bibliotheek van ieder verpleeghuis.

Ongeveer in dezelfde periode dat het hierboven beschreven handboek uitkwam, verscheen een nieuwe herziene druk van *Kleine chirurgische ingrepen* geschreven door J.N. Keeman en B.C. Vrouwenraets. Dit boekje is inmiddels een klassieker en is mooi geïllustreerd. De prijs is veel vriendelijker dan die van het eerdergenoemde boek. Het boekje is redelijk helder geschreven maar de onderwerpkeuze is veel minder geschikt voor de specialist ouderengeneeskunde. Een substantieel aandeel van de operaties die beschreven worden, zou ik persoonlijk liever willen overlaten aan de chirurg. Zo wordt er relatief veel ruimte besteedt aan het corrigeren van tenen in een afwijkende stand, het hechten van peesletsels, spataderoperaties, thoraxdrainage, het verwijderen van benigne tumoren in de borst, het inbrengen van centrale lijnen, enzovoort. Toch is ook dit boekje bijzonder mooi verzorgd. De verschillende ingrepen worden zorgvuldig beschreven, maar voor het begrijpen van de gebruikte terminologie is enige chirurgische basiskennis wel gewenst.

De keuze tussen deze twee boeken is voor mij snel gemaakt. *Het handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*, heeft de voorkeur en vormt een bijzonder goed en praktisch naslagwerk voor de specialist ouderengeneeskunde.

Correspondentieadres
jhaaijman@SZR.nl

Mag ik mij even voorstellen...

Nieuw redactielid Aafke de Groot

Sinds 1985 ben ik werkzaam als arts in de ouderenzorg, aanvankelijk in Amsterdam (De Wittenberg) en vanaf 1996 in Naarden. (VIVIUM Naarderheem). Bijna tien jaar ben ik praktijkopleider geweest, de laatste jaren organiseer ik via GERION nascholing voor specialisten ouderengeneeskunde.

In al die praktijk- en onderwijsjaren hebben de vele facetten van het vak mij geboeid, geïnspireerd en soms ook geërgerd. Toen ik, in afwachting van de éénjarige huisartsenopleiding, als verpleeghuisarts begon was er nog geen beroepsopleiding tot verpleeghuisarts. Die zou in 1989 starten aan de VU, maar de kritische maatschappelijke belangstelling voor verpleeghuiszorg was groeiende. De mogelijkheden voor samenwerking met verzorgingshuizen werden verkend en huisartsen leken ook toen de natuurlijke bondgenoten van verpleeghuisartsen in de zorg voor ouderen. In de vroege jaren negentig was ik bijvoorbeeld betrokken bij vernieuwing in de zorg voor mensen met dementie via het innovatieproject 'Beschermd Wonen in de Dapperbuurt'.

Vanwege gezinsuitbreiding verhuisden wij in die jaren naar het Gooi, waar de fusiestorm tussen de zorginstellingen begon. Mijn interesse voor 'eerstelijnsouderengeneeskunde' en voor samenwerking met de huisarts heb ik voortgezet: mijn huidige werk bestaat vooral uit consulten in zorgcentra en de eerste lijn met een ouderenteam. Ook ben ik daar arts van de somatische dagbehandeling, een tamelijk ondergewaardeerde vorm van ambulante ouderenzorg.

De laatste vijf jaar houd ik mij intensief bezig met geriatrische revalidatie. In 2006 ben ik via GERION gestart met het ontwikkelen van een kaderopleiding voor dit oud-nieuwe aandachtsgebied, dat zich mag verheugen in een grote belangstelling. Mede door de ontwikkelingen rondom de AWBZ, namelijk de overgang naar een DBC-financiering



in 2013, is geriatrische revalidatie 'hot'. De komende jaren worden spannend. Zeventien verpleeghuizen (waaronder VIVIUM Naarderheem) gaan via 'proeftuinen' op het kruispunt van ouderengeneeskunde en revalidatiezorg werken aan kwaliteitsverbeteringen. Een groot aantal revalidatieverpleeghuizen doet bovendien mee aan de DBC-registratie. Via de SINGER (Synergie en INnovatie Geriatrische Revalidatie) -onderzoeksgroep van het LUMC, VUMC en MUMC zal ik de komende jaren betrokken zijn bij de evaluatie van deze innovaties.

Het allermeeest inspirerend blijft de ontmoeting met oud geworden mensen en het horen van hun eigen verhaal. Dit zullen velen van ons herkennen. Echter niet alleen de werkelijkheid, maar ook de wetenschap vertelt ons verhalen en naar beiden moeten we zorgvuldig luisteren om het professioneel goed te doen en werkelijk in contact te komen met kwetsbare zorgafhankelijke ouderen.

Correspondentieadres
aj.degroot@vumc.nl

Mag ik mij even voorstellen ...

Nieuw redactielid Dika Luijendijk

Als nieuw lid van de redactie van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (TvO) wil ik mezelf graag introduceren. Mijn naam is Dika Luijendijk. Sinds 2000 werk ik met veel plezier als sociaal geriater op de afdeling ouderenpsychiatrie van BAVO Europoort in Rotterdam. Ik heb inmiddels ervaring opgedaan in zowel de ambulante als klinische setting. De ambulante psychogeriatric spreekt mij erg aan, omdat je als hulpverlener vaak patiënten thuis bezoekt. De toch al kwetsbare patiënt is op bekend terrein en kan daardoor veel meer de sfeer nog zelf bepalen. Bovendien geeft een huisbezoek veel medisch relevante informatie over het functioneren van de patiënt, de sociale omstandigheden, en het welzijn van familie en mantelzorgers.

Teamwerk kenmerkt mijn vak ook en ik heb het geluk gehad te mogen werken met hoog gekwalificeerde en kundige sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Zij zijn meestal de hoofdbehandelaar en als teamarts voorzie ik hen van medisch advies. Bovendien vraagt het vak om samenwerking met huisartsen, klinisch specialisten, verzorgenden, wijkverpleegkundigen, en maatschappelijk werkers: leuk en leerzaam! Dat kan ik trouwens ook zeggen over mijn ervaring in de gerontopsychiatrische zorg, waarin ik met verschillende zeer ervaren en betrokken ouderenpsychiaters heb mogen werken.

Mijn enthousiasme en dat van collega's leidde in 2006 tot de publicatie van het *Handboek sociale geriatrie*. Het eerste deel betreft de methoden die de sociaal geriaters toepassen, het tweede deel de klinische beelden die in ons vak vaak voorkomen. Aanleiding voor het schrijven van dit boek was onder andere de fusie van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen met de Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie. Steeds meer specialisten ouderengeneeskunde kiezen nu voor de ambulante psychogeriatric. Wij hopen met het boek een inleiding op het vak te hebben gegeven die praktijkgericht en evidence-based is.

Mijn tweede werkgerelateerde liefde gaat uit naar het epidemiologisch onderzoek. Inmiddels heb ik een promotieonderzoek afgerond over de rol van vasculaire hart- en



hersenziekten in het ontstaan van depressie op oudere leeftijd. Tegen de verwachtingen in vond ik dat vasculaire hersenschade op zichzelf geen voorspeller is voor nieuwe depressie. Symptomatische schade, zoals CVA en TIA, was dat echter wel. Op dit moment werk ik aan de Harvard School of Public Health in Boston. Ik onderzoek de rol van overgewicht op het ontstaan van depressie. Daarnaast ben ik als onderzoeker betrokken bij het mobiele delier team van Anne Stroomer-van Wijk, sociaal geriater bij Parnassia in Den Haag. Het team behandelt patiënten met een delier in de thuissituatie. Anne is ervan overtuigd dat delier veel vaker voorkomt in de ambulante psychogeriatric populatie dan algemeen aangenomen wordt. Daarover later vast meer.

In de toekomst wil ik patiëntenzorg en onderzoek weer combineren. Het werk als redactielid van het TvO past hier goed bij. Ik hoop zo een bijdrage te kunnen leveren aan de promotie en professionalisering van de ambulante psychogeriatric.

Voor meer informatie over het onderzoek naar delier bij patiënten thuis kunt u mij een e-mail sturen.

Correspondentieadres
dikaluijendijk@gmail.com

EVEN VOORSTELLEN...

Het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde zoekt een redactielid

De redactie van het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (TvO)* is op zoek naar versterking. Het tijdschrift beschrijft relevante ontwikkelingen voor de beroepspraktijk van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters. Daarnaast wil het tijdschrift een brugfunctie vervullen tussen de dagelijkse praktijk en het wetenschappelijk onderzoek. Het blad komt tweemaandelijks uit. De redactie bestaat uit zes tot acht leden en een eindredacteur. Het redactielid wordt door de directeur van Verenso benoemd.

Taken redactielid

- Meewerken aan visieontwikkeling ten aanzien van het *TvO*.
- Meewerken aan het vormgeven en uitzetten van de ontwikkelde visie.
- Het refereren van artikelen.
- Het schrijven van artikelen.
- Het signaleren van voor het *TvO* relevante ontwikkelingen binnen en buiten de ouderengeneeskunde/sociale geriatricie.

Profiel redactielid

- Het redactielid is een geregistreerd specialist ouderengeneeskunde/sociaal geriatricier en lid van Verenso.
- Hij/zij heeft belangstelling voor ontwikkelingen en innovaties in de ouderengeneeskunde/sociale geriatricie en aanverwante vakgebieden.

- Hij/zij heeft belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek in de ouderengeneeskunde/sociale geriatricie en aanverwante vakgebieden.
- Hij/zij beschikt over redactionele- en schrijfvaardigheden of toont ambitie deze te ontwikkelen.
- Hij/zij is sociaal vaardig.
- Hij/zij is vertrouwd met moderne communicatiemiddelen als e-mail en tekstverwerkingsprogramma's.

Deelname aan de redactie is geaccrediteerd. Onkosten worden vergoed.

Ook jonge specialisten ouderengeneeskunde/sociaal geriatriciers met beperkte beroepservaring, maar met enthousiasme voor het redactiewerk worden nadrukkelijk opgeroepen te solliciteren.

Reacties en informatie

Informatie kunt u inwinnen bij Jos Konings, hoofdredacteur (e-mail jkonings@zuweezorg.nl, tel. 0297-219319).

U kunt uw sollicitatiebrief per post of e-mail zenden aan:

Redactiesecretariaat *TvO*

Judith Heidstra

Postbus 20069

3502 LB UTRECHT

redactie@verenso.nl

Geachte redactie,

Het was fijn om mijn artikel geplaatst te zien in het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* (NO. 5, 2010, blz. 180-183). Ondertussen heb ik al aardig wat lovende reacties ontvangen van professionals in de ouderenzorg.

Men vindt het stuk herkenbaar, praktisch toepasbaar en ik krijg de vraag om de observatiemethodiek nader te expliciteren.

Graag zou ik echter een reactie geven op het redactionele stuk dat voor in het tijdschrift stond.

Het artikel wordt aangekondigd, er wordt gerefereerd aan de waarde van de richtlijn en aan de beperkte formatie van psychologen. Er wordt tevens geschreven dat er sprake is van misbruik van het CCE. Met name ten aanzien van dat laatste meen ik toch te moeten reageren. Het zou jammer zijn als mijn artikel tot de conclusie zou leiden dat het CCE wordt misbruikt. Van misbruik is wat het CCE betreft geen sprake. Wij ervaren de samenwerking met verpleeghuizen als positief en constructief. Mijn bedoeling is om de professionals aan te moedigen vooral de richtlijn te gaan gebruiken, de noodzaak te laten zien van multidisciplinair, flexibel en proactief samenwerken, en de meerwaarde van het CCE te benadrukken. Daar waar professionals vastlopen, kan het CCE meedenken over mogelijke oplossingen voor bijzondere zorgvragen. Samenwerking tussen professionals van instellingen en consultants van het CCE zal uiteindelijk leiden tot verbetering van de zorg. Dat is waar het per slot van rekening om gaat.

Ter toelichting hierbij het volgende. Bij het schrijven van het artikel had ik een aantal gegevens in gedachten.

- De (extreme) gedragsproblemen in het verpleeghuis nemen toe.
- Er wordt veel problematiek gedoogd (onder andere roepgedrag) omdat men meent dat er toch niets aan te doen is (therapeutisch nihilisme).
- De mogelijkheden om tot goede multidisciplinaire samenwerking te komen zijn de laatste tien jaar verminderd.
- De zorgprofessionals zijn over het algemeen lager opgeleid en hebben minder effectieve uren ter beschikking voor individuele cliënten.

- De maatschappij is onvoldoende doordrongen van de schraalheid van de zorg waardoor de hardwerkende professionals in het verpleeghuis ondanks hun inzet vaak het gevoel krijgen tekort te schieten; dit werkt demotiverend.
- Het aantal GZ-psychologen en opleidingsplaatsen in het verpleeghuis is te gering.

Al deze feiten en ervaringsgegevens motiveerden mij tot het schrijven van het artikel.

Het CCE heeft sinds 2005 ingang in de VVT en verwerft geleidelijk aan bekendheid. Vaak wordt er nog terughoudend gekeken naar de mogelijkheden van het CCE. Natuurlijk gaat het om bijzondere zorgvragen en naarmate de reguliere zorg beter toegerust is, zal het aantal CCE-consultatietrajecten steeds beter passen bij datgene wat daadwerkelijk bovenregulier is. Voorlopig is dat stadium nog niet bereikt. Ook vanuit het CCE is men gebaat bij bijvoorbeeld een goede psychologenformatie. Want zonder psycholoog kun je als consulent moeilijker een traject uitzetten waarbij borging gegarandeerd is. Bovendien kan een psycholoog van de instelling tijdens het consultatie- en implementatietraject een belangrijke en tijdsbesparende rol vervullen.

Het CCE heeft naast de bijzondere zorgvragen ook nog een taak in de ontwikkeling en overdracht van expertise. Mede vanwege deze laatste verantwoordelijkheid heb ik dit artikel geschreven. Het is van belang om kennis en ervaring te delen en daar kunnen wij allen ons voordeel mee doen. Uit de reacties die ik 'uit het veld' ontvang, maak ik op dat met name dat laatste geslaagd is.

Ik zou het fijn vinden om nog een reactie van u te vernemen en de mogelijkheid te krijgen een samenvatting van mijn reactie via een ingezonden mededeling in de volgende uitgave van uw tijdschrift te publiceren.

Met vriendelijke groet,

Magda Hermsen

Niet-responsief waaksyndroom wordt nieuwe benaming voor vegetatieve toestand

Jos Konings, hoofdredacteur

De term ‘vegetatieve toestand’ is al meer dan 35 jaar in gebruik voor patiënten die ‘ontwaken’ uit een coma; dat wil zeggen dat zij wel hun ogen openen maar niet of nauwelijks meer – behalve soms reflexmatig – reageren op prikkels van buiten en geen tekenen van bewustzijn meer vertonen. De term vegetatieve toestand werd destijds gekozen vanwege het intact zijn van het slaap-waakritme, ademhaling, spijsvertering en het op peil houden van de lichaamstemperatuur en andere functies van het autonome zenuwstelsel. Aan de in de internationale literatuur gangbare term *vegetative state* werd *persistant* of *permanent* toegevoegd vanwege het irreversibele karakter van de aandoening. Bij een niet-traumatische oorzaak werd na drie maanden van *persistant* gesproken en bij een traumatische oorzaak na een jaar. Met betrekking tot patiënten in een *persistant vegetative state* (PVS) zijn in de afgelopen decennia veel regelmatig verhitte ethische en juridische discussies gevoerd over de grenzen van het medisch handelen en of kunstmatige toediening van voeding en vocht gepast was; van ‘kasplantjes’ die zonder enige mogelijkheid tot intermenselijke communicatie nog in leven worden gehouden tot patiënten die ook recht hebben op bescherming en instandhouding van hun leven.

In de loop der jaren zijn er steeds vaker publicaties verschenen, waarin werd aangetoond dat er vanuit een gestelde diagnose PVS nog wel enig herstel mogelijk was. De Aspen Neurobehavioral Conference introduceerde op grond daarvan de term *minimally conscious state*. Een recente studie bevestigde dat in een groot aantal gevallen ten onrechte de diagnose PVS gesteld bleek te zijn.

Gezien de negatieve associaties met de term PVS en de daaruit voortvloeiende defaitistische houding van artsen en andere gezondheidswerkers met consequenties voor de benadering, behandeling en begeleiding van deze patiënten, is de behoefte aan een nieuwe naamgeving toegenomen. De European Task Force on Disorders of Consciousness heeft daarom voorgesteld de naam te wijzigen in *unresponsive wakefulness syndrome* (UWS), in de Nederlandse vertaling dus ‘niet-responsief waaksyndroom’. Vervolgens wordt gepleit om in combinatie met een meer positieve en actieve benadering en behandeling prospectieve studies te doen naar de prognose en de effecten van behandeling. Daarvoor is het noodzakelijk nieuwe gestandaardiseerde meetinstrumenten te ontwikkelen. Met de opgedane kennis zal het mogelijk moeten worden om een meer genuanceerde en op de individuele patiënt afgestemde discussie te kunnen voeren over de zin en de grenzen van de medische behandeling.

Literatuur

– Laureys S, Celesia GG, Cohadon F, Lavrijsen J, Leon-Carrión J, Sannita WG, Szabon L, Schmutzhard E, Wild von KR, Zeman A, Dolce G, the European Task Force on Disorders of Consciousness. *Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome. BMC Med* 2010; 8(1): 68.

Correspondentieadres
jkonings@zuweezorg.nl

Kennistoets: ziekte van Parkinson

In het najaar 2010 verscheen na een viertal jaren van noeste arbeid van velen de multidisciplinaire richtlijn 'Ziekte van Parkinson'. Deze richtlijn geeft op evidentie gebaseerde aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling en op expertopinie gebaseerde aanbevelingen voor de klinische praktijk. Bovendien wordt aan de transmurale netwerkzorg uitvoerig aandacht besteed. De richtlijn is voor de klinische praktijk van specialisten ouderengeneeskunde van groot belang.

U kunt uw kennis toetsen aan de hand van de volgende vragen. De antwoorden staan op pagina 38.



Vragen

1. Welke symptomen vormen de basis voor de diagnose van de ziekte van Parkinson?
2. Noem vier exclusiecriteria en vier ondersteunende criteria voor de diagnose ziekte van Parkinson.
3. Op grond waarvan dient bij een patiënt met verdenking op de ziekte van Parkinson ten minste eenmaal een MRI-scan van de hersenen te worden verricht?
4. Over welke kennis van de ziekte van Parkinson dienen specialisten ouderengeneeskunde ten minste te beschikken?
5. De ziekte van Parkinson is van alle aandoeningen de aandoening met de grootste impact op de kwaliteit van leven.
Juist of onjuist?

Literatuur

- *Multidisciplinaire richtlijn 'Ziekte van Parkinson'. Bloem BR, Laar T van, Keus SHJ, Beer H de, et al, namens de Centrale Werkgroep Multidisciplinaire richtlijn Parkinson 2006-2010. Alpen aan den Rijn: Van Zuiden Communications BV; 2010. ISBN 978-90-8523-211-7.*

Vijf vragen aan Wilco Achterberg

Jos Konings, hoofdredacteur

Met ingang van 1 oktober 2010 is Wilco Achterberg aangesteld als hoogleraar Institutionele zorg en ouderengeneeskunde bij de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde (PHEG) van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Hij blijft tevens in de medische praktijk werkzaam en is per 1 december 2010 parttime in dienst getreden bij TOPAZ, als specialist ouderengeneeskunde in verpleeg- en behandelcentrum Overrhyn in Leiden. In zijn nieuwe functie zal Wilco voorzitter zijn van het Universitair Verpleeghuis Netwerk Zuid-Holland (UVN-ZH), een samenwerkingsverband tussen het LUMC en zes ouderenzorginstellingen. Hij was tot zijn aanstelling in Leiden als onderzoeker en hoofd van het Universitair Netwerk Ouderenzorg verbonden aan het EMGO-instituut en de afdeling verpleeghuisgeneeskunde van het VU medisch centrum en als specialist ouderengeneeskunde werkzaam bij Zorgspectrum in verpleeghuis 't Houtens Erf te Houten.



gaan leiden tot sneller ontslag en betere uitkomsten van cliënten is onderwerp van een grote monitorstudie die het LUMC dit jaar uitvoert, de SINGER-studie, wat staat voor Samenwerking en INnovatie in de GERiatische revalidatie. Deze studie voeren wij uit in samenwerking met het VUmc en het MUMC. In zeventien proeftuinen zullen wij in twee cohorten twee maal vierhonderd patiënten volgen van opname in het verpleeghuis, tot vier weken na ontslag. Dit zal een schat aan gegevens opleveren, die helpt om deze revalidatie verder te onderbouwen. En dat is nodig; we moeten dit mooie product verbeteren en laten zien dat we hier goed werk doen. Ik begeleid naast het SINGER-onderzoek ook nog twee promovendi op dit gebied: Jan Visschedijk, die een prachtig onderzoek uitvoert naar valangst bij heupfracturen, en Leonoor van Dam van Isselt, die een interventieprogramma wil opzetten voor ernstige COPD-patiënten. Het leuke is, dat dit allebei specialisten ouderengeneeskunde zijn, en dat zij allebei voor een belangrijk deel gefinancierd worden door de zorgorganisatie (SOLIS, Deventer), waar zij als praktiserend specialist ouderengeneeskunde werkzaam zijn. Het onderzoek naar valangst is belangrijk, omdat dit een van de belangrijkste factoren lijkt te zijn voor een geslaagde revalidatie na een heupfractuur. Zijn resultaten zullen de basis gaan vormen voor een interventie. Leonoor heeft een geslaagde revalidatie-unit opgezet voor ernstige COPD-patiënten. We zijn aan het onderzoeken, of we een goed interventieprogramma kunnen inzetten voor deze groep, waarbij we zowel revalidatie-elementen maar zeker ook palliatieve zorgelementen gebruiken. Bij deze groep is nog zoveel te winnen: thuis, in het verpleeghuis, en rondom de ziekenhuisopname.

Daarnaast zal ik onderzoek initiëren op het gebied van de symptoomlast en kwaliteit van leven bij chronisch zieke ouderen. Daarin onderscheiden wij ons: wij zijn dokters die een patiënt niet in de steek laten als genezing niet meer mogelijk is. Wij kijken naar de problemen die de ziekte of beperkingen in het functioneren van de ouderen oplevert,

Je hebt al een academische carrière van 13 jaar aan het VUMC achter de rug: eerst als junioronderzoeker tot je promotie in 2004 op het proefschrift *Caring for quality, the use of the minimal data set (MDS) for research into quality of care and patient functioning in nursing homes*, vanaf die tijd als senioronderzoeker en vanaf 2007 als hoofd van het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO).

1. Wat zullen in je nieuwe functie de speerpunten zijn op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en op basis waarvan is deze keuze tot stand gekomen?

Een belangrijk speerpunt is de geriatrische revalidatie. Deze revalidatie gaat over van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, en dat gaat een enorme uitdaging voor ons vak betekenen. Ten eerste gaan we daarmee mogelijkheden krijgen om de zorg flexibeler in te zetten: nabehandeling, poliklinische behandeling en intensievere behandelingen. Dat vraagt echter ook een kwaliteitsslag. We zullen echt goede behandelingen moeten gaan geven, en daarin zullen we mogelijk ook al snel moeten concurreren met andere aanbieders, zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra. Dat is goed; het maakt dat wij deze relatief jonge tak van ons vak moeten uitbouwen tot een effectieve, en evidence-based geneeskunde. De kaderopleiding die er sinds een aantal jaar is, gaat hier enorm bij helpen. De overgang gaat samen met een initiatief van Verenso, Actiz, VWS, NPCF en zorgverzekeraars Nederland om nu al te beginnen met een aantal verbeteringen in de geriatrische revalidatieketen. In zogenaamde proeftuinen worden afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars, verpleeghuizen, ziekenhuizen, revalidatiecentra en thuiszorg om het proces te verbeteren: betere triage, betere overdracht, intensievere behandeling, flexibele inzet behandelaren, en een beter therapeutisch klimaat op de afdeling. Of deze veranderingen ook daadwerkelijk

en gaan die last verlichten en verzachten. Hoeveel winst de geneeskunde ook maakt in de levensverwachting, en zelfs de ziektevrije levensverwachting, het is al decennialang zo dat de meeste problemen, de grootste zorgvraag en ook het grootste zorgbudget naar het laatste levensjaar gaan. Dat zal ook zo blijven. In alle media-aandacht, en heel veel onderzoek (ook de 80 miljoen euro van het nationaal programma ouderenzorg NPO) wordt dit laatste levensjaar genegeerd. Ik zal mij steeds blijven inzetten om ook voor deze groep evidence te verzamelen. Pijn is zo'n belangrijk symptoom en wordt te vaak gemist en te slecht behandeld. Deze zomer verschijnt de multidisciplinaire richtlijn *Pijn bij kwetsbare ouderen*, waar ik als voorzitter hard aan getrokken heb. Ik verwacht hier veel verbetering van, en ga dat ook proberen te onderzoeken.

Het specialisme ouderengeneeskunde heeft vergeleken met andere medische specialismen, inclusief de huisartsgeneeskunde, relatief gezien de meeste vacatures en dat is al geruime tijd het geval. De instroom van basisartsen in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde stinkt. Er schort kennelijk nog steeds iets aan het imago van het vak. Dit is voor velen een bron van grote zorg.

2. *Wat zijn jouw ideeën over hoe dit tijt te keren en op welke wijze zou het imago van ons specialisme verbeterd kunnen worden?*

Na onze voortvarende start als specialisme moeten we ons beraden op onze huidige situatie. De tegenvallende instroom is een teken aan de wand. Gelukkig wordt over dit probleem breed nagedacht en was het onderwerp van de KNMG-*invitational conference* in september 2010. Een van de elementen hieruit was dat er meer aandacht moet komen voor ouderen in het basiscurriculum (ook klinisch geriateren hebben met een tegenvallende instroom en een tekort op de arbeidsmarkt te maken). Ik zal mij daar in Leiden sterk voor maken, zowel in het preklinische onderwijs als in de coschappen. Er zal ook in Leiden een coschap in het verpleeghuis gaan komen. Ook de opleiding in Utrecht heeft nu iets meer aandacht voor onze doelgroep; ik mag daar bijvoorbeeld nu eens in de maand college geven. Daarnaast moeten wij als specialist ouderengeneeskunde echt een meer academische uitstraling hebben: het wetenschappelijker profiel moet omhoog. De SO 2.0 laat zich meer zien, is deskundiger en meer specialist dan voorheen. Hij mengt zich in onderwijs, het maatschappelijke debat en vertoont geen calimerogedrag meer. Er mag hier en daar zeker een tandje bij, de ambities moeten omhoog. Ik ben heel blij met de werkgever van de aios, de SBOH. Om de noodzakelijke academisering van ons vak te realiseren gaan zij dit jaar in Leiden, Amsterdam (VUmc) en Nijmegen een AIOTO-traject financieren: een arts is dan in opleiding tot SO, maar krijgt ook de gelegenheid om te promoveren. Dat is een traject van zes jaar en zorgt ervoor dat meer jonge dokters het academische voortouw kunnen nemen. Goed voor de uitstraling van de opleiding en ons vak. Ik hoop dat ook bij andere collega's de drempel naar het onderzoek daardoor kleiner wordt.

Door taakdelegatie zal er een verdere medicalisering van ons vak plaatsvinden: we worden meer dokter dan we al waren, zijn beter op de hoogte van de meest recente wetenschappelijke literatuur en worden ook inhoudelijk, bijvoorbeeld op farmacologisch gebied, sterker. Taakdelegatie betekent ook dat we meer ruimte geven aan verpleegkundigen en psychologen om te doen waar zij zo goed zijn, en wat wij soms op ons nemen. Op die manier zal ons vak aantrekkelijker worden voor nieuwe collega's.

3. *Welke rol speelt het onderwijs aan medisch studenten hierin en op welke wijze wil jij dat in je nieuwe functie gaan invullen?*

Het onderwijs speelt, zoals ik net al aangaf, hierin een cruciale rol. Zowel studenten als aios moeten nog beter onderwijs krijgen, zodat ze de SO 2.0 kunnen worden. Daarvoor zijn onderwijsvernieuwingen nodig. Ik ga proberen de studenten te laten zien dat ouderen de belangrijkste doelgroep zijn als je geneeskunde wilt uitoefenen. Het onderwijs moet op meer momenten los komen van het klassieke orgaan of ziektedenken en bij meer blokken moet de relatie met ouderen worden gelegd.

Specialisten ouderengeneeskunde en managers van ouderenzorginstellingen hoor je alom klagen over de verdergaande financiële beknotting van de budgetten met als gevolg een steeds verdere verschraling van de zorg. Daarnaast worden de Nederlandse ouderenzorginstellingen in vele buitenlandse landen als kwalitatief hoogwaardig en goed georganiseerd ten voorbeeld gesteld.

4. *Hoe kijk jij hier tegenaan en welke consequenties heeft dat voor jouw houding en opstelling ten aanzien van de beleidsmakers in Nederland en je buitenlandse collega's?*

Het Nederlandse systeem is voor veel landen interessant; in het buitenland hebben ze dezelfde uitdagingen als wij: hoe kunnen wij goed voor de meest kwetsbare ouderen zorgen nu het aantal van hen sterk stijgt? Ons systeem, met goede medische zorg in het verpleeghuis, heeft groot economisch nut: veel behandelingen worden in andere landen in het ziekenhuis verricht, terwijl het bij ons in het verpleeghuis gebeurt. Aan de andere kant zien landen als Canada, de Verenigde Staten en Duitsland ook weinig interesse van artsen om zich aan een verpleeghuis te binden. De status is laag en men denkt dat er te weinig uitdagingen liggen. Vrijgevestigde artsen verdienen vaak ook nog eens veel meer. Er zijn veel aanwijzingen dat op een aantal gebieden wij ook echt betere zorg geven: het *too much too late* bijvoorbeeld van intensieve ziekenhuisbehandelingen bij mensen in de laatste fase van dementie, zorgt voor een slecht sterfensproces en hoge kosten. Er is internationale consensus dat wij het hier echt beter doen dan het buitenland. Daarentegen zijn er ook bij ons natuurlijk zorgen over de kwaliteit, die zich met name richt op de kwaliteit en kwantiteit van de zorg. Wij doen het relatief niet zo goed als het gaat om het voorschrijven van psychofarmaca, en er zijn ook veel landen die het beter doen als het gaat om ondervoeding en decubituspreventie. Het beleid van de Nederlandse regering

is de laatste twintig jaar erg beheersmatig geweest. Ook nu zie ik weinig inhoudelijke impulsen en weer roep om meer controle en repressie. Het zou van visie getuigen als er geld beschikbaar werd gemaakt voor een inhoudelijke impuls, met geld voor onderzoek naar deze kwetsbaarste groep. Ik ben in die zin jaloers op de Verenigde Staten, waar (ook relatief) veel meer geld is voor onderzoek in innovatie.

Een ander punt is dat zorgorganisaties, meer dan nu het geval is, zich moeten ontplooiën tot echte kenniscentra waar ook onderzoek wordt gestimuleerd. Ik ben daarom ook blij om twee dagen in de week bij Topaz (Leiden, Katwijk) te mogen werken. Topaz is doordrongen van de noodzaak zelf een steentje bij te dragen. We beginnen met een specifieke doelgroep (huntingtonpatiënten), waar veel ervaring mee is opgebouwd, en grote deskundigheid aanwezig is. Ik ga met enthousiaste professionals een traject doorlopen dat gaat leiden tot een kennis- en onderzoekscentrum Huntington. We gaan daar natuurlijk financiering voor zoeken, maar met de gedachte 'de kost gaat voor de baat uit' starten we alvast. Het is tijd om het heft meer in eigen hand te nemen en de zaken neer te gaan zetten zoals we het zelf willen. We moeten niet meer afwachten of anderen het voor ons makkelijk maken. We moeten laten zien dat we iets moois kunnen neerzetten. Daarna kunnen we op basis van ons succes gaan oogsten. Deze houding wil ik ook naar anderen in het veld uitdragen!

Je maakt al bijna tien jaar deel uit van de redactie van ons tijdschrift, gedurende een viertal jaren als hoofdredacteur. Tot onze grote vreugde heb je besloten je redactielidmaatschap ondanks je nieuwe functie te continueren.

5. Welke rol vind je dat het tijdschrift in de komende tijd voor de beroepsgroep moet (blijven) vervullen, dit ook met het oog op de steeds verdergaande digitalisering van de informatievoorziening? Vind je dat het tijdschrift ook een functie zou moeten vervullen voor andere beroepsgroepen werkzaam in de ouderenzorg?

Het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* is altijd al een belangrijk wetenschappelijk communicatiemiddel geweest, en zal dat blijven. Het zou goed zijn als zowel de nieuwe artikelen, als ook de reeds verschenen artikelen online beschikbaar zouden zijn; op die manier zou het ook als databank kunnen dienen voor kleinschalig, toegepast onderzoek. Ik zie steeds vaker dat die oudere artikelen 'vergeten' worden, en dat kan nooit de bedoeling zijn. Er is in de afgelopen jaren zoveel interessants verschenen, echt zonde als dat in de vergetelheid raakt. Ik hoop ook dat we meer specialisten ouderengeneeskunde (ook in opleiding) kunnen stimuleren om een bijdrage te leveren. Casusbeschrijvingen, n=1-studies, literatuuronderzoek, kleine andere studies; bij elkaar genomen een waardevolle bron voor ons vak.

Correspondentieadres
jkonings@zuweezorg.nl

Valpolikliniek ook intramuraal

'Vernieuwen is vallen en opstaan'

Mieke Draijer, voorzitter Verenso

De valpolikliniek biedt multidisciplinaire diagnostiek om de oorzaken van het vallen te achterhalen. De huisarts is de belangrijkste verwijzer. Verwijzing vindt plaats na een incident of op basis van signalering door andere betrokken hulpverleners, zoals de thuiszorg. De huisarts blijft hoofdbehandelaar. Vanuit de valpolikliniek is de specialist ouderengeneeskunde eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de diagnose en het advies.

Als de patiënt op de polikliniek komt, wordt na onderzoek een multidisciplinaire diagnose gesteld op basis van een valrisicoanalyse door de specialist ouderengeneeskunde, de fysiotherapeut en de ergotherapeut. De specialist ouderengeneeskunde voert een algemeen geriatrisch onderzoek uit. Hierbij wordt gekeken naar de medische voorgeschiedenis van de patiënt. Er wordt een inschatting gemaakt van de cognitieve problemen, er wordt algemeen lichamelijk onderzoek verricht, laboratoriumonderzoek gedaan en een ecg gemaakt.

De fysiotherapeut kijkt naar het bewegingsapparaat. De ergotherapeut gaat bij de patiënt thuis kijken om de functionele mobiliteit van een cliënt te beoordelen bij dagelijkse en huishoudelijke activiteiten. De ergotherapeut geeft advies over eventuele noodzakelijke aanpassingen van de woning. Bij sommige patiënten kan het risico beperkt worden door deze een korte periode oefen therapie aan te bieden, of hulpmiddelen of aanpassingen in de woning aan te laten brengen. Bij andere patiënten is het vallen echter niet te voorkomen. Deze mensen wordt een valtraining aangeboden door een specifiek op dit onderwerp geschoolde fysiotherapeut; om te leren hoe ze moeten vallen om daarbij zo min mogelijk letsel op te lopen. Het vervolgtraject kan plaatsvinden bij de valpoli, maar ook elders.

Een valpoli heeft meerwaarde voor thuiswonende ouderen en voor de verwijzer. Niet zelden komen meerdere nieuwe aandoeningen aan het licht, die het hoge risico op vallen verklaren. Hier kan dan behandeling of in ieder geval advi-

sering op plaatsvinden om schade en de gang naar het ziekenhuis te voorkomen.

Ook in verpleeg- en verzorgingshuizen zouden wij een dergelijke gestandaardiseerde multidisciplinaire manier van werken in geval van valrisico's moeten toepassen. Zo precies als wij omgaan met valrisico's op de poliklinieken, zo gemakkelijk stappen wij soms over een intramuraal valincident heen. Het zou goed zijn om de richtlijnen meer gedisciplineerd en meer gestructureerd toe te passen, maar werkdruk en prioriteiten maken dat de keuzes niet altijd zo gemaakt worden. Van alle ouderen met een ZZP-indicatie zou een valrisicoanalyse gemaakt moeten worden! De inspectie wil dit in kaart brengen en vraagt ons nu incidenten met letsel te melden. Alleen is de gebruikte PRISMA-methode zo bewerkelijk voor zowel schrijver als lezer, dat ook de inspectie hier alweer vanaf wil. Nu waren wij bij Meriant zo brutaal een verkorte eigen versie (1 A4) van de methode te ontwikkelen om het melden voor iedereen werkbaar te houden. Deze korte vragenlijst is door de inspectie beoordeeld en goedgekeurd. Bekeken wordt of deze versie ook landelijk gebruikt kan gaan worden! Dus dat is goed nieuws. Het aantal meldingen is enorm, laat de inspectie ons weten, dus daar ligt nog een mooie taak...



VAN DE VOORZITTER

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

Antwoorden Kennistoets

1. De diagnose van de ziekte van Parkinson wordt gebaseerd op de aanwezigheid van bradykinesie en een van de volgende symptomen: rigiditeit, rusttremor (4-6 Hz) en/of posturale instabiliteit (niet gerelateerd aan primair visuele, cerebellaire, vestibulaire of proprioreceptieve stoornissen).
2. Vier exclusiecriteria voor de ziekte van Parkinson:
 - meerdere beroertes met een stapsgewijze progressie;
 - negatieve respons op hoge dosis levodopa (als malabsorptie is uitgesloten);
 - antipsychoticagebruik;
 - blijvende remissie.

Vier ondersteunende criteria:

- unilateraal begin;
- aanwezigheid rusttremor;
- progressieve aandoening;
- blijvend asymmetrisch beeld ten nadele van de kant waar de ziekte begon.

3. Om andere oorzaken voor een hypokinetisch-rigidesyndroom, zoals vasculaire laesies, een communicerende hydrocefalus of een andere vorm van atypisch parkinsonisme uit te sluiten.
4. Specialisten ouderengeneeskunde dienen ten minste te beschikken over kennis van:
 - de symptomen van het hypokinetisch-rigidesyndroom en deze als zodanig te herkennen, om zo nodig te kunnen doorverwijzen naar een ter zake kundige neuroloog of klinisch geriater;
 - de stoornissen en beperkingen die frequent voorkomen bij patiënten met de ziekte van Parkinson;
 - bijwerkingen van medicatie en veranderingen in de effectiviteit van medicatie;
 - de verwijscriteria naar andere instanties en hulpverleners.
5. Onjuist. De ziekte van Parkinson is de derde aandoening met verlies van kwaliteit van leven, direct na dementie en slokdarmkanker.

Vertrek redactielid Elis Bardelmeijer

Gedurende een viertal jaren heeft Elis Bardelmeijer deel uitgemaakt van de redactie van ons tijdschrift. Zij is zeer gewaardeerd vanwege haar inhoudelijke inbreng met betrekking tot het redactiebeleid, haar zorgvuldige en kritische beoordeling van artikelen en de grote hoeveelheid werk die zij als redactielid verzet heeft. Vanwege andere drukke werkzaamheden is zij met ingang van 1 januari 2011 uit de redactie vertrokken. Wij danken Elis zeer hartelijk voor haar grote bijdrage en wensen haar alle succes toe in haar verdere carrière.

Deskundigheidsbevordering van de specialist ouderengeneeskunde betreffende mondzorg

Dr. Maria G.T. Dolders, beleidsmedewerker Verenso

Inleiding

De mondgezondheid van veel cliënten die in AWBZ-instellingen verblijven is helaas nog verre van optimaal te noemen. Aangezien steeds meer cliënten niet meer enkel een prothese hebben maar nog steeds beschikken over een (deel van) het eigen gebit, vraagt de mondzorg andere, intensievere aandacht dan voorheen. Veel cliënten hebben problemen in en rondom de mond door functieverlies, pijn en ander ongemak en zijn veelal niet of onvoldoende in staat hun eigen gebit goed te reinigen. Mondzorg is op dit moment in veel instellingen nog onvoldoende ingebed in de dagelijkse zorgpraktijk. Alertheid op problemen van de mondgezondheid is geboden evenals het waarborgen van continue goede mondzorg, als essentieel onderdeel van de basiszorg.

De richtlijn Mondzorg

Het belang van een adequate mondzorg voor hierboven genoemde cliënten wordt steeds meer onderkend. Dit heeft mede geleid tot de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn Mondzorg in opdracht van CvZ.¹ De richtlijn is ontwikkeld door een brede projectorganisatie van Verenso (toemalige NVVA) in samenwerking met de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde, de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (voorheen AVVV), de Nederlandse Vereniging Mondhygiënist, de Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten, het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, ActiZ (voorheen Arcares), de Nederlandse Cliënten en Patiënten Federatie, de Landelijke Organisatie Cliëntenraden en de Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten.

De richtlijn is conform de hedendaagse eisen aan richtlijnontwikkeling opgesteld en biedt de instellingen en de daar werkzame professionals evidence-based aanbevelingen om te komen tot een logistieke en inhoudelijk verantwoorde mondzorg voor elke cliënt. Het doel van de multidisciplinaire richtlijn is het aanreiken van aanbevelingen voor goede mondzorg teneinde goede mondgezondheid voor zorgafhankelijke cliënten te realiseren.

De richtlijn richt zich in eerste instantie op cliënten die in een verpleeghuis verblijven. Hierdoor zal naar verwachting de morbiditeit en comorbiditeit als gevolg van onvoldoende mondzorg in instellingen voor verpleeghuiszorg afnemen.

Op cliëntniveau worden bij gebruik van de richtlijn wensen ten aanzien van mond- en tandheelkundige zorg in kaart gebracht, vastgelegd en uitgevoerd.

Het cliëntenperspectief vormt daarbij de basis voor het maken van keuzes met betrekking tot de aard en omvang van de mondzorg.

Op instellingsniveau geeft de richtlijn handvatten om beleid omtrent mondzorg te kunnen formuleren, uitvoeren, evalueren en zonodig bij te stellen.

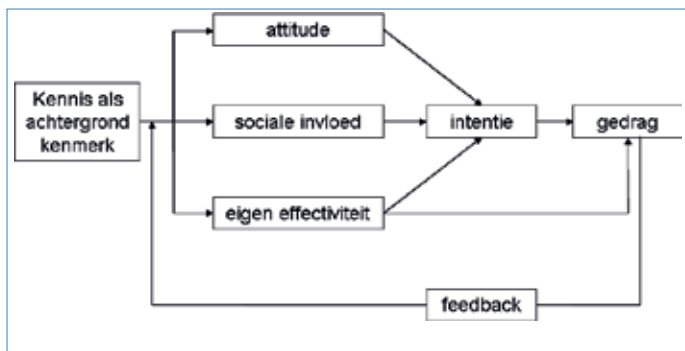
De richtlijn streeft naar helderheid en afstemming ten aanzien van verantwoordelijkheden van betrokken zorgverleners, aanbevelingen over de organisatorische consequenties, organisatorische randvoorwaarden en de beschikbaarheid van voorzieningen. Daarnaast dient de richtlijn als professionele standaard met betrekking tot de kennis en vaardigheden van professionals die betrokken zijn bij de mondzorg.

Implementatie van de richtlijn Mondzorg

In vervolg op de richtlijn is door Verenso een implementatieproject van de aanbevelingen uit de richtlijn uitgevoerd. De doelstelling van het implementatieproject betrof het landelijk implementeren en borgen van de richtlijn Mondzorg in verpleeghuizen en zorginstellingen voor gehandicapten. Aangezien de richtlijn multidisciplinair is, werden ook bij de implementatie van de richtlijn het management van de instellingen, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen, verzorgenden, tandartsen, mondhygiënist en paramedici (waaronder logopedisten, ergotherapeuten, diëtisten) betrokken. Tijdens dit implementatieproject werden deze verschillende zorgverleners geschoold in het opzetten van een verantwoorde mondzorg (zowel voor de cliënt als ook in beleid).

Uit de evaluatie van het project bleek dat 23% van de deelnemers specialist ouderengeneeskunde waren. Uit de evaluatie van het implementatieproject bleek dat specialisten ouderengeneeskunde mondaandoeningen in beperkte mate kennen en herkennen. Deze indruk bestaat ook bij de mondhygiënist die tijdens het implementatieproject best practices hebben gedemonstreerd.

Van een professionele mondzorg is dan ook pas sprake als de specialist ouderengeneeskunde deze deskundigheid bezit. Vandaar dat Verenso een project start om de deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde betreffende mondzorg te vergroten en te waarborgen.



Figuur 1. ASE-model.

Deskundigheidsbevordering betreffende mondzorg

Deskundigheidsbevordering betreffende mondzorg en alles wat hiermee te maken heeft, betreft een gedragsverandering van de specialist ouderengeneeskunde. Om gedragsverandering te bewerkstelligen kan vanuit de theorie worden bedacht dat drie determinanten hierbij een rol spelen: attitude, ervaren sociale invloed en eigen effectiviteitsverwachtingen (de inschatting van de voor het vertonen van het gewenste gedrag benodigde vaardigheden). Kennis is een achtergrondkenmerk en gaat aan de bovengenoemde drie determinanten vooraf. In figuur 1 is dit zogenoemde ASE-model² weergegeven.

Opzet deskundigheidsbevordering betreffende mondzorg

De deskundigheidsbevordering betreffende mondzorg is als cursus opgezet en zal in vier regio's van Nederland toegankelijk zijn. In de cursus gaat het om mondzorg en mondonderzoek bij kwetsbare ouderen. Aan het einde van de cursus zijn de volgende doelen bereikt:

1. de specialist ouderengeneeskunde heeft kennis van de gezonde mond, de nomenclatuur en van de mondziektes;
2. de specialist ouderengeneeskunde weet welke zijn verantwoordelijkheid is in het proces van goede mondzorg en is zich bewust van de noodzaak en het belang van dagelijkse goede mondverzorging;
3. de specialist ouderengeneeskunde weet waar hij op moet letten bij een mondonderzoek en weet op welk moment de tandarts, mondhygiënist of verzorgende ingeschakeld moet worden;
4. de specialist ouderengeneeskunde kan een mondonderzoek uitvoeren waarbij hij/zij let op de lippen, het wang-slijmvlies, het gehemelte, de mondbodem, de tong, de gebitselementen, de tandheelkundige voorzieningen en het tandvlees.

Aan de deskundigheidsbevordering is een onderzoek gekoppeld dat door een studente van de Rijksuniversiteit Groningen in opdracht van het Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde wordt uitgevoerd.

Literatuur

1. NVVA. *Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen*. Utrecht: NVVA; 2007
2. Brug J, Assema P van, Lechner L. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum; 2007.

Correspondentieadres
mdolders@verenso.nl

Leergang Ouderengeneeskunde

Leergang Ouderengeneeskunde is een initiatief van Verenso en de nascholingsinstituten Boerhaave, GERION, Heyendael, Leerhuizen Palliatieve Zorg en Wenckebach.

De Leergang Ouderengeneeskunde brengt een programma onder de aandacht dat specifiek gericht is op specialisten ouderengeneeskunde.

Het programma moet zich ontwikkelen tot een cursusaanbod voor alle artsen die zich begeven op het gebied van de ouderengeneeskunde. Centrale thema's in het aanbod zullen zijn: de samenwerking tussen de verschillende disciplines werkzaam op het gebied van de ouderengeneeskunde, nieuwe ontwikkelingen binnen het vakgebied, zowel beleidsmatig als medisch inhoudelijk en de specifieke kenmerken van de geriatrische patiënt.

Via het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, de site van Verenso en de sites van de instituten zal bekendheid worden gegeven aan het cursusaanbod. Alle cursussen zijn geaccrediteerd.

Het brede takenpakket van de specialist ouderengeneeskunde vraagt vaardigheden die de grenzen van het verpleeghuis overstijgen. Samenwerking met huisarts en specialist, vroegtijdige onderkenning en preventie en ondernemingszin zijn aspecten die meer dan vroeger aandacht vragen.

De zes initiatiefnemers stemmen niet alleen het aanbod op elkaar af; in periodiek overleg wordt geïnventariseerd op welke gebieden behoefte bestaat aan scholing en welke vorm het meest geëigend is. De diverse Canmed-competenties komen in het aanbod aan de orde.

De opleidingen zijn interactief en toegesneden op de dagelijkse praktijk.

Naast deze leergang organiseren de instituten diverse cursussen voor zowel huisartsen als specialisten ouderengeneeskunde. U treft het volledige cursusaanbod aan op onderstaande websites.

- www.boerhaavenet.nl
- www.GERION.nl
- www.leerhuizenpalliatievezorg.nl
- www.paogheyendael.nl
- www.wenckebachinstituut.nl



Wenckebach Instituut



umcg

10 februari, 3 en 31 maart, 28 april en 26 mei	Aan de slag: specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen sterk voor kwetsbare ouderen thuis (GERION)
31 maart & 1 april	'Het vervolg', nascholing voor kaderartsen (GERION) <i>Programma 31 maart: gezamenlijk voor de 3 kadergroepen</i> <i>Programma 1 april: in de eigen kadergroep</i> Cursus Evidence Based Medicine (Wenckebach Instituut) <i>zoekinstructie PubMed/EBM in de praktijk</i>
Voorjaar	De specialist ouderengeneeskunde en de patiënt met een verstandelijke beperking (GERION)
12 april	Cicero symposium: Wilsbekwaamheid: een lastig concept – een moeizame praktijk (GERION)
12 april	Verdiepingsdag moreel beraad (Wenckebach Instituut) Moreel beraad is een bijeenkomst waarin systematisch (middels een bepaald gespreksmodel) onder leiding van een facilitator morele casuïstiek besproken wordt. Eigen casuïstiek staat dus centraal, en moet ter plekke worden ingebracht.
26 en 27 mei	Advanced Course Specialisten Ouderengeneeskunde (Leerhuizen Palliatieve Zorg) Vervolg op de Basiscursus Palliatieve Zorg. Deze cursus gaat in op specifieke complexe doelgroepen (NAH, ALS, etc). Biedt inzicht hoe om te gaan met <i>symptoomverlichting, organisatie, ethiek, communicatie en zingeving</i> .
16 juni	<i>Symposium ter gelegenheid van het afscheid van Frank Hoek</i> Geneeskunde voor kwetsbare ouderen: huisarts en specialist ouderengeneeskunde uitgedaagd! (GERION)
22 september	Vorderingen specialisme ouderengeneeskunde (Boerhaave Nascholing) <i>Nieuwe ontwikkelingen over een breed scala aan onderwerpen worden kritisch belicht: wat u in de cursus hoort, kunt u de volgende dag in de praktijk brengen.</i>
Najaar	Cursus Chirurgische vaardigheden en reanimatie (Wenckebach Instituut) <i>Anesthesie/excisie/infuus inbrengen/reanimatie</i>
Najaar	Sociale Geriatrie voor de specialist ouderengeneeskunde (GERION)
Najaar	De aap, de slang en de olifant. Management leergang voor specialisten ouderengeneeskunde (GERION)
Najaar	Aan de slag: specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen sterk voor kwetsbare ouderen thuis (GERION)
14 t/m 18 november	Basiscursus Palliatieve Zorg Specialisten Ouderengeneeskunde (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>De cursus wordt al gegeven vanaf 1994, de voortzetting van de gelijknamige IKR-cursus. Er wordt ingegaan op de verlichting van symptomen en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze zorg goed te organiseren.</i>
1 en 2 december	Lijden en dood in de filosofie door Jan Keij (Leerhuizen Palliatieve Zorg) "Van de zon en de dood moet men de blik wel afwenden", La Rochefoucauld 'Lijden' en 'dood', twee 'gegevens' die we van ons lijf willen houden. Ze zijn in velerlei opzicht ongreepbaar, en eigenlijk alleen maar te 'begrijpen' in hun kwaadaardige zinloosheid.

ELKE BEWEGING TELT ALS JE WILT
MEEDOEN

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

Liliane Fonds

open de wereld
voor een kind
met een handicap



VOOR
GOEDE DOELEN

gratis plaatsing Foto: Morad Bouchakour

Richtlijnen voor auteurs

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

Indienen van een bijdrage

Tekst

- De eerste pagina dient de namen, titels en functies van de auteurs te bevatten en het adres van de eerste auteur inclusief telefoon- en faxnummer en e-mailadres.
- Maak de tekst niet langer dan 1500–2000 woorden of 4 pagina's A4-formaat (lettertype: Times New Roman, 12-punts).
- Maak zoveel mogelijk gebruik van de indeling: inleiding, doel, methoden, patiënten, resultaten, discussie, conclusie(s). Deel anders de tekst op in duidelijke alinea's.
- Bijdragen dienen te worden aangeleverd per e-mail als Wordbestand. Hanteer kantlijnmargin van 2,5 cm.
- Maak bij lange teksten gebruik van tussenkopjes.
- Houd het gebruik van tabs in de tekst zo beperkt mogelijk.
- Gebruik geen voetnoten. Maak alleen gebruik van eindnoten indien dat noodzakelijk is.
- Bedankjes aan personen, afdelingen, instellingen, et cetera, op een aparte pagina bijvoegen.
- Geef in de bijdrage aan waar de illustraties ongeveer geplaatst kunnen worden.
- In de tekst wordt door middel van een volgnummer verwezen naar eventuele literatuur.

Taal

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

Afbeeldingen/tabellen/figuren

- Het heeft de voorkeur om een bijdrage vergezeld te laten gaan van 1-3 afbeeldingen, tabellen of figuren.
- Afbeeldingen, grafieken en figuren dienen bij voorkeur als jpeg-bestand met een hoge resolutie te worden aangeleverd. Afbeeldingen die in het bestand zelf geplaatst zijn en niet als apart bestand zijn aangeleverd kunnen niet verwerkt worden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid de afbeeldingen, grafieken en tabellen in PowerPoint-formaat of als pdf-bestand aan te leveren als deze van goede kwaliteit zijn.
- Voorzie iedere illustratie van een onderschrift.
- Meegestuurde foto's en/of andere illustraties worden niet teruggestuurd, maar bewaard in het archief van de uitgever, tenzij nadrukkelijk anders overeengekomen.

Literatuur

- De literatuurlijst aan het eind van een bijdrage is gerangschikt naar het nummer van de verwijzing in de tekst.
- Artikelen die nog niet gepubliceerd zijn mogen alleen in de literatuurlijst worden opgenomen indien zij geaccepteerd zijn voor publicatie. In dat geval dient de naam van het tijdschrift of het boek vermeld te worden.
- Vermeld alle auteurs tenzij het er meer dan zeven zijn. Na de zevende auteur kan volstaan worden met de vermelding et al.
- Persoonlijke communicatie en niet-gepubliceerde artikelen dienen opgenomen te worden als eindnoot en als zodanig te worden aangemerkt.

- Maak voor vermelding van de naam van een tijdschrift gebruik van de standaard afkorting van de Index Medicus. Schrijf bij twijfel de naam voluit.
- De literatuurlijst dient niet langer te zijn dan vijftien referenties.

Voorbeelden verwijzingen

1. Artikel:
Hoogland AM, Lankveld W van, Kuyk-Minis MA van, Pad Bosch P van 't. Reumachirurgie in de hand: factoren die het effect negatief kunnen beïnvloeden. *NT Reumatol* 2000;3(2):33-8.
2. Proefschrift:
Bijl M. Apoptosis and autoantibodies insystemic lupus erythematosus [dissertation]. Groningen: University Groningen, 2001.
3. Boek:
Streiner D, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press, 1992.
4. Artikel in een boek:
Katz S, Halstead LS, Wierenga M. A medical perspective of team care. In: Sherwood S, editor. Longterm care: a handbook for researchers, planners, providers. New York: Spectrum, 1975:213-52.
5. Rapport uitgegeven door een instituut:
Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Tussen cure en care. Advies voor een referentiekader voor mensen met ernstige en langdurige beperkingen als gevolg van gezondheidsproblemen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994.

Verklaring auteurs

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

- zij vermeld worden als (mede)auteur;
- de redactie de bijdrage ter beoordeling kan voorleggen aan anderen dan de redactieleden.

De redactie gaat ervan uit dat bij publicaties over onderzoek waarbij derden betrokken zijn (geweest), toestemming is verleend voor het betreffende onderzoek door een medisch-ethische commissie.

Procedure beoordeling bijdrage

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

Drukproeven

- Bij ingezonden stukken: de eerste of corresponderende auteur krijgt eenmaal de gelegenheid om de drukproef te corrigeren. Er dient binnen 48 uur gereageerd te worden. Daarna is de versie definitief.
- Bij interviews: de geïnterviewde heeft recht op inzage van het interview voor publicatie. Wijzigingen die de geïnterviewde aangebracht wil zien, dienen binnen 48 uur kenbaar gemaakt te worden aan de redactie en zullen in redelijkheid in overleg worden overwogen.
- De uitgever is niet verantwoordelijk voor fouten en/of imperfecties die na goedkeuring van de proefversie nog worden ontdekt of die in de uiteindelijke uitgave aanwezig blijken.
- Het is niet mogelijk om na de goedkeuring van de proefversie nog wijzigingen in tekst, volgorde of illustraties aan te brengen.

Plaatsing

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

Redactieadres

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

Inlichtingen

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