

38e jaargang no. 5 | november 2013



Congresnummer: wetenschap en praktijk

Richtlijnen: van EBRO naar GRADE

De aioto

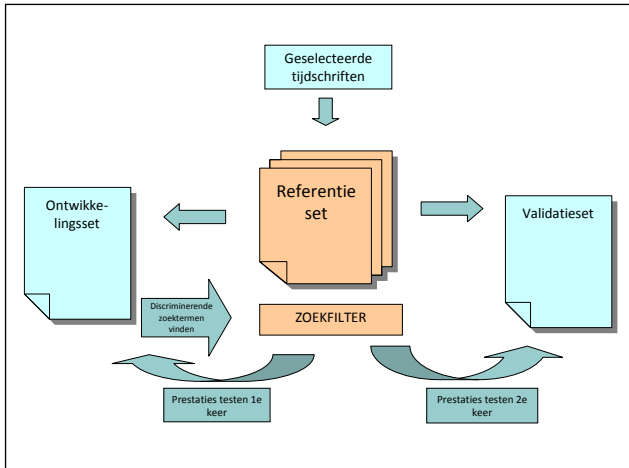
Zoekfilters voor ouderengeneeskunde

Kwalitatief onderzoek

verenSo
specialisten in
ouderengeneeskunde

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

Zoekfilters voor ouderengeneeskunde



228

Ouderengeneeskunde 2.0



237

Boekbespreking



246

In dit nummer

Wetenschap en praktijk

- 220 Richtlijnen: van EBRO naar GRADE
- 225 De aioto
- 228 Zoekfilters voor ouderengeneeskunde
- 232 Publicatiebias
- 239 Kwalitatief onderzoek
- 242 Besluitvorming bij dementie
- 249 Patiëntgroepering bij geriatrische revalidatie na CVA: is conditie bij opname indicatief voor ontslagbestemming?

Vijf vragen aan

- 223 Vijf vragen aan... Martin Smalbrugge

Critically Appraised Topic (CAT)

- 234 Trazodon voor slaapproblemen bij dementie

Beschouwing

- 236 Een reflectie op CATten

Boekbespreking

- 246 Handboek diagnostische verrichtingen in de huisartsenpraktijk

Hora Est

- 247 Integral Assessment of Health Status in COPD

Vaste rubrieken

Redactioneel

- 219 Redactioneel

Amuse

- 227 Relativiteitstheorie

Digitaal

- 237 Ouderengeneeskunde 2.0

Bureau Verenso

- 238 Dementie in de thuissituatie
- 255 Woord voorzitter

Leergang Ouderengeneeskunde

- 256 Leergang Ouderengeneeskunde

Waarmee poetst u uw tanden?



Met dit gevoel hebben Alzheimerpatiënten dagelijks te kampen.

Help Alzheimer overwinnen. Dan hoeft niemand zichzelf te verliezen.

1 op de 5 mensen krijgt dementie, waarvan Alzheimer de meest voorkomende vorm is.
www.alzheimer-nederland.nl



alzheimer
nederland

Colofon

Gasthoofdredacteuren

Dr. Susanne J. de Kort
Dr. Dika H.J. Luijendijk

Hoofdredacteur

Drs. Martin W.F. van Leen

Redactie

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

Eindredactie

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

Redactieadres en inleveren kopij

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

Abonnementen

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

Uitgever, eindredactie en advertenties

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

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

Copyright© 2013

Redactioneel

Dika Luijendijk en Susanne de Kort, gasthoofdredacteuren

In 1998 had 12% van de verpleeghuisbewoners decubitus. In 2002 was dat nog maar 3%. Eén van de drijvende factoren achter de verbeterde decubituszorg was een onderzoek van Halfens en collega's naar de prevalentie van decubitus in Europese verpleeghuizen en ziekenhuizen. Dit is een mooi voorbeeld van de wijze waarop wetenschap zorg kan verbeteren. Per jaar worden meer dan een miljoen wetenschappelijke artikelen gepubliceerd. Sommige artikelen zijn heel relevant voor onze dagelijkse praktijk, maar veel artikelen zijn dat niet. In dit congresnummer staat centraal welke wetenschap bruikbaar is, en hoe deze snel te vinden is.

Richtlijnen, systematische reviews en meta-analyses vormen een belangrijke brug tussen wetenschap en praktijk. De gouden standaard voor het maken van een richtlijn is tegenwoordig de GRADE-methode. Deze methode staat voor een transparante relatie tussen de kwaliteit van wetenschappelijk bewijs en de uiteindelijke aanbevelingen. In het artikel van Langendam en collega's kunt u meer lezen over de GRADE-methode, en waarom deze ontwikkeld is. In de rubriek '5 vragen aan...' vertelt Smalbrugge, voorzitter van de Werkgroep Richtlijnontwikkeling van Verenso, over de werkwijze van deze werkgroep en hoe ze omgaat met het tekort aan onderzoek bij kwetsbare ouderen. Van Dalen-Kok en collega's beschrijven de aioto-so constructie, en waarom deze arts-promovendi zo hard nodig zijn voor de kruisbestuiving tussen wetenschap en praktijk in ons vakgebied. Dat de ziekenhuizen in ons land per week evenveel promovendi afleveren als het specialisme ouderengeneeskunde in 20 jaar, is helaas tekenend voor de scheve verdeling van onderzoeksmiddelen tussen de ziekenhuiszorg en langdurige ouderenzorg.

Voor veel klinische vraagstukken bestaan nog geen richtlijnen. De vraag is dan hoe je als clinicus het snelst de relevante literatuur vindt, en deze beoordeelt in het licht van mogelijke methodologische tekortkomingen en publicatiebias. Een artikel over geriatrische zoekfilters van Van de Glind en collega's biedt een handreiking bij het zoeken naar de geriatrische literatuur. Het artikel van Hooft gaat nader in op het fenomeen publicatiebias, en hoe het bestreden kan worden. Een Critically Appraised Topic (CAT) over slaapmedicatie bij dementie van Dhakal, en een beschouwing op CATten in het algemeen van Luijendijk illustreren hoe publicatiebias de medische praktijk ten nadelen had kunnen beïnvloeden.

Het meeste onderzoek dat verricht wordt, is kwantitatief van aard. Veel onderzoeksvragen kunnen alleen beantwoord worden met kwalitatief onderzoek. Gijsberts beschrijft welke onderzoeksvragen dit zijn, en geeft een overzicht van kwalitatieve methoden en de betrouwbare en valide resultaten die dit soort onderzoek kan opleveren.

Helaas blijven onderzoeksresultaten ook vaak in de la liggen. Dit draagt niet alleen bij aan publicatiebias, maar is onwenselijk gezien de geïnvesteerde tijd, middelen en – niet in het minst – inzet van de deelnemers. Het is daarom prijzenswaardig dat het Verenso-jaarcongres 2013 een forum wil bieden voor dit soort (tot nu toe) onbenut onderzoek. Wij wensen u veel leesplezier.

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

- Terug naar inhoudsopgave -

Richtlijnen: van EBRO naar GRADE

Miranda W. Langendam, the Dutch Cochrane Centre, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Hans de Beer, CBO, Utrecht

Ton Kuijpers, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht

Alle auteurs zijn lid van de GRADE working group en de werkgroep GRADE_NL

De GRADE-methode geldt tegenwoordig als de gouden standaard voor het maken van evidence-based richtlijnen. GRADE wordt door vele organisaties wereldwijd gebruikt, waaronder de Cochrane Collaboration, NICE en WHO. In Nederland werken het CBO, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Orde van Medisch Specialisten volgens de GRADE-methode.

In richtlijnen komen meestal verschillende typen uitgangsvragen aan de orde, zoals vragen over diagnostiek, behandeling en prognose. Op dit moment wordt GRADE voornamelijk toegepast voor het beantwoorden van therapeutische uitgangsvragen. De werkgroep GRADE_NL heeft een stramien voor een richtlijntekst voor therapeutische vragen ontwikkeld en werkt op dit moment aan een stramien voor diagnostische vragen. GRADE voor prognostische vragen is nog in ontwikkeling.

In dit artikel bespreken we de achtergrond van GRADE, wat de methode inhoudt en wat de meerwaarde en beperkingen van GRADE zijn ten opzichte van voorgaande methoden zoals het Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling

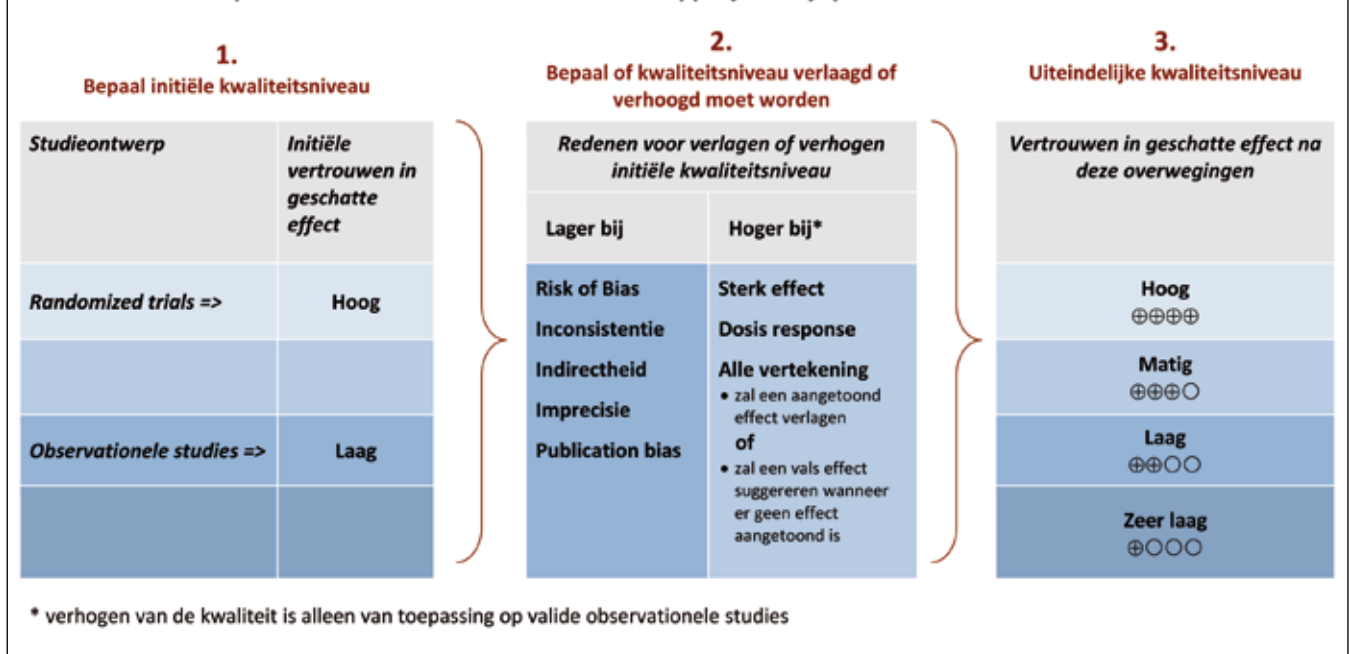
(EBRO)-systeem. We beperken ons hier tot GRADE voor therapeutische vragen.

WAT IS GRADE?

Richtlijnmakers en gebruikers van richtlijnen trekken niet alleen conclusies over de inhoud van het wetenschappelijk bewijs, maar ook over de kwaliteit hiervan. Ook denken zij na over de sterkte van een aanbeveling: een behandeling zou bijna altijd gegeven moeten worden of het is niet meer dan een optie. Om voor een bepaalde behandeling te kiezen wegen dokters en patiënten de gewenste en ongewenste effecten van de verschillende behandelingsmogelijkheden af. Daarbij is niet alleen de inschatting van de grootte van deze gewenste en ongewenste effecten belangrijk, maar ook het vertrouwen dat men in deze schattingen heeft. Hoe groter het vertrouwen in de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs waarop de schatting gebaseerd is, hoe bruikbaar deze is.

Vanuit deze gedachte, en uit onvrede met de bestaande graderingsystemen, is ongeveer tien jaar geleden de GRADE working group opgericht (www.gradeworkinggroup.org).

GRADE voor het bepalen van de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs per uitkomstmaat.



Figuur 1.

GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Het is een systeem voor systematisch en transparant ontwikkelen van evidence-based aanbevelingen.¹ De systematiek zit in de stapsgewijze aanpak. De eerste stappen zijn het opstellen van vragen volgens het PICO-model (Patient, Interventie, Comparison, Outcome), het formuleren en prioriteren van patiënt relevante uitkomstmaten en het samenvatten van het wetenschappelijk bewijs per uitkomst door middel van systematisch literatuuronderzoek.

Vervolgens wordt per uitkomstmaat de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs gegradeerd: hoog, matig, laag of zeer laag (zie figuur 1 voor een overzicht). Hoe hoger de kwaliteit, hoe zekerder men ervan is dat het geschatte effect overeenkomt met het werkelijke effect. Voor de gradering wordt uitgegaan van het studieontwerp: Randomized Controlled Trial (RCTs starten als hoge kwaliteit, observatoire studies (cohortstudies, patiënt controle onderzoeken, patiëntenseries) als lage kwaliteit. Vervolgens kunnen beperkingen in de studieopzet, inconsistente of niet precieze resultaten, indirectheid van het bewijs en publicatie bias leiden tot een verlaging van de kwaliteit. Voor observatoire studies zonder beperkingen in opzet en uitvoering van de studie kunnen een sterk effect, een dosis-responsrelatie en overwegingen over de richting van vertekening van de resultaten leiden tot opwaardering.

Daarna volgt het formuleren en graderen van aanbevelingen. Naast de kwaliteit van het bewijs wordt hierbij rekening gehouden met de balans van gewenste en ongewenste effecten, waarden en voorkeuren van de patiënt en gepast gebruik van middelen. Aanbevelingen kunnen sterk of zwak zijn, en voor of tegen een behandeling pleiten (sommige richtlijnorganisaties geven de voorkeur aan de term 'conditioneel' in plaats van zwak.) Wanneer de gewenste effecten van een behandeling beduidend groter zijn dan de ongewenste effecten, is een sterke aanbeveling voor de behandeling op zijn plaats. Wanneer deze balans niet duidelijk is, of wanneer onder patiënten verschillende voorkeuren bestaan, is een zwakke aanbeveling aangewezen, dat wil zeggen worden verschillende opties gepresenteerd. De transparantie van GRADE zit in het expliciet formuleren en prioriteren van de uitkomstmaten en de factoren die de kwaliteit van het bewijs en de sterkte van de aanbevelingen beïnvloeden, en het documenteren en beargumenteren van al deze keuzes.

GRADE IN PLAATS VAN EBRO

Een belangrijk bezwaar tegen de bestaande systemen die wereldwijd gangbaar waren, was dat geen onderscheid werd gemaakt tussen het beoordelen van de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs en het graderen van de aanbeveling. Bovendien ontbrak tot nu toe een systematische benadering om van de kwaliteit van het bewijs naar de sterkte van een aanbeveling te komen.

Tot voor kort werd in Nederland voornamelijk het EBRO-graderingsstelsel gebruikt, onder andere door het CBO. In het EBRO-systeem werd niet of slechts impliciet vermeld welke (patiënt relevante) uitkomsten belangrijk zijn om een interventie wel of niet aan te bevelen. Belangrijke ongewenste effecten van behandeling werden niet altijd expliciet meegenomen. Ook een te groot vertrouwen in surrogaat of intermediaire uitkomsten is een valkuil van het EBRO-systeem gebleken. Zo kan bijvoorbeeld binnen een onderzoek naar de effectiviteit van oefentherapie botdichtheid als uitkomst worden meegenomen, maar de patiënt relevante uitkomstmaat is de kans op fracturen. Binnen GRADE wordt bewijs dat is gebaseerd op botdichtheid daarom gezien als indirect bewijs, en daarom van lagere kwaliteit dan bewijs gebaseerd op de kans op fracturen.

Een andere belangrijke beperking van de oude methode is dat de kwaliteit van het bewijs hoofdzakelijk werd bepaald door de studieopzet. Daardoor leek bewijs verkregen door gerandomiseerde trials altijd van een hoger niveau, terwijl dit niet zo hoeft te zijn, omdat met de opzet en uitvoering van een RCT veel mis kan zijn gegaan. Bovendien doet een hiërarchie met bovenaan de gerandomiseerde gecontroleerde trial geen recht aan de realiteit dat veel inzichten verkregen worden met goed opgezet en uitgevoerd observationeel onderzoek. Ook werd in het EBRO-systeem geen leidraad gegeven bij elkaar tegensprekende studies. GRADE stimuleert ons grondig naar al het beschikbare wetenschappelijke bewijs te kijken (ook als er weinig of slechts 'dun' bewijs is) en om keuzes voor het toekennen van een bepaalde kwaliteit van bewijs aan een uitkomstmaat te expliciteren en te beargumenteren.

Tot slot, er waren naast het EBRO-systeem over de wereld talloze andere graderingssystemen in gebruik. Deze veelheid aan graderingssystemen belemmert de communicatie over de kwaliteit van het bewijs in plaats van dat dit wordt bevorderd. GRADE is opgezet om alle bestaande systematieken te vervangen.

DE MEERWAARDE VAN GRADE

GRADE heeft voor een aantal onderdelen van een richtlijn evidente meerwaarde. Het stimuleert de richtlijncommissie om al in het begin van een richtlijntraject na te denken over patiënt relevante uitkomstmaten, waardoor uiteindelijk in de aanbevelingen van de richtlijn de cruciale uitkomstmaten centraal staan. Effectiviteit en bijwerkingen passeren systematisch de revue. GRADE maakt het makkelijker om de overwegingen die hebben geleid tot aanbevelingen te volgen.²

Een voorbeeld uit de ouderengeneeskunde is te vinden in de richtlijn van NICE over delier.³ In het verleden werd haloperidol aanbevolen voor symptoombestrijding op basis van meerdere studies. Door GRADE bleek de kwaliteit van het merendeel van deze studies niet voldoende om een sterke

aanbeveling te doen (geen randomisatie, geen vergelijking met placebo). Nu wordt terughoudendheid ten aanzien van het voorschrijven van antipsychotica in het algemeen aanbevolen.

UITDAGINGEN BIJ GEBRUIK VAN GRADE

Het interpreteren van wetenschappelijk bewijs en het bepalen van de beste behandeloptie is complex en heeft altijd een subjectief element. Zo zullen bijvoorbeeld de gewenste en ongewenste effecten tegen elkaar moeten worden afgewogen; hier zullen zelden objectieve maten voor zijn. Hoewel GRADE het beoordelingsproces systematisch en transparant maakt, zullen dergelijke inschattingen nog steeds nodig zijn. Voor veel richtlijnmakers schuilt hierin de moeilijkheid van GRADE. De methode biedt namelijk een raamwerk en geeft vuistregels, maar geen harde regels of afkappunten die bepalen wanneer en met hoeveel niveaus de kwaliteit van bewijs verlaagd moet worden. Hierdoor kan GRADE als ingewikkeld ervaren worden. In veel gevallen is het bewijs zelf echter te complex om met allesomvattende regels of generieke afkappunten de kwaliteit ervan te beoordelen.

Door de robuuste beoordeling van de kwaliteit van het bewijs is GRADE vaak arbeidsintensief en is methodologische expertise vereist. Omdat tijd en middelen voor het maken van een richtlijn vaak beperkt zijn, zouden richtlijnwerkgroepen kunnen overwegen zich uitsluitend te richten op uitgangsvragen waar controverse over is en dus praktijkvariatie bestaat. Juist voor dit soort vragen zal de meerwaarde van GRADE blijken.

MEER WETEN?

In het British Medical Journal is in 2008 een serie 'instap-artikelen' over GRADE verschenen. Op de website van de GRADE working group (www.gradeworkinggroup.nl) kunnen deze publicaties, en een groot aantal verdiepende artikelen, worden gedownload. Onder het kopje 'Toolbox' vindt u voorbeelden, software en presentaties. Het Dutch Cochrane Centre, CBO en NHG geven gezamenlijk tweemaal per jaar een workshop GRADE voor richtlijnmakers en systematische reviewers. Voor meer informatie zie www.cbo.nl en www.cochrane.nl.

LITERATUUR

1. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-926.
2. Boluyt N, Rottier B, Langendam MW. Richtlijnen worden transparanter met de GRADE methode. *Nieuwe methode maakt overwegingen bij aanbevelingen expliciet*. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012;156:A4379.
3. National Clinical Guideline Centre. *Delirium: diagnosis, prevention and management*. *Clinical Guideline 103*. NICE, 2010.

Correspondentieadres
m.w.langendam@amc.uva.nl

Vijf vragen aan... Martin Smalbrugge

Over de Werkgroep Richtlijn Ontwikkeling

Dika Luijendijk

1. Je bent voorzitter van de Werkgroep Richtlijn Ontwikkeling (WRO) van Verenso. Wat is het doel van de WRO?

De WRO heeft als doel de kwaliteit van de ouderengeneeskunde te verbeteren door het ontwikkelen van richtlijnen. Nascholing en literatuur bijhouden zijn voorbeelden van andere kwaliteitsbevorderende activiteiten. De taak van de WRO is het prioriteren van onderwerpen voor richtlijnontwikkeling. Hierbij spelen beschikbare financiën ook een rol. De WRO begeleidt ook het proces van richtlijnontwikkeling. De laatste jaren wordt van richtlijnwerkgroepen gevraagd ook te denken aan implementatie van de richtlijn en, zeer belangrijk, gevraagd een lijst te maken van 'bewijslacunes'. Dit laatste kan toekomstig onderzoek richting geven. Ook op deze twee aspecten let de WRO.

2. Kun je de werkwijze van de WRO schetsen?

Voor de onderwerpen voor richtlijnen heeft de WRO een aantal criteria opgesteld. Het moet een relevant ouderengeneeskundig probleem betreffen. Er moet een zekere mate van behandelingsvariatie bestaan. Als iedereen hetzelfde handelt en er geen discussie is over een behandeling, heeft een richtlijn maken immers weinig zin. Er moeten onderzoeksresultaten beschikbaar zijn over het onderwerp zodat aanbevelingen kunnen steunen op een zeker bewijs. Als een onderwerp voor richtlijnontwikkeling geprioriteerd is en er middelen zijn, dan wordt een richtlijnwerkgroep geformeerd die met een taakopdracht van de WRO aan de slag gaat. Deze taakopdracht geeft aan waar de richtlijn over moet gaan maar ook waarover niet.

De richtlijnwerkgroep destilleert uit de opdracht de klinische problemen waarover de richtlijn aanbevelingen moet doen en formuleert daarbij vragen voor een literatuursearch met behulp van de bekende PICO-methode (Patient, Intervention, Control en Outcome). Werkgroepleden krijgen hiervoor scholing en begeleiding door een methodoloog of statisticus. De gevonden artikelen worden beoordeeld op relevantie voor de doelgroep en op kwaliteit en daaruit komt een conclusie over het wetenschappelijke bewijs voor een bepaalde handwijze (diagnose, behandeling). Dat is de basis voor een aanbeveling, aangevuld met 'overige overwegingen'.

Richtlijnwerkgroepen werken bij het formuleren van aanbevelingen volgens de GRADE-systematiek (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation,



red). In deze systematiek wordt de richtlijnmaker bijvoorbeeld uitgedaagd te expliciteren waarom een aanbevolen behandeling die effectief gebleken is bij een jongere leeftijdsgroep al dan niet ook bij ouderen effectief zou zijn.

3. Andere medische beroepsgroepen ontwikkelen ook richtlijnen die wij kunnen gebruiken. Kun je voorbeelden geven van Verenso-richtlijnen die zich nadrukkelijk onderscheiden van andere (landelijke) richtlijnen?

Met name het CBO heeft richtlijnen ontwikkeld die vaak voor meer dan één specialisme relevant zijn en ook voor de specialist ouderengeneeskunde en sociaal geriater dienen als richtlijn. Voorbeelden daarvan zijn de richtlijn beroerte en de richtlijn dementie. Een probleem bij deze richtlijnen is dat het beschikbare onderzoek voor een groot deel gedaan is bij jongere ouderen. De groep oudere ouderen (>75 jaar) en zeer oude ouderen (>85jaar), en patiënten met multimorbiditeit hebben niet geparticipeerd in de aangehaalde onderzoeken. Soms wordt dit expliciet gemaakt, en aangegeven dat de aanbevelingen niet één op één kunnen worden gebruikt voor deze kwetsbare ouderen. Wij dringen aan om toch aanbevelingen voor deze groepen te formuleren. Dat is geen eenvoudige zaak, maar een uitdaging die we wel moeten aangaan als we willen dat richtlijnen voor een zo breed mogelijk groep patiënten gelden.

Verenso-richtlijnen die duidelijk verschillen van richtlijnen voor 'volwassenen' zijn de richtlijnen over pijn en over diabetes. Bij beide richtlijnen wordt in de formulering van de aanbevelingen naast de evidence ook de overige overwegingen die gelden voor kwetsbare ouderen expliciet betrokken.

4. (Verenso)-richtlijnen bevelen soms interventies aan op basis van cohortstudies. De GRADE recommendations geven echter aan dat we weinig vertrouwen (low confidence) kunnen hebben in de resultaten van cohortonderzoek. De eed van Hippocrates gebiedt bovendien terughoudendheid met interventies die kunnen leiden tot bijwerkingen of complicaties. Hoe zou volgens jou bij de ontwikkeling van richtlijnen omgegaan moeten worden met gebrek aan wetenschappelijk bewijs waarin we veel vertrouwen (high confidence) kunnen hebben?

Ik denk dat de realiteit anno 2013 is dat we ouderengeneeskunde bedrijven op basis van geneeskundig onderzoek dat slechts in beperkte mate bij ouderen is uitgevoerd. Dat is kwalijk en er moet hard aan gewerkt worden om juist ouderen in onderzoek, en zeker ook in medicatietrials, te includeren om die gap in kennis te vullen. Voorlopig moeten we het doen met de kennis die we hebben en dat is, helaas te vaak nog, kennis waarin je 'low confidence' hebt.

Ik vind de kracht van de GRADE-systematiek juist dat dit soort onzekerheid expliciet gemaakt wordt in de aanbevelingen. Een belangrijk onderdeel van de ouderengeneeskunst is volgens mij deze onzekerheid van een aanbeveling met de patiënt en zijn naasten te bespreken om gezamenlijk tot een afgewogen behandelbesluit te komen. In die afweging moeten de voorkeuren van de patiënt expliciet een plek krijgen.

5. De indruk bestaat dat er (te) vaak van bestaande richtlijnen wordt afgeweken, en de praktijk soms meer dan nodig is, gebaseerd wordt op ervaringen. Hoe zou jij als WRO-voorzitter 'richtlijn-o-fobia' willen bestrijden?

Of er veel van richtlijnen wordt afgeweken, is onder specialisten ouderengeneeskunde nog weinig onderzocht, en dat zou ik niet durven te stellen om die reden. Toch kun je over het gebruik van psychofarmaca, dat erg hoog is in onze long term care instellingen, moeilijk aan de indruk onttrekken dat er in een aantal gevallen afgeweken wordt van de richtlijn. In Nijmegen loopt nu de PROPER-studie die dat evalueert.

Om afwijken van richtlijnaanbevelingen tegen te gaan heb je volgens mij echter meer gegevens nodig dan alleen de 'harde' data over hoe vaak men van de richtlijnen afwijkt. Nagaan waarom afgeweken wordt, is daarvoor minstens zo belangrijk. Mijn hypothese is dat fobie niet de meest voorkomende reden zal zijn en ook niet 'gebrek aan kennis'. Uit de gedragspsychologie is bekend dat mensen moeilijk van gewoontes veranderen. Handelen volgens de richtlijnen kost vaak meer tijd en overleg en dat vergt extra inzet. Daarop aangrijpen lijkt me de weg vooruit.

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

De aioto

Nieuwe pijler in professionalisering ouderengeneeskunde

Annelore H. van Dalen-Kok, aioto-specialist ouderengeneeskunde

Paul B.M. Went, hoofd opleiding tot specialist ouderengeneeskunde

Prof. dr. Wilco P. Achterberg, hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde

Alle auteurs zijn werkzaam bij het LUMC, afdeling Public Health en eerstelijns-geneeskunde

Verenso, Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland (SOON) en het interfacultair overleg specialisme ouderengeneeskunde (IOSO) willen de wetenschappelijke onderbouwing van het specialisme ouderengeneeskunde bevorderen en gevestigde specialisten ouderengeneeskunde betrekken bij wetenschapsbeoefening. Academisering van ons vak leidt niet alleen tot een hogere kwaliteit van de patiëntenzorg, maar is ook een krachtig middel om het vak te profileren en aantrekkelijk te maken voor toekomstige artsen. Er moeten meer mogelijkheden gecreëerd worden om wetenschap, opleiding, onderwijs en praktijk te integreren. De aioto-constructie is één van de mogelijkheden om de toekomstige vijver van wetenschappelijk opgeleide specialisten ouderengeneeskunde met expertise op een bepaald terrein uit te breiden.

WAT IS EEN AIOTO?

Dit is een arts in opleiding tot onderzoeker en specialist ouderengeneeskunde. Hij/zij combineert de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde met een promotieonderzoek. Voor zowel het opleidingsdeel als het onderzoeksdeel staat drie jaar, waardoor het gezamenlijke traject voltijds minimaal zes jaar duurt.

Bij andere specialistische opleidingen is dit al heel lang een bestaande constructie, ook wel bekend als agiko (arts in opleiding tot klinisch onderzoeker). Ook bij de huisartsenopleidingen is de aiotho (arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker) een ingeburgerd begrip. Er is zelfs een eigen netwerk van aiotho's, zie <http://www.lovah.nl/content.asp?kid=10014061>.

DE NOODZAAK VAN AIOTO'S

Er is zonder twijfel meer onderzoek nodig naar problemen die gepaard gaan met het ouder worden, een verhoogde ziektelast, functionele beperkingen en toenemende zorgafhankelijkheid, en de oplossingen daarvan. Vanuit ons specialisme is er maar een beperkt aantal artsen dat zich bezighoudt met wetenschappelijk onderzoek. Dit geldt voor de hele medische beroepsgroep, maar dit speelt ook op de universitaire afdelingen. Hierdoor is de capaciteit om nieuwe onderzoeksaanvragen te schrijven en jonge onderzoekers te begeleiden beperkt. Er is ook een tekort aan gepromoveerde

specialisten ouderengeneeskunde voor de ontwikkeling van onderzoeklijnen op universitaire afdelingen, en voor werkzaamheden ten behoeve van landelijke commissies, werkgroepen en richtlijnontwikkeling. Op dit moment komt veel werk neer op weinig schouders.

Bovendien nam binnen de opleiding van de specialist ouderengeneeskunde wetenschappelijk onderzoek een relatief kleine plaats in, waardoor potentiële gemotiveerde onderzoekers niet opvielen. Vanwege het weinig wetenschappelijk aanzien van ons specialisme, was de opleiding minder aantrekkelijk voor jonge artsen die op dit gebied wel ambitie hebben. De opleidingshoofden en hoogleraren van de drie universitaire centra die de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde organiseren (VUmc, UMCN, Leiden/LUMC) wilden deze vicieuze cirkel doorbreken door een aantal aios een gecombineerd traject aan te bieden. Wanneer deze aioto's afgestudeerd en gepromoveerd zijn, kunnen zij een rol spelen bij de verdere professionalisering en academisering van het specialisme.

LUIS IN DE PELS EN KERS OP DE TAART

In de praktijk zullen de instelling, opleiders, collega's en andere medewerkers ervaren dat een aioto andere competenties meebrengt. Hij/zij is meer analytisch ingesteld en stelt vaker vragen zoals: 'Is wat wij doen wel goed?' De aioto is gericht op innovatie. Daarnaast brengt de aioto op zijn/haar specifieke onderzoeksgebied ook de meest recente kennis mee. Werkenderwijs worden vaardigheden zoals zoeken van relevante literatuur en het gebruiken van de nieuwste behandelinzichten verspreid onder anderen. Er wordt van de opleidingsinstelling wel enige flexibiliteit gevraagd met betrekking tot de activiteiten die horen bij een promotietraject, zoals het bezoeken van een congres of het houden van presentaties waardoor de aios afwezig kan zijn.

Als gevolg van het modulair onderwijs maakt de aioto onderdeel uit van verschillende aios-groepen. Een groot voordeel voor de andere aios in de groep is dat er iemand uit de eigen peer-group aanspreekbaar is op de wetenschappelijke competentie. Voorbeelden hiervan zijn: kritisch lezen, het maken van CAT's, analyses en interpretaties in het kader van het wetenschappelijk leeronderzoek. Gepast gebruik

van een aioto in het onderwijs kan voor alle partijen voordelen opleveren. De ervaringen hierin zijn positief te noemen: er ontstaat meer enthousiasme voor wetenschappelijk onderzoek.

Hoewel het invoeren van de aioto slechts één onderdeel is van een pakket aan acties om het vak en de opleiding aantrekkelijker te maken, is de laatste twee jaar zowel een kwantitatieve als kwalitatieve groei bij de aanmeldingen voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde te zien. De aioto-constructie lijkt hier aan bijgedragen te hebben.

WIE ZIJN DE AIOTO'S?

- Annelore van Dalen-Kok (LUMC): Pijn en kwaliteit van leven bij dementie.
- Willemijn van Erp (UMCN): Vegetatieve/niet-responsief waaksyndroom (in het bijzonder prevalentie en langetermijnbeloop).
- Simone Hendriks (VUmc): Klinisch beloop dementie bij verpleeghuisbewoners.
- Janine van Kooten (VUmc): Pijn bij dementie.
- Ewout Smit (VUmc): Geriatrische revalidatie.

VOOR- EN NADELEN

De universitaire afdelingen hebben grote behoefte aan het aantrekkelijker maken van de wetenschap. Het rolmodel van de aioto kan hier een belangrijke rol in spelen. Een groot voordeel is ook dat op deze wijze specialisten ouderengeneeskunde kunnen promoveren. Het is veel ingewikkelder om dit te doen als men eenmaal werkzaam is als specialist ouderengeneeskunde omdat werkdruk, gezinsomstandigheden en herregistratie-eisen moeten concurreren met de eventuele wetenschappelijke ambities. Verder zal de aioto-constructie leiden tot versterking van de relatie tussen de secties wetenschap en opleiding binnen de universitaire afdelingen.

Een nadeel van een aioto-traject is de soms ingewikkelde logistieke afstemming van de twee trajecten. Er zijn bepaalde criteria waaraan voldaan moet worden. De start en einde van het traject is altijd de opleiding en de opleiding mag niet langer dan een jaar worden onderbroken. Dit betekent dat opleidings- en onderzoeksperioden elkaar afwisselen en de planning van de praktijkwerkplaatsen ingewikkelder wordt. Tot grote problemen heeft dit echter nog niet geleid.

DE FINANCIERING

Het streven is dat 5% van de aios een aioto-traject ingaat. Groot probleem is dat daar geen vaste financiële middelen voor zijn gereserveerd. De SBOH (werkgever van huisartsen in opleiding en specialisten ouderengeneeskunde in opleiding) heeft recent enige middelen ter beschikking gesteld, waardoor in 2011 drie aioto's konden starten. Daarnaast heeft de SBOH geld gereserveerd voor nog enkele aioto's. Deze gelden worden door een commissie van ZonMw middels een beoordelingsproces verdeeld.

Om de doelstelling van 5% aioto-trajecten te halen, moeten meer financieringsbronnen gevonden worden. Omdat er nauwelijks eerste geldstroom middelen (vanuit de universiteit) beschikbaar zijn en het aioto-traject van zes jaar meestal te lang is voor een tweede geldstroomconstructie, zal er actief in de derde geldstroom (collectebusfondsen, verzekeraars, zorgorganisaties) gezocht moeten worden om de doelen te realiseren. Er is hierin een belangrijke rol weggelegd voor de zorginstellingen. Daarnaast zijn de hoogleeraren binnen het specialisme ouderengeneeskunde samen met Verenso aan het bestuderen of er een mogelijkheid is voor een speciaal stimuleringsfonds ouderengeneeskunde.

CONCLUSIE

De aioto-constructie is een drijvende kracht achter het versterken van de professionalisering van het specialisme ouderengeneeskunde. De ervaringen zijn over het algemeen positief bij zowel aios, universiteit als praktijkomgeving. Punt van aandacht blijft wel de financiering. De komende jaren zal duidelijk worden of met vereende krachten deze nieuwe pijler in stand gehouden kan worden.

DANKBETUIGING

Met dank aan de SBOH voor het ondersteunen van dit initiatief en aan prof. dr. Raymond T.C.M. Koopmans (UMCN) voor het kritisch meelesen.

Correspondentieadres
a.h.van_dalen@lumc.nl

Relativiteitstheorie

Jacobien Erbrink



Peter keek om zich heen, niemand te zien bij de printer. Gelukkig. Snel griste hij de kleurige print van de nieuwsbrief uit de lade en stopte hem in zijn tas, om daarna meteen koers te zetten in de richting van zijn kamer. Afgelopen week had de afdeling communicatie een mail rondgestuurd met het verzoek om de nieuwsbrief niet meer uit te printen, en zeker niet in full-color. Om het milieu te sparen, schreven ze, maar Peter wist zeker dat milieu in dit geval een ander woord was voor geld. Hij vertikte het echter om de nieuwsbrief op het scherm te lezen voor die korte tijd dat hij nog in dienst zou zijn. Hoe minder tijd hij achter het scherm – of was het vóór het scherm? – doorbracht, hoe liever het hem was. En niet dat hij stiekem wilde doen, maar hij had ook geen zin om deze strategie steeds te moeten uitleggen. Dat gaf hem een onaangenaam groeiend gevoel van vervreemding.

Op zijn kamer haalde hij de nieuwsbrief tevoorschijn. Een man met een golvende bos haar en een tandpastaglimlach stond groot op de voorpagina. De nieuwe bestuurder. Peter voelde hoe een lichte afgunst hem bekroop bij de aanblik van die volle bos haar. Zou die echt zijn? Het was verreweg de meest imponerende haardos die hij ooit in zijn loopbaan had gezien bij een bestuurder. Als de hoeveelheid haar ook maar iets zou zeggen over 's mans avonturenzin, dan ging de stichting een wilde tijd tegemoet. Hij voelde een zekere opluchting bij het idee dat hij dat niet meer zou meemaken als werknemer, dat hij niet meer mee hoefde te varen op de golven van bestuurlijke hypes en managementmode. Daar had hij genoeg van. Van eenkoppig naar tweekoppig, en weer terug naar eenkoppig. Van locatiedirecteur naar programmadirecteur naar directieteam en weer terug, van directief divergerend naar integraal coachend management en zometeen door naar vitaal management – wat zoveel betekende als 'af en toe naar een paar zelfsturende teams wuiven'. Zelfsturende teams hadden geen manager meer nodig, heette het ten burele van de huidige directie. Hij had meteen protest aangetekend tegen deze extreem utopische gedachte. Zonder resultaat overigens. Nee, Fikkie mocht deze portie gerust van hem hebben.

Snel bladerde hij de nieuwsbrief verder door en scheurde hem daarna resoluut in vieren. De snippers deponeerde hij in de papierbak, waarvan het bestaansrecht tot zijn vreugde nog niet betwist werd. Hij raadpleegde zijn horloge. Kwart

over vier. Nog drie kwartier om de laatste kast te ontruimen. Hij tilde de eerste ordner van de plank, waarbij het binnenwerk meteen los kwam en de inhoud met een klap op zijn bureau viel. Stof dwarrelde in het rond. Vergeefs wapperde hij het weg met zijn handen. Kuchend trok hij de ordner naar zich toe met de bedoeling het papier linea recta de papierbak in te schuiven, maar zijn oog viel op het woord 'noötropil'. Een archaïsch middel! Noötropil. En zo'n exotisch woord, met al die oo's. Bij neurologie had hij dat ooit regelmatig voorgeschreven, maar nu gebruikte hij het al lang niet meer. Ineens nieuwsgierig pakte hij het Kompas erbij. Het stond er nog in, de noötropil, maar wel in het rood. Ha! Zie je wel! Triomfantelijk sloot hij het Kompas weer.

Geïntregeerd las hij verder in de eerste brief uit de ordner. Tagamet 800 mg. Bestond dát dan eigenlijk nog?? Snel keek hij in het Kompas. Nee, het stond er niet meer in. Wel cimetidine, maar dat schreef hij tegenwoordig nooit meer voor. De brief eindigde met bedrust en Glifanan. Bedrust bij rugklachten? Dat leek hem totaal achterhaald. En Glifanan was uit de handel, dat wist hij toch bijna zeker. Hoofdschuddend leunde hij achterover in zijn stoel. Het was een brief met volledig obsoleete adviezen! Bij die gedachte vloeide alle energie acuut uit hem weg.

Jarenlang had ook hij vol overtuiging medicijnen voorgeschreven die vervolgens resoluut afgeserveerd waren. *Evidence based* in het veld gebracht en net zo *evidence based* weer opzij gezet. *Evidence* was niets meer dan een momentopname, een waan van een dag, een fase op weg naar een volgende werkelijkheid. Het was alsof hij zichzelf en zijn medische wetenschap plotseling in een heel nieuw licht zag. Een nogal relativerend licht. Zo relativerend dat hij zich ineens nutteloos voelde. Met moeite prutste hij de inhoud van de ordner nog in de papierbak. Hij wilde heel graag dat dit zijn laatste dag zou zijn.

Correspondentieadres
j.erbrink@vanneynsel.nl

AMUSE

Zoekfilters voor ouderengeneeskunde*

Gemakkelijk literatuur vinden in Pubmed

Drs. Esther M.M. van de Glind, arts-onderzoeker, aios klinische geriatrie afdeling Interne geneeskunde, sectie ouderengeneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; Dutch Cochrane Centre

Dr. Barbara C. van Munster, internist-ouderengeneeskunde en klinisch epidemioloog, afdeling interne geneeskunde, sectie ouderengeneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; afdeling geriatrie, Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn

Drs. René Spijker, informatiespecialist Medische Bibliotheek, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; Dutch Cochrane Centre

Prof. dr. Rob J.P.M. Scholten, arts-epidemioloog, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; Dutch Cochrane Centre

Dr. Lotty Hooft, klinisch epidemioloog, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; Dutch Cochrane Centre

*Artikel oorspronkelijk gepubliceerd in: *J Am Med Inform Assoc.* 2012 May-Jun;19(3):468-72.¹ Epub 2011 Sep 23.¹ Zoekfilters en handleiding zijn te vinden op: www.cochrane.nl.

INLEIDING

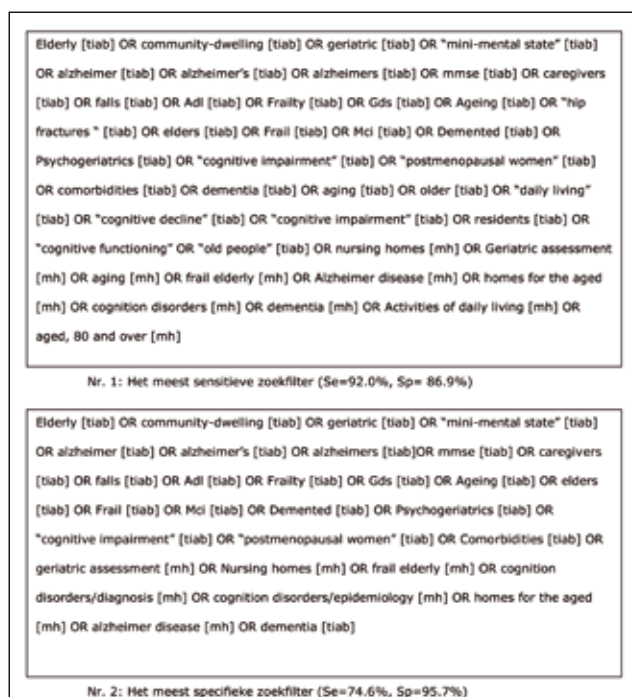
De westerse bevolking vergriest in snel tempo, wat grote gevolgen heeft voor de gezondheidszorg. Geriatrie patiënten hebben vaak meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd, gebruiken veel medicatie en hebben soms ook cognitieve en functionele beperkingen.² Tevens zijn ouderen kwetsbaarder voor bijwerkingen van medicatie door verminderde orgaanfunctie.³ Om deze redenen is de zorg voor ouderen ingewikkeld. Om de beste zorg te kunnen bieden die gebaseerd is op klinisch-wetenschappelijk bewijs (evidence) zouden artsen in staat moeten zijn om snel en laagdrempelig relevante informatie te verkrijgen. Dit kan bestaan uit geaggregeerde evidence zoals richtlijnen en systematische reviews, maar die zijn niet voor alle onderwerpen beschikbaar. Soms zijn richtlijnen of reviews

SAMENVATTING

Zoeken naar relevante literatuur is moeilijk. Om dit proces te vergemakkelijken hebben we zoekfilters ontwikkeld om artikelen over ouderengeneeskunde die gepubliceerd zijn in Pubmed snel en gemakkelijk te vinden. We maakten gebruik van een referentieset bestaande uit 2.255 artikelen gelabeld als relevant of niet-relevant voor de geriatrie geneeskunde. Vanuit de relevante artikelen werden vervolgens zoektermen geïdentificeerd om een sensitief en een specifiek zoekfilter samen te stellen. Met het meest sensitieve zoekfilter werd 92,0% van de relevante artikelen geïdentificeerd (sensitiviteit) en moesten 1,40 titels gescreend worden om één relevant artikel te vinden (number-needed-to read (NNR)). Het meest specifieke zoekfilter vond slechts 4,3% van de niet-relevante artikelen (specificiteit 95,7%). Het had een NNR van 1,15. Onze geriatrie zoekfilters vereenvoudigen het zoeken naar relevante literatuur en dragen daardoor bij aan een evidence-based onderbouwing van de zorg voor ouderen.

al enige jaren geleden verschenen; dan kan het nodig zijn deze te actualiseren door zelf op zoek te gaan naar recenter gepubliceerde primaire studies.

Veel artsen en andere beroepsgroepen werkzaam in de ouderengeneeskunde vinden het echter moeilijk om deze informatie te vinden.⁴ Hiervoor zijn meerdere redenen aan te wijzen. Ten eerste is ouderengeneeskunde een breed vakgebied dat overlapt met onder andere interne geneeskunde, neurologie en psychiatrie. Hierdoor is relevante informatie te vinden in een breed spectrum van tijdschriften. Daarbij komt dat de beschikbare informatie snel toeneemt en dat de tijd die artsen hebben om informatie te zoeken, beperkt is. Databases zoals PubMed indexeren alle artikelen met Medical Subject Headings (MeSH terms). Dit indexeren gebeurt echter niet altijd consequent en het duurt een tijd voordat alle nieuw gepubliceerde artikelen geïndexeerd zijn.^{5,7} Alleen zoeken met behulp van Mesh-termen is dan ook niet voldoende.



Figuur 1. The Search Strategies.

Met een zoekfilter dat speciaal ontwikkeld is voor geriatrie zouden artsen, beleidsmakers en informatiespecialisten sneller en gemakkelijker relevante literatuur kunnen vinden dan met een algemene zoekactie in de database. Ook kan dit zoekfilter gebruikt worden voor het zoeken naar literatuur voor een Critical Appraised Topic (CAT). Een zoekfilter bestaat uit een lijst van termen over een bepaald onderwerp of studietype (zie figuur 1). Bij een zoekactie moet dan een inhoudelijke zoekterm (bijvoorbeeld 'heart failure') gecombineerd worden met het geriatrisch zoekfilter om zodoende relevante informatie over hartfalen relevant voor de oudere patiënt te vinden. Ook geeft een gevalideerd zoekfilter meer zekerheid dat zo veel mogelijk relevante informatie wordt gevonden.

Veel artsen vinden het moeilijk om efficiënt te zoeken naar literatuur

DOEL

Het doel van deze studie was het ontwikkelen van gebruiksvriendelijke zoekfilters waarmee op een gemakkelijke manier relevante geriatrische artikelen gevonden kunnen worden in PubMed. Daarnaast wilden we de zoekfilters testen om uit te vinden wat de sensitiviteit, specificiteit en number-needed-to-read (NNR) waren. Met deze laatste is het mogelijk om een indicatie te geven over de gebruiksvriendelijkheid van het filter, omdat het aangeeft hoeveel artikelen u moet screenen om één relevant artikel te vinden.

Een specifiek filter heeft als kenmerk dat het weinig niet-relevante artikelen zal vinden; het zal echter mogelijk wel enkele relevante artikelen missen. Een sensitief filter heeft als kenmerk dat het vrijwel alle relevante artikelen zal vinden. Hierbij wordt dan een groter aantal irrelevante artikelen op de koop toe genomen, wat een hogere NNR oplevert. Het specifieke zoekfilter is bruikbaar voor degene die een snel antwoord wil op een klinische vraag en het niet erg vindt mogelijk artikelen te missen; het sensitieve filter is geschikt voor de onderzoeker die een systematische review wil schrijven waarbij geen enkel relevant artikel gemist mag worden.

Onze onderzoeksvragen waren:

1. Wat is het meest specifieke filter?
2. Wat is het meest sensitieve filter?
3. Hoe bruikbaar zijn de zoekfilters?

METHODEN

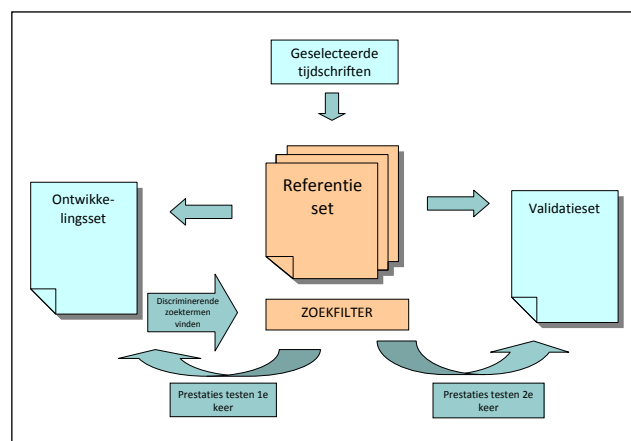
Opbouw van de referentieset

De zoekfilters zijn gemaakt voor MEDLINE in de PubMed interface, omdat dit de meest gebruikte database is en bovendien vrij toegankelijk. Om de filters te ontwikkelen en te testen hadden we een 'gouden standaard' nodig. Deze gouden standaard werd gevormd door een referentieset die

bestond uit relevante en niet-relevante artikelen voor de geriatrie uit Amerikaanse en Britse tijdschriften met een hoge impact factor (zie figuur 2). Deze artikelen werden gekozen na raadpleging van specialisten over welke artikelen zij gebruiken in de praktijk. Alle soorten artikelen die verschenen waren in deze tijdschriften in het laatste kwartaal van 2009 werden meegenomen, met uitzondering van 'letters to the editor'.

Twee van de auteurs hebben alle tijdschriften onafhankelijk van elkaar handmatig doorzocht en scoorden elk artikel als relevant of niet-relevant voor geriatrie. Wanneer deze beide auteurs het niet eens konden worden, werd een derde auteur geraadpleegd. Artikelen werden beoordeeld als relevant voor geriatrie als ze de zogenaamde 'geriatric giants' bespraken (i.e. incontinentie, immobiliteit, instabiliteit en cognitieve achteruitgang)^{8,9}, of een aandoening beschreven die specifiek is voor oudere leeftijd, of als de onderzochte populatie gemiddeld 70 jaar of ouder was. De overige artikelen werden gelabeld als niet-relevant voor geriatrie.

De referentieset werd gesplitst in twee delen; het eerste deel vormde de ontwikkelingsset en het tweede deel de validatieset. De ontwikkelingsset werd gebruikt om onderscheidende tekstwoorden, frasen en MeSH-termen te vinden waaruit de zoekfilters werden opgebouwd, en om de prestaties van de filters te bepalen. De validatieset werd gebruikt om de prestaties van het filter een tweede, onafhankelijke keer te testen (zie figuur 2).



Figuur 2.

Het maken van de zoekfilters

Met behulp van twee computerprogramma's (Pubreminer¹⁰ en Termine¹¹) hebben we een analyse gedaan van de frequentie waarin woorden voorkwamen in de artikelen in de ontwikkelingsset. Uit de zoektermen die alleen in de relevante artikelen voorkwamen en niet in de niet-relevante artikelen werd het specifieke filter opgebouwd. Het sensitieve filter werd gemaakt door termen toe te voegen aan het specifieke filter die veel vaker voorkwamen (>5x) in de relevante artikelen dan in de niet-relevante artikelen.

Tabel 1. Het berekenen van de prestaties van een zoekfilter.

		Referentieset	
		Artikel voldoet aan criteria (relevant)	Artikel voldoet niet aan criteria (niet-relevant)
Zoekfilter	Artikel gevonden	a (terecht positieven)	b (fout positieven)
	Artikel niet gevonden	c (fout negatieven)	d (terecht negatieven)

Sensitiviteit = $a/(a+c)$; Specificiteit = $d/(b+d)$; Precisie = $a/(a+b)$; NNR = $1/Precisie$.

Het testen van de zoekfilters

Om de prestaties van de filters te testen hebben we met de zoekfilters gezocht in de eerste helft van de referentieset, de ontwikkelingsset. Door te bekijken hoeveel van de artikelen in het zoekresultaat gelabeld waren als relevant, konden we de prestaties berekenen, namelijk de sensitiviteit, de specificiteit en de number-needed-to-read (NNR).

Als een artikel wel gevonden werd door het zoekfilter en was aangemerkt als relevant, was dit een terecht positief resultaat. Als een artikel niet werd gevonden door het filter en ook niet aangemerkt was als relevant, was dit een terecht negatief resultaat. Een fout positief resultaat betreft een niet-relevant artikel dat onterecht is gevonden door het zoekfilter. Een fout negatief resultaat is een artikel dat niet gevonden is door het zoekfilter maar wel relevant was. De precisie geeft aan hoeveel van de artikelen in het zoekresultaat voldoen aan de criteria voor relevantie. De NNR wordt berekend door de één te delen door de precisie en geeft aan hoeveel artikelen een zoeker moet screenen om één relevant artikel te vinden (zie tabel 1).

Resultaten

De referentieset bestond uit 2.255 artikelen gehaald uit 22 tijdschriften. De ontwikkelingsset bestond uit 1.062 artikelen en de validatieset bestond uit 1.193 artikelen. Volgens onze criteria bevatten 567 (25,1%) van de artikelen relevante geriatrische informatie, de overige 1.688 (74,9%) werden geclassificeerd als niet-relevant voor de geriatrie.

De frequentieanalyse leverde in totaal 20 vrije tekst woorden op, daarnaast tien MeSH-termen en vijf combinaties van zoektermen (zoals 'activities of daily living'). Uit deze zoekwoorden stelden we het specifieke filter samen. Voor het sensitieve filter voegden we tien zoektermen toe aan het specifieke filter die volgens de frequentieanalyse >5x

vaker voorkwamen in de lijst met relevante artikelen dan in de niet-relevante artikelen. De zoekfilters zijn te vinden in figuur 1.

Het sensitieve filter (nummer 1) had een sensitiviteit van 92% en een specificiteit van 86,9% in de ontwikkelingsset met min of meer dezelfde resultaten in de validatieset. Het vond 254 van de 276 relevante artikelen en miste slechts 22 artikelen (fout-negatieven). Het had een NNR van 1.41 (zie tabel 2). Het specifieke filter (nummer 2) had een specificiteit van 95,7%, een sensitiviteit van 74,6% en een NNR of 1.17. Het filter identificeerde onterecht slechts 33 (4,3%) van de 784 niet-relevante artikelen (fout-positieven). De resultaten in de validatieset waren min of meer gelijk.

DISCUSSIE

Vanwege de hoge sensitiviteit (92,0%) is ons sensitieve filter (nummer 1, zie figuur 1) heel geschikt voor de clinicus of onderzoeker die zo veel mogelijk van de beschikbare informatie wil vinden en zo weinig mogelijk wil missen. Het zoekfilter is ook gebruiksvriendelijk, omdat de NNR laag is (1.41). Het meest specifieke filter (nummer 2, zie figuur 1) had een hoge specificiteit (95,7%) en een nog lagere NNR van 1.17. Daarom is dit zoekfilter zeer geschikt voor de arts die beperkte tijd heeft en snel een antwoord wil op een klinische vraag. Het hangt van het doel van de zoekactie welk filter het meest geschikt is.

Een sterk punt van onze studie is dat we de referentieset hebben samengesteld na het raadplegen van specialisten. Hierdoor verhoogden we de kans dat de zoektermen en MeSH-termen die we hebben gebruikt relevant zijn voor geriatrie. Daarnaast hebben we met behulp van computerprogramma's systematisch gezocht naar bruikbare zoektermen van waaruit het zoekfilter is opgebouwd. Dit zorgt voor betere prestaties en betrouwbaarheid van het zoekfilter.

Tabel 2. Prestaties van het sensitieve en specifieke zoekfilter.

Prestaties (95% BI)	Zoekfilter			
	Nr 1. Sensitief		Nr 2. Specifiek	
	O	V	O	V
Sensitiviteit (%)	92.0 (88.8-95.2)	94.8 (92.3-97.4)	74.6 (69.5-79.8)	75.3 (70.3-80.2)
Specificiteit (%)	86.9 (84.5-89.2)	88.7 (86.7-90.8)	95.7 (94.2-97.0)	96.0 (94.6-97.2)
Precisie (%)	71.1 (66.4-75.8)	73.0 (68.5-77.5)	85.8 (81.4-90.2)	85.5 (81.2-89.9)
NNR	1.41 (1.32-1.50)	1.40 (1.29-1.46)	1.17 (1.11-1.22)	1.17 (1.11-1.23)

BI = betrouwbaarheidsinterval; NNR = number-needed-to-read; O=Ontwikkelingsset; V= Validatieset.

Doordat we de referentieset hebben opgesplitst in een ontwikkelingsset en een validatieset waren we in staat om het zoekfilter een tweede maal te testen in een onafhankelijke set van artikelen. De resultaten van de zoekfilters kwamen goed overeen in de ontwikkelings- en de validatieset, hetgeen betekent dat ze ook in een nieuwe, onafhankelijke set goed functioneren.

Een mogelijke beperking is dat we de zoekfilters hebben gemaakt met behulp van een referentieset die voornamelijk bestond uit artikelen met geriatrische informatie. Dit kan geleid hebben tot een overschatting van de precisie (i.e. het aantal relevante artikelen in het zoekresultaat). Echter, een kleine daling in de precisie wanneer onze zoekfilters in PubMed worden toegepast is aanvaardbaar, omdat de precisie in onze testsituatie heel hoog was. Verder moet nog worden opgemerkt dat de kwaliteit van een zoekactie afhangt van alle onderdelen. Ook de onderwerp-specifieke termen waarmee de zoekfilters worden gecombineerd moeten goed opgesteld zijn. Ook moet worden opgemerkt dat de gevonden informatie altijd getoetst moet worden op relevantie en kwaliteit. Uiteraard is een zoekfilter niet in staat om informatie te vinden die niet beschikbaar is omdat dit nooit is gepubliceerd.¹² Het zoekfilter kan gecombineerd worden met andere filters die beschikbaar zijn in PubMed via Clinical Queries. Op deze manier wordt het mogelijk specifiek te zoeken naar gerandomiseerde gecontroleerde trials of systematische reviews die over ouderengeneeskunde gaan.

Uit de literatuur is ons één ander leeftijdspecifiek filter bekend, dat van Kastner et al.¹³ Dit filter is anders opgebouwd dan het onze. Kastner et al includeerde alleen artikelen die patiënten betroffen in de leeftijdscategorie, terwijl wij ook artikelen includeerden die kenmerkend waren voor geriatric (bijvoorbeeld over dementie). Deze artikelen zouden waarschijnlijk niet zijn gevonden met het leeftijdsspecifieke zoekfilter van Kastner. Onze filters zijn waarschijnlijk beter in staat om algemene geriatrische informatie te vinden. Als het doel van de zoekactie is om artikelen te vinden voor mensen in een bepaalde leeftijdscategorie zijn de zoekfilters van Kastner et al mogelijk ook bruikbaar.

De implementatie van ons zoekfilter is erg belangrijk, omdat zo alleen duidelijk kan worden of de zoekfilters bruikbaar zijn in de praktijk of nog verdere aanpassing behoeven. De zoekfilters zijn gepubliceerd op internet (www.cochrane.nl) tezamen met een duidelijke handleiding. Zodoende kunnen gebruikers het zoekfilter kopiëren naar het zoekvenster van PubMed en het zo gemakkelijk gebruiken. Ook hebben we de zoekfilters getest met behulp van een referentielijst die is samengesteld door studenten van de European Medical Academy of Aging (EAMA). We hebben getest of onze zoekfilters in staat waren de referenties te vinden die door de studenten als relevant werden aangemerkt. Dit bleek het geval in meer dan 92% van de gevallen.¹⁴

CONCLUSIE

Onze zoekfilters kunnen bijdragen aan een meer op wetenschappelijk bewijs (evidence) gebaseerde behandeling voor de oudere patiënt, omdat ze het vinden van relevante literatuur kunnen vergemakkelijken. Ook wordt het zoeken in PubMed op deze manier efficiënter.

LITERATUURLIJST

1. Glind EM van de, Munster BC van, Spijker R, Scholten RJ, Hooft L. Search filters to identify geriatric medicine in Medline. *J Am Med Inform Assoc* 2012 May 1;19(3):468-72.
2. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002 Nov 11;162(20):2269-76.
3. Bowie MW, Slattum PW. Pharmacodynamics in older adults: a review. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007 Sep;5(3):263-303.
4. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Chambliss ML, Vinson DC, Stevermer JJ, et al. Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. *BMJ* 2002 Mar 23;324(7339):710.
5. Young S, Duffull SB. A learning-based approach for performing an in-depth literature search using MEDLINE. *J Clin Pharm Ther* 2011 Aug;36(4):504-12.
6. Fine EV, Bliss DZ. Searching the literature: understanding and using structured electronic databases. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2006 Nov;33(6):594-605.
7. Funk ME, Reid CA. Indexing consistency in MEDLINE. *Bull Med Libr Assoc* 1983 Apr;71(2):176-83.
8. Gladman J, Donald W, Primrose W, Turnbull C. Geriatricians and the Management of Long-Term Conditions. *British Geriatrics Society*; 2010 Mar 1.
9. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR, Lynch JE, Dunstan E, Espallargues M, et al. A multi-centre European study of factors affecting the discharge destination of older people admitted to hospital: analysis of in-hospital data from the ACMEplus project. *Age Ageing* 2005 Sep;34(5):467-75.
10. Koster JB. Pubmed Reminer. Detailed analysis of PubMed Search results. Webbased application. <http://hgserver2.amc.nl/cgi-bin/miner/miner2.cgi> (bekeken Januari 2013).
11. Frantzi K, Ananiadou S, Mima H. Automatic recognition of multi-word terms. *International Journal of Digital Libraries* 2010;3(2):117-32.
12. Scholten RJ, Hooft L. Einde aan selectieve publicatie nog niet in zicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012;156(16):A4848.
13. Kastner M, Wilczynski NL, Walker-Dilks C, McKibbin KA, Haynes B. Age-specific search strategies for Medline. *J Med Internet Res* 2006;8(4):e25.
14. Munster BC van, Glind EM van de, Hooft L. Searching for evidence-based geriatrics: tips and tools for finding evidence in the medical literature. *European Geriatric Medicine* 2012.

Correspondentieadres
e.m.vandeglind@amc.uva.nl

Publicatiebias

Dr. Lotty Hoofst, klinisch epidemioloog – Dutch Cochrane Centre, Academisch Medische Centrum te Amsterdam

Niet alle resultaten van wetenschappelijk onderzoek verschijnen in de medische tijdschriften, maar slechts een selectie hiervan. Onderzoekers, wetenschappelijke redacteurs en farmaceutische bedrijven zijn geneigd om vooral grote studies met een ‘belangrijke’ bevinding (een positief of significant resultaat) te publiceren, ongeacht de methodologische kwaliteit van de studies.¹ Kleine studies waarin geen effect van een nieuwe interventie (ondersteuning van de nulhypothese) of zelfs een nadelig effect wordt gevonden, hebben een relatief grote kans om ongepubliceerd te blijven. Statistisch significante resultaten hebben zelfs een drie keer zo hoge kans om gepubliceerd te worden dan studies met een niet-significant of onduidelijk resultaat.² De consequenties hiervan kunnen groot zijn: de werkzaamheid van een interventie kan worden overschat en de bijwerkingen juist onderschat.³ Deze vertekening wordt *publicatiebias* genoemd. Publicatiebias treedt ook op door *selectieve rapportage* wanneer de positieve en significante uitkomstmaten binnen een onderzoek worden gerapporteerd en niet de negatieve of niet-significante uitkomsten.

WAAROM EEN PROBLEEM?

Systematische reviews van klinisch wetenschappelijk onderzoek leveren een volledig en geactualiseerd overzicht van de stand van zaken over de werkzaamheid en de bijwerkingen van een bepaalde interventie, en hebben een sleutelrol gekregen in evidence-based gezondheidszorg en richtlijnontwikkeling. Cochrane reviews gelden dankzij hun strikte methodologie en hoge kwaliteit als de ‘gouden standaard’.

Een systematische review levert echter alleen een valide overzicht op als alle uitgevoerde onderzoeken daarin opgenomen zijn. Het selectief ontbreken van gegevens kan leiden tot niet optimaal onderbouwde of zelfs onjuiste beslissingen, schade bij patiënten en verspilling van middelen. Het bekendst is ongetwijfeld de affaire die in 2008 speelde rond de Amerikaanse farmaceut Merck, dat zijn pijnstillers vijf jaar na de introductie alweer van de markt haalde.⁴ Nieuw klinisch onderzoek had namelijk duidelijk gemaakt dat het middel weliswaar goed werkte tegen pijn, maar tegelijkertijd de kans op een hartaanval of beroerte flink vergrootte. Opvallend genoeg hadden eerdere trials uitgevoerd door Merck zelf deze ernstige bijwerkingen nooit aan het licht gebracht. Een ander voorbeeld betreft het antidepressivum reboxetine. Dit middel zou op grond van de gepubliceerde onderzoeksresultaten niet méér bijwerkingen hebben dan placebo. Wanneer echter ook de niet-gepubliceerde onderzoeken meegenomen werden, bleek reboxetine tweemaal zoveel bijwerkingen te geven.⁵

OORZAKEN

Het publicatiegedrag van onderzoekers is deels te verklaren door de sturing op ‘onderzoekoutput’. Het aantal publicaties in toonaangevende internationaal wetenschappelijke tijdschriften en de citaties naar deze artikelen bepalen namelijk in toenemende mate de carrière van onderzoekers. Het verkrijgen van status en het werven van onderzoeksgelden zijn in belangrijke mate afhankelijk geworden van deze prestatiecriteria. Het publicatiegedrag van onderzoekers is daarom invoelbaar.

Wetenschappelijke tijdschriften lijken een voorkeur te hebben voor studies waarmee ze (meer) aandacht in de media kunnen genereren zoals onderzoeken met positieve, significante resultaten of juist studies waarin aangetoond wordt dat een bepaalde behandeling toch niet werkt of een bepaalde bijwerking juist niet optreedt.⁶

Farmaceutische bedrijven hebben geen belang bij het publiceren van resultaten waaruit blijkt dat hun middel niet werkt. Hierdoor zullen zij eerder geneigd zijn om onderzoeksresultaten selectief naar buiten te brengen.

SELECTIEVE PUBLICATIE

Selectieve rapportage en publicatie van wetenschappelijke resultaten kan ernstige consequenties hebben voor de waarheidsvinding over de effectiviteit en bijwerkingen van interventies. Als mogelijke oplossing voor publicatiebias werden zogenoemde *prospectieve trialregisters* in het leven geroepen. De International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) heeft in 2005 besloten alleen nog manuscripten ter publicatie in overweging te nemen als het onderzoek vooraf was geregistreerd in een erkend openbaar register.⁷ Dit heeft geleid tot een enorme toename van het aantal geregistreerde onderzoeken en de relevante kenmerken van deze onderzoeken.⁸ Hierdoor kan inzicht verkregen worden in het onderzoek dat uitgevoerd wordt, of de onderzoeksresultaten gepubliceerd worden, en of de uitkomsten niet veranderd of weggelaten zijn in publicaties. Een punt van aandacht hierbij is dat 38% van de gepubliceerde onderzoeken in ICMJE tijdschriften nog steeds *niet* zijn geregistreerd.⁹ Het ultieme streven is dat alle trials vóóraf zullen worden geregistreerd en dat elke publicatie van de resultaten verwijst naar de registratie in een trialregister.

Een ander aan publicatiebias gelieerd probleem is de zogenaamde ‘conflict of interest’: persoonlijke of financiële belangen die de resultaten of de interpretatie van onderzoek hebben kunnen beïnvloeden. Tegenwoordig dienen onder-

zoekers daarom standaard melding te maken van eventuele strijdige belangen in hun wetenschappelijke publicaties en presentaties.

CONSEQUENTIE VOOR DE LEZER

Bij het lezen en beoordelen van publicaties van primaire onderzoeken of systematische reviews – bijvoorbeeld voor een *'critically appraised topic'* (CAT) – is het raadzaam om een kritische houding aan te nemen ten aanzien van de eerste publicatie die verschijnt over een gunstig effect van een behandeling of een positieve associatie tussen een blootstelling en een uitkomst. Registratiegegevens van trials kunnen worden vergeleken met die in het gepubliceerde artikel om zo selectieve publicatie van uitkomsten op het spoor te komen. Om het risico op vertekening te beoordelen zijn tools ontwikkeld, zoals de Cochrane Risk of Bias tool.

Daarnaast is kennis over mogelijke belangenverstrengelingen nuttig voor het interpreteren van de resultaten; in een wetenschappelijk publicatie is deze informatie te vinden onder het kopje 'conflict of interest'. Verder kan tijdens het lezen van een systematische review beoordeeld worden of technieken zijn gebruikt om publicatiebias binnen de meta-analyse aan te tonen, en of niet-gepubliceerde data zijn opgevraagd bij de desbetreffende onderzoeksgroepen en meegenomen in de meta-analyse.

TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

Prospectieve trialregisters hebben hun bestaansrecht bewezen en zijn wereldwijd beschikbaar. Echter, zij kunnen het probleem dat ontstaat als gevolg van selectieve publicatie van onderzoeksresultaten maar gedeeltelijk oplossen. Om inzicht te krijgen in *alle* beschikbare onderzoeksresultaten zou toegang tot de volledige onderzoeksprotocollen en geanonimiseerde individuele patiëntgegevens verreweg de mooiste oplossing zijn. Het oprichten van resultatendatabases lijkt een voor de hand liggende volgende stap. Dergelijke databases maken flexibele meta-analyses mogelijk en leveren een zeer actueel overzicht van alle informatie over uitgevoerd medisch-wetenschappelijk onderzoek.

Een recente ontwikkeling die hierop aansluit is het 'AllTrials initiative': een oproep tot het registreren van *alle* trials ('past and present') en openbaar maken van *alle* onderzoeksresultaten.

Deze campagne is een initiatief van Bad Science (Ben Goldacre), en een aantal wetenschappelijke tijdschriften en organisaties waaronder de Cochrane Collaboration. Hopelijk leidt dit initiatief tot het ultieme doel: evidence-based beslissingen in de gezondheidszorg die gebaseerd zijn op *alle* resultaten en niet slechts een selectie daarvan.

LITERATUUR

1. Song F, Parekh S, Hooper L, Loke YK, Ryder J, Sutton AJ, et al. 'Dissemination and publication of research findings: An updated review of related biases'. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 2010;14 (8): iii, iix–xi, iix–193. doi:10.3310/hta14080. PMID 20181324.
2. Dickersin K, Chan S, Chalmers TC, et al. Publication bias and clinical trials. *Controlled Clinical Trials* 1987;8 (4):343–353.
3. Kirsch I. Antidepressants and the placebo response. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009 Oct-Dec;18(4):318–22.
4. Courts Reject Two Major Vioxx Verdicts, *The New York Times*, May 30, 2008.
5. Eyding D, Lelgemann M, Grouven U, et al. Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials. *BMJ*. 2010;341:c4737.
6. Luijendijk HJ, Koolman X. The incentive to publish negative studies: how beta-blockers and depression got stuck in the publication cycle. *Journal of Clinical Epidemiology* 65. 2012;488e492.
7. Deangelis CD, Drazen JM, Frizelle FA, Haug C, Hoey J, Horton R, et al. International Committee of Medical Journal Editors. Is this clinical trial fully registered? A statement from the International Committee of Medical Journal Editors. *JAMA*. 2005 Jun 15;293(23):2927–9.
8. Ghersi D, Pang T. From Mexico to Mali: four years in the history of clinical trial registration. *J Evid Based Med*. 2009;2:1–7.
9. Wetering FT van de, Scholten RJ, Haring T, Clarke M, Hooft L. Trial registration numbers are underreported in biomedical publications. *PLoS One*. 2012;7(11):e49599.

Correspondentieadres

l.hooft@amc.uva.nl

Trazodon voor slaapproblemen bij dementie

Lakshmi P. Dhakal, aios-ouderengeneeskunde, Verpleeghuis Slotervaart/Gerion, Amsterdam

KLINISCHE SITUATIE

Bij een patiënt, opgenomen op de kleinschalige woning met dementie, is er sprake van slaapproblematiek, ze heeft met name een doorslaapprobleem. Verschillende niet-medicamenteuze interventies werden toegepast, waarop geen effect werd gezien. Een benzodiazepine werd voorgeschreven, maar dit gaf onvoldoende effect en een verhoogd valrisico. Uiteindelijk werd als proefbehandeling met trazodon gestart. Hierop werd een positief effect gesignaleerd.

Slaapproblemen komen vaak voor bij ouderen met dementie.¹ Hierdoor lopen ze risico op het ontwikkelen van gedragsproblemen, vallen en institutionalisering.² Slaapproblemen bij dementie zijn en zullen een complexe zorgproblematiek blijven.³ Ondanks multidisciplinaire en non-pharmacologische behandelmogelijkheden⁴ krijgen vele patiënten met dementie medicatie voorgeschreven ter bevordering van slaap.⁵ Er is veel literatuur over de medicamenteuze behandeling met benzodiazepines⁶, melatonine⁷, zolpidem⁸, SSRIs⁹ en voordelen en nadelen hiervan op de kwaliteit van leven. Er is geen significante evidence dat het ene middel superior is aan het andere.

Naar aanleiding van de casus werd er een literatuur-search gedaan en een artikel kritisch beoordeeld met de volgende vraagstelling: Wat is de effectiviteit van trazodon op slaapproblemen bij patiënten met dementie?

ZOEKSTRATEGIE EN RESULTATEN

- Pubmed werd doorzocht met verschillende combinaties van de volgende zoektermen: dementia, sleep disorder, sleep problem, treatment and trazodon.
- Geselecteerde limits waren: Engelse en Nederlandse taal, gepubliceerd in de laatste 10 jaar (om inzicht in de ontwikkelingen in het laatste decennium te krijgen), en meta-analyse, randomized clinical trials en review.
- De literatuursearch leverde vijf potentieel relevante artikelen op. Door het lezen van het abstract werden deze artikelen gescreend. Alleen het artikel door Camargos et al.¹⁰ leek mijn vraagstelling (deels) te beantwoorden en deze wordt hieronder besproken.

METHODEN EN UITKOMSTEN

Het betreft een retrospectieve cohortstudie, uitgevoerd in 2008, op een geriatrische afdeling van een universiteitsziekenhuis in Brazilië bij 178 patiënten met dementie die een jaar lang gevolgd zijn. Van deze mensen kregen 68 slaapproblemen (NPI) bij dementie (DSM-IV). Patiënten voldeden aan het criterium van slaapproblemen als er sprake was van klachten van een slaapprobleem, als de mantelzorg slaapproblemen rapporteerde of de mantelzorg uitgeput raakte door slaapproblemen van patiënten. Geëcludeerd werden de patiënten die minder dan een jaar gevolgd konden worden en patiënten met somatische oorzaken van cognitieve stoornissen.

Van de patiënten was tweederde vrouw. De gemiddelde leeftijd was 79,64%, had de ziekte van Alzheimer, 38,2% had slaapproblemen aan het eind van de studie en 85% gebruikte hypnosedativa. Van alle hypnosedativagebruikers, gebruikte eenderde trazodon. Eén patiënt kreeg 100mg per dag trazodon toegediend, de overige patiënten kregen een dosering van 50mg per dag toegediend, waarop een effectiviteit van 65,7% werd bereikt. Gemiddeld werden patiënten 8,1 maanden behandeld met trazodon en werden er geen bijwerkingen gerapporteerd.

KRITISCHE ANALYSE VAN HET ARTIKEL

Het artikel door Camargos et al. is als enige studie gericht op het bestuderen van het effect van trazodon op slaapproblemen bij ouderen met dementie. De studie kent diverse beperkingen. De belangrijkste is dat het geen gerandomiseerde, placebogecontroleerde en geblindeerde trial is. Door gebrek aan randomisatie kan confounding niet uitgesloten worden: de patiënten die trazodon kregen, verschilden zeer waarschijnlijk van patiënten die een ander middel kregen. Deze verschillen zijn niet geëxploreerd en er is niet voor gecorrigeerd. De vergelijking met het placebo is nodig om uit te sluiten dat gerapporteerde effecten en bijwerkingen het gevolg van natuurlijk beloop of van specifieke werking van het onderzochte medicijn zijn. Blinding moet ervoor zorgen dat patiënten, mantelzorgers en hulpverleners positiever rapporteren of zich anders gaan gedragen (waardoor ze beter slapen) als ze het onderzochte medicijn gebruiken. Het gebruik van spontaan gerapporteerde effectiviteit en bijwerkingen van trazodon door patiënten en mantelzorgers kan de resultaten bovendien vertekenen, omdat patiënten met dementie hun problemen niet adequaat kunnen

(na)vertellen en de ervaring van slaapproblemen door de mantelzorger het slaapprobleem van de patiënt niet volledig dekt. Publicatiebias kan er toe hebben geleid dat ik alleen een studie heb gevonden waarin een positief effect gerapporteerd wordt. Andere studies zijn wellicht wel verricht, maar niet gepubliceerd.

VERTALING NAAR DE PRAKTIJK

Trazodon wordt vaak in de praktijk gebruikt ter behandeling van slaapproblemen bij patiënten met dementie. Echter, er ontbreekt een overtuigend wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit van dit middel voor deze indicatie. Er is behoefte aan een grootschalige, goed opgezette, geblindeerde en gerandomiseerde studie.

DANKWOORD

Ik dank mijn opleider Julia Sterk-Blaauw, specialist ouderengeneeskunde, Verpleeghuis Slotervaart, voor haar feedback ter verbetering van dit artikel.

REFERENTIES

1. Guarnieri B, Adorni F, Musicco M, Appollonio I, Bonanni E, Caffarra P, et al. Prevalence of sleep disturbances in mild cognitive impairment and dementing disorders: a multicenter Italian clinical cross-sectional study on 431 patients. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2012;33(1):50-8.
2. Ancoli-Israel S. Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner. *Sleep*. 2000 Feb 1;23 Suppl 1:S23-30; discussion S36-8.
3. Boeve BF, Silber MH, Ferman TJ. Current management of sleep disturbances in dementia. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2002 Mar;2(2):169-77.
4. McCurry SM, Pike KC, Vitiello MV, Logsdon RG, Larson EB, Teri L. Increasing walking and bright light exposure to improve sleep in community-dwelling persons with Alzheimer's disease: results of a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Aug;59(8):1393-402.
5. Lee DR, Thomas AJ. Sleep in dementia and caregiving-assessment and treatment implications: a review. *Int Psychogeriatr*. 2011 Mar;23(2):190-201.
6. Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Bortel L Van, Petrovic M, Stichele RR Vander. Benzodiazepine use in Belgian nursing homes: a closer look into indications and dosages. *Eur J Clin Pharmacol*. 2012 May;68(5):833-44.
7. Singer C, Tractenberg RE, Kaye J, Schafer K, Gamst A, Grundman M, et al. A multicenter, placebo-controlled trial of melatonin for sleep disturbance in Alzheimer's disease. *Sleep*. 2003 Nov 1;26(7):893-901.
8. Shelton PS, Hocking LB. Zolpidem for dementia-related insomnia and nighttime wandering. *Ann Pharmacother*. 1997 Mar;31(3):319-22.
9. Bossini L, Casolaro I, Koukouna D, Cecchini F, Fagiolini A. Off-label uses of trazodone: a review. *Expert Opin Pharmacother*. 2012 Aug;13(12):1707-17.
10. Camargos EF, Pandolfi MB, Freitas MP, Quintas JL, Lima Jde O, Miranda LC, et al. Trazodone for the treatment of sleep disorders in dementia: an open-label, observational and review study. *Arq Neuropsiquiatr*. 2011 Feb;69(1):44-9.

Correspondentieadres
lakshmidhakal@hotmail.com

Een reflectie op CATten

Dika Luijendijk

Wat is een Critically Appraised Topic (CAT)? Een CAT biedt een kritische samenvatting van wetenschappelijke studies die antwoord bieden op één bepaalde klinische vraag. CATten zijn inmiddels een terugkerend onderdeel bij de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. De aios leert een vraag waar zij tegenaan loopt in de dagelijkse praktijk wetenschappelijk te formuleren, doet ervaring op met literatuur zoeken en beoordelen, en ontwikkelt haar schrijfvaardigheden. Een CAT schrijven kan leerzaam zijn.

Toch is een CAT schrijven niet zo onschuldig als het lijkt. Laat ik de CAT van Dhakal als voorbeeld nemen.¹ Hij vroeg zich af of trazodon werkzaam is voor slaapstoornissen bij patiënten met dementie. Eigenlijk kan alleen een goed uitgevoerde trial antwoord geven op deze vraag maar deze vond hij niet met PubMed. Op dat moment had hij kunnen concluderen dat er geen wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit van trazodon is. Hij was niet alleen snel klaar geweest, maar hij had ook een valide antwoord op zijn vraag gegeven. Zelfs al zijn er wel trials uitgevoerd maar nooit gepubliceerd, dan is de kans groter dat deze trials geen bewijs voor effectiviteit vonden dan die wel aantoonde.²

Wat Dhakal wel vond was een cohortstudie zonder vergelijkingsgroep. Een groep van patiënten met dementie en slaapproblemen die daarvoor al dan niet medicatie kreeg, werd langere tijd gevolgd. In principe is er niks mis met zo'n onderzoek. Het nadeel is dat de enige valide conclusie zou zijn geweest dat artsen werkzaam aan de Universiteit van Brasilia in Brazilië in 2008 trazodon en nog een handje andere middelen voorschreven voor slaapstoornissen bij dementie. Dat is niet zo boeiend. De onderzoekers schreven dat trazodon werkt bij 65,7% van de patiënten. Een aantrekkelijke conclusie.

Publicatiebias kan de conclusie van een CAT ondermijnen. Een CAT is zelden gebaseerd op een literatuursearch in meerdere digitale databases, op niet-gepubliceerd onder-

zoek, en op een systematische en volledige beoordeling van het gevonden bewijs.³ In de CATten die ik heb gelezen als redactielid van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde of als collega/begeleider wordt de search zelfs beperkt tot de afgelopen tien jaar.

Daarnaast kan bias door ongecorrigeerde verschillen tussen patiëntengroepen, meetfout of selectie de resultaten van studies vertekenen. Ook de resultaten van trials zijn niet heilig. De wetenschappelijke kwaliteit van de gevonden studies moeten daarom kritisch beoordeeld worden. Dit is een vast onderdeel van CATten. Of een aios dit kan, kan alleen getoetst worden door een begeleider met methodische kennis die de artikelen ook leest. Bovendien kan de begeleider op deze wijze haar kennis aan de aios overdragen.

Voor veel aios is een CAT schrijven een kennismaking met wetenschappelijk onderzoek. Een CAT heeft daarmee een duidelijk didactisch doel. Een aios vragen een CAT met valide conclusies te schrijven, verplicht de opleidingen tot de inzet van wetenschappelijk personeel dat zowel de search als de gevonden studies nakijkt. Meerdere aios vragen om één klinische vraag met een CAT te beantwoorden en samen met een begeleider te bespreken zou nog leuker, leerzamer en efficiënter zijn.

LITERATUUR

1. Dhakal LP. Trazodon voor slaapproblemen bij dementerende patiënten. (TvO 5-2013, p. 234).
2. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2005; 2(8): e124.
3. Langendam M, Beer H de, Kuijpers T. Richtlijnen: van EBRO naar GRADE. (TvO 5-2013, p. 220).

Correspondentieadres
dikaluijendijk@gmail.com

Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

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

TIPS & TRICKS

Automatisch abonneren op PubMed zoekopdrachten via RSS feeds & IFTTT

PubMed, de grote database van wetenschappelijke literatuur, is voor velen de meest gebruikte route voor het vinden van wetenschappelijke artikelen. Via goed gekozen zoekopdrachten (gerelateerd aan je PICO vraag) kun je PubMed gebruiken om specifieke literatuur te vinden rondom een onderwerp. Het aanmaken van een PubMed account maakt het mogelijk om zoekopdrachten op te slaan en je te laten informeren (per e-mail) wanneer een nieuw artikel beschikbaar komt dat voldoet aan je zoekopdracht. Naast deze e-mailnotificatie biedt PubMed echter ook de mogelijkheid om je te abonneren op een RSS feed van je eigen zoekopdracht (zie de RSS tutorial op de PubMed website). Eenmaal geabonneerd op de RSS feed verschijnt er een nieuw bericht in je RSS lezer wanneer er een nieuw artikel is verschenen op PubMed. Dit is ideaal, maar het kan nog gemakkelijker!



De website IFTTT (**If This Then That**, www.ifttt.com) biedt talloze zogenaamde recepten aan waarbij je acties kunt automatiseren. Bijvoorbeeld specifieke e-mailberichten aan de hand van onderwerp of afzender automatisch archiveren in Dropbox of Evernote. Door handig gebruik te maken van deze recepten is het mogelijk om je PubMed zoekopdrachten in één keer te automatiseren en te archiveren. Een voorbeeld: als er een nieuw artikel verschijnt in mijn PubMed zoekopdracht over *Animal Assisted Interventions*, dan gaat er zonder enige tussenkomst van mijn kant een samenvatting van dit artikel naar de literatuurmap in mijn Evernote account. Op een later moment beoordeel ik dan vervolgens of ik dit artikel full text wil hebben. Het recept dat ik hiervoor gebruik is RSS > Evernote. Je kunt dit (en alle andere recepten) geheel aanpassen naar eigen wens. Behalve Evernote kun je natuurlijk ook een andere bestemming kiezen.



Cochrane Database of Systematic Reviews

Wat is het effect Y van medicijn of interventie X bij ziektebeeld Z? Je kunt zelf gaan zoeken op PubMed, maar het is zeer waarschijnlijk dat anderen dat al voor je hebben gedaan. Een goed startpunt in dit geval is de **Cochrane Library** (www.thecochranelibrary.com) waar je in een grote database systematische reviews kunt vinden over uiteenlopende onderwerpen, gecategoriseerd op werkveld (zogenaamde *review groups*, onder leiding van een editor). Cochrane systematische reviews volgen een vast stramien en zijn al jaren de hoogste vorm van *evidence* binnen de wetenschappelijke wereld. Je kunt je ook abonneren op RSS feeds (bijvoorbeeld nieuwe reviews) en zoals beschreven in de vorige editie van deze column is er ook een app voor de iPad.

APPS

Endnote

De bekende software **Endnote** om wetenschappelijke literatuur te beheren is er ook als app voor de iPad. De app kost normaliter 8,99 euro, maar er zijn regelmatig aanbiedingen met korting. Ondanks vele verzoeken is er nog geen Android app. Thomson Reuters verzekert ons wel dat zij hier serieus naar kijken.



Feedly

Na het jammerlijke besluit van Google om te stoppen met de universele RSS lezer Google Reader heeft **Feedly** zich ontwikkeld tot diens belangrijkste troonopvolger. Feedly is een RSS lezer met zowel een browsersversie als apps voor nagenoeg ieder platform dat er is (onder meer iOS, Android en Windows). Gelezen items op je tablet synchroniseren zich met die van je telefoon of PC; dus je ziet een artikel nooit tweemaal voorbij komen. Feedly biedt mogelijkheden

DIGITAAL

om te exporteren, bijvoorbeeld naar e-mail, Evernote en de lees-later dienst Pocket. Abonneren op feeds is kinderlijk eenvoudig en kan vanuit de apps zelf of je PC.

PubMed for Handhelds

De officiële mobiele applicatie van de *National Library of Medicine*, de drijvende kracht achter PubMed, heet **PubMed for Handhelds** (PubMed 4Hh). Je kunt er PICO zoekopdrachten mee uitvoeren, samenvattingen of full text artikelen (indien beschikbaar) bekijken en exporteren via

e-mail. De app is gratis beschikbaar voor Android en iOS. Andere bekende PubMed apps zijn **PubMed on Tap** (iOS, eerder besproken in deze column) en **Unbound Medline** (Android, iOS).

Correspondentieadres

lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

Twitter: @ouderengnk

Facebook: ouderengeneeskunde

Dementie in de thuissituatie

E-learning en scholingsbijeenkomsten

Lauri Faas, Inge van der Stelt

Tijdens de campagne *DementieEnDan* van 20 tot 29 september 2013 lag overal in het land de focus op de mogelijkheden die er zijn om dementie in de thuissituatie draaglijker te maken. Dit was een initiatief van documentairemaker Ireen van Ditschuyzen (IDTV Docs). Zij maakte een prachtige documentaire over de symptomen en het verloop van dementie. Hierin laat zij ook de veerkracht en vitaliteit van patiënten en mantelzorgers zien.

Verenso stelt e-learning over dementie beschikbaar voor haar leden

Voortbordurend op deze documentaire ontwikkelt Verenso, samen met het NHG en de V&VN, scholing voor huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, case-managers dementie, specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters ter verbetering van de zorg bij (vermoeden van) dementie in de thuissituatie. Achmea subsidieert dit vernieuwende project. Het is vernieuwend omdat het de deskundigheidsbevordering van bovengenoemde beroepsgroepen gezamenlijk aanpakt én omdat hierbij gebruik wordt gemaakt van uniek beeldmateriaal van Ireen Ditschuyzen en haar team.

De scholing bestaat uit twee onderdelen. Het eerste gedeelte is een e-learning over dementie in de thuissituatie die aan de leden van Verenso gratis via de website wordt aangeboden. Deelnemers van de kaderopleidingen psychogeriatric en specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn zetten zich in om goede vragen en praktijksituaties te schetsen voor deze nascholing.

In 2014 volgen multidisciplinaire scholingsbijeenkomsten die in de regio worden georganiseerd en als doel hebben om de samenwerking tussen de verschillende disciplines (verder) te verbeteren. Bij het ontwikkelen en geven van deze nascholing zijn artsen van de kaderopleidingen psychogeriatric en specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn betrokken.

U wordt via de Verenso-nieuwsbrief op de hoogte gehouden over wanneer en hoe u zich kunt opgeven voor de e-learning en de scholingsbijeenkomsten. Achmea heeft in haar subsidievoorwaarden verplicht gesteld dat men eerst de e-learning moet hebben afgerond voordat men aan de regionale scholingsbijeenkomst kan deelnemen.

Correspondentieadres

lfaas@verenso.nl

Kwalitatief onderzoek

Ook voor de ouderengeneeskunde?

Drs. Marie-José H.E. Gijsberts, specialist ouderengeneeskunde, Woonzorgcentrum Groenelaan, Amstelring, Amstelveen

De laatste jaren wordt steeds vaker gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Artikelen verschijnen in goed aangeschreven Nederlandse en buitenlandse tijdschriften, zoals het NTvG, BMJ en The Lancet. Kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn geschikt voor onderzoeksvragen waarbij kwantificering (nog) niet mogelijk of zinvol is, bijvoorbeeld omdat nog weinig bekend is over het te onderzoeken thema. De dataverzameling is open en flexibel, en kwalitatieve data worden geanalyseerd en weergegeven in alledaagse taal¹, in tegenstelling tot kwantitatieve data. Binnen één onderzoeksproject worden soms zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden gebruikt, die in hun samenhang elkaars wetenschappelijke bewijskracht kunnen versterken.

GESCHIKTE ONDERZOEKSVRAGEN

Kwalitatief onderzoek houdt zich vooral bezig met 'hoe en waarom' vragen over ervaringen van mensen en de betekenis die zij aan hun situatie geven. Wat betekent bijvoorbeeld een ziekte, onderzoek en behandeling voor de patiënt en de behandelaren? De onderzoeksvragen zijn vaak breed gesteld en kunnen in de loop van het onderzoek worden bijgesteld of aangepast. De onderzoeker probeert het onderwerp dat wordt onderzocht te duiden en te begrijpen vanuit het gezichtspunt van de betrokkenen. Zo worden groepen mensen, onderwerpen of situaties in hun interne samenhang en context onderzocht, beschreven en geanalyseerd.

Een mooi voorbeeld is het baanbrekende werk *Awareness Of Dying* van Glazer en Strauss², waarin zij onderzoek deden naar de sociale interactie tussen de stervende ziekenhuispatiënt en zijn omgeving. Daarbij beantwoordden zij de vragen: 'Moet patiënten worden verteld dat ze stervende zijn? Wie moet dat dan doen? Hoe reageren familieleden wanneer hun dierbare stervende is? Hoe gaan artsen en verpleegkundigen om met stervende patiënten en hun familieleden?' Een opvallende bevinding in dit onderzoek was de paradox tussen het harde feit dat Amerikanen dagelijks via kranten met de dood worden geconfronteerd en tegelijkertijd met tegenzin zelf open over het stervensproces spreken.

De onderzoeksvraag hoort, net als bij kwantitatief onderzoek, te laten zien in welke medische context de studie plaatsvindt en gerelateerd te worden aan bestaande literatuur. Het belang van het onderzoek moet worden beschreven en de vraagstelling en eventuele deelvragen moeten helder worden geformuleerd.

KWALITATIEVE ONDERZOEKSMETHODEN

Er bestaan binnen kwalitatief onderzoek verschillende onderzoeksmethoden zoals (participerende) observatie, semigestructureerde diepte-interviews en focusgroepen. De gekozen onderzoeksmethode dient te passen bij de onderzoeksvraag. In tabel 1 zijn een aantal kenmerken van de verschillende methoden op een rij gezet.

Tabel 1. Kwalitatieve onderzoeksmethoden en hun kenmerken.

Dataverzameling	Doel onderzoek	Werkwijze	Participanten keuze	Analyse
Diepte-interview	Achterhalen van 'framework of meaning' van geïnterviewde	Interactief gesprek op basis van onderwerpen	Doelbewuste keuze van participanten	Inhoudsanalyse van interview
Focusgroep	Exploreren van kennis, ervaring en denken van mensen	Interview waarbij gebruik gemaakt wordt van groepsinteractie	Doelbewuste groeps-samenstelling	Inhoudsanalyse van focusgroep gesprek
Participerende observatie	Bestuderen van functioneren en non-verbaal gedrag tijdens actie	Observatie door onderzoeker die ook deelneemt in setting	Doelbewuste keuze van groep of persoon	Inhoudsanalyse
Video observatie	Bestuderen van functioneren en non-verbaal gedrag tijdens actie	Observatie via video opnamen	Doelbewuste keuze van groep of persoon	Inhoudsanalyse
Consensus methode zoals Delphi-methode	Overeenstemming bereiken over conflicterende evidence	Synthetiseren van informatie om te komen tot overeenstemming binnen de groep	Selectie van experts	Anonimiteit Iteratie in ronden Gecontroleerde feedback

DATAVERZAMELING EN -ANALYSE

Bij kwalitatief onderzoek is in tegenstelling tot kwantitatief onderzoek de dataverzameling en -analyse een open en iteratief proces. Dat wil zeggen dat de dataverzameling door analyse nog bijgestuurd kan worden en dat de dataverzameling ook tot een ander analysekader kan leiden.³ Van Zuuren beschrijft dit proces als 'het steeds maar lezen en herlezen van observatieaantekeningen, interviews en andere bronnen; het blijven nadenken over wat er precies gebeurt en het blijven afvragen waarom het zo gaat zoals het gaat; de bevindingen en opvallende dingen bespreken met diverse betrokkenen, en ten slotte niet snel genoeg nemen met gevonden verklaringen'.⁴ Dataverzameling en -analyse gaan hand in hand: de eerste analyse en voorlopige resultaten leiden tot keuzes voor de verdere dataverzameling. Dataverzameling en analyse kunnen worden gestopt wanneer de onderzoekers concluderen dat meer data geen nieuwe gezichtspunten meer opleveren (saturatie).¹

Om te zorgen dat dit proces leidt tot valide en betrouwbare onderzoeksresultaten kent het kwalitatief onderzoek zijn eigen begrippenkader (te vergelijken met bijvoorbeeld de p-waarde in kwantitatief onderzoek). The zegt: 'Analyseren is een creatief proces dat zich nauwelijks laat uitschrijven. Juist daarom moeten de analyseresultaten nader worden getest, door bijvoorbeeld expliciet te zoeken naar afwijkende gevallen, uitvoerige memberchecks [...] en triangulatie. Maar ook de langdurige aanwezigheid in het veld, 'thick description' (rijke gedetailleerde beschrijvingen die herkenning kunnen oproepen) en het verhelleren van de positie van de onderzoeker komen de kwaliteit van kwalitatief onderzoek ten goede'.⁵

Member checks zijn bedoeld om bij de participanten van het onderzoek te verifiëren of de onderzoeker goed heeft begrepen wat de betreffende situatie voor hen betekent. Triangulatie betekent dat de onderzoeker gebruik maakt van verschillende databronnen, zodat deze met elkaar kunnen worden vergeleken en zo bijdragen aan het onderbouwen van de evidence. Een derde begrip is het zogenaamde 'sensitizing concept'.¹ Dit is het globale onderwerp, zoals 'spiritualiteit' in onderzoek naar spirituele levensinzorg in het verpleeghuis⁶, dat beschreven en verantwoord moet worden in de methodesectie. In de resultaten en discussie moet verduidelijkt worden hoe dit concept een rol heeft gespeeld bij de dataverzameling en data-analyse.

De informatiebronnen voor kwalitatief onderzoek kunnen groot en divers zijn. In het al eerder genoemde onderzoek naar spirituele levensinzorg in het verpleeghuis⁶ waren de databronnen bijvoorbeeld: observatieverslagen, dagboek-aantekeningen (waarin ook plaats was voor gevoelens en gedachten die situaties oproepen), informele gesprekken met bewoners, familieleden en medewerkers, informatie uit zorgdossiers en interviews waarin dieper op observaties en thema's kon worden ingegaan. Bij kwalitatief onderzoek worden de data door meerdere onderzoekers onafhankelijk

van elkaar geanalyseerd. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

DEELNEMERS

Vergeleken met kwantitatief onderzoek is het aantal deelnemers vaak klein. De deelnemers worden niet random, maar juist bewust geselecteerd vanuit de vraagstelling (purposive sampling). De keuze van setting, deelnemers en onderzoeksopzet moet worden onderbouwd. Een mooi voorbeeld is de totstandkoming van de brochure 'Van fixatie naar domotica'.⁷ Op weg naar 'goede' vrijheidsbeperking voor mensen met dementie'.⁷ Hierbij hebben de onderzoekers gericht gezocht naar huizen die zich onderscheiden in de mate waarin ze al dan niet gebruik maken van domotica. Binnen de onderzoeken die gedaan zijn om deze brochure te onderbouwen is gebruik gemaakt van twee kwalitatieve onderzoeksmethoden met een klein aantal deelnemers: een focusgroeponderzoek (zes groepen met elk zes deelnemers) en interviews (in totaal 17 interviews), waarbij de deelnemers eveneens bewust geselecteerd zijn. Zo werden in het onderzoek dat ten grondslag ligt aan deze brochure⁸ zes focusgroepen met zorgmedewerkers georganiseerd. Ongeveer de helft van de deelnemers van een focusgroep werkte in verpleeghuizen waarin domotica worden gebruikt, de andere deelnemers waren werkzaam in huizen waar domotica nog niet ingezet werden.

RESULTATEN

In de resultatensectie van een kwalitatief onderzoek worden citaten in boxen op vergelijkbare wijze gebruikt als de tabellen in kwantitatief onderzoek. Ze moeten zo gekozen worden en treffend zijn dat de lezer meteen begrijpt dat dit citaat (mede) geleid heeft tot het beschreven resultaat.

Toen artsen gevraagd werd hoe spirituele zaken bespreekbaar gemaakt kunnen worden, noemde één van hen training en richtlijnen:

'Ik zou het wel willen doen [vragen naar spirituele zaken], maar dan heb ik een aanvullende opleiding nodig om te leren hoe ik daar op in kan gaan, of wat voor vragen ik de bewoner kan stellen, want als ik van mijn eigen geloofsovertuiging uitga dan heb ik daar bepaalde ideeën over, maar zo moet je daar niet mee omgaan, weet je. Iedereen heeft zijn eigen spirituele weg, dus je hebt richtlijnen nodig, want ik kan daar niet op ingaan vanuit mijn eigen geloofsovertuiging'.⁶

In twee recente promotieonderzoeken heeft het gebruik van dergelijke citaten een belangrijke rol in het beleefbaar maken van dilemma's en overwegingen waar specialisten ouderengeneeskunde regelmatig voor geplaatst worden. Zo gebruikte Swart citaten van artsen en verpleegkundigen over besluitvorming rond palliatieve sedatie over het refractaire symptoom en de levensverwachting (hoofdstuk 4)⁹ en De Boer citaten van patiënten die recent de diagnose dementie hadden gekregen.¹⁰

BETROUWBAARHEID

De BMJ, dat veel kwalitatief onderzoek publiceert, heeft voor de beoordeling van de kwaliteit van kwalitatief onderzoek criteria opgesteld.¹¹ De samenvatting hiervan staat in onderstaand kader.

- Is de vraagstelling helder?
- Is de (keuze voor) het theoretisch raamwerk en de methode helder?
- Is de context helder?
- Is de samenstelling van de groep voldoende onderbouwd met het oog op de externe validiteit (= generaliseerbaarheid)?
- Is het veldwerk gedetailleerd beschreven?
- Is er sprake van een audit trail (onafhankelijke inspectie)?
- Is de analyse van de data helder beschreven en theoretisch onderbouwd?
- Is de analyse verricht door meerdere onderzoekers?
- Is er gezocht naar 'extreme cases' (goed beschreven reikwijdte)?
- Zijn de originele gegevens systematisch en overtuigend weergegeven?

CONCLUSIE

Kwalitatief onderzoek is belangrijk voor specialisten ouderengeneeskunde en haar patiëntengroep, omdat er nog veel dingen niet onderzocht zijn en kwantitatief onderzoek maar beperkt mogelijk is. Kwalitatief onderzoek kan betrouwbaar en valide zijn wanneer het voldoet aan de beschreven criteria. Resultaten van kwalitatief onderzoek kunnen onbekende terreinen ontsluiten en wetenschappelijke kennis genereren.

LITERATUUR

1. Maso I, Smaling A. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Uitgeverij Boom, 1998. ISBN 9053524460.
2. Glazer B, Strauss A. *Awareness of Dying*. Publisher Transaction Books, 2005. ISBN 0202307638.

3. Pope C, Ziebland S, Mays N. *Qualitative research in health care. Analysing qualitative data*. BMJ. 2000;320(7227):114-6.
4. Zuuren FJ. *Kwalitatief onderzoek; het belang van een kwalitatieve benadering bij onderzoek in de sociale gezondheidszorg*. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg. 1995; 7:315-21.
5. The AM. *Palliatieve behandeling en communicatie, een onderzoek naar het optimisme op herstel van longkankerpatiënten*. Bohn Stafleu van Loghum 1999. ISBN 9031327417
6. Gijsberts MJHE, Steen JT van der, Muller MT, Hertogh CMPM, Deliëns L. *Spiritual End-of-Life Care in Dutch Nursing Homes: An Ethnographic Study*. J Am Med Dir Assoc 2013; May 20, Epublished ahead of print.
7. Depla M, Zwijsen S, Boekhorst S te, Francke A, Hertogh C. *Van fixaties naar domotica? Op weg naar 'goede' vrijheidsbeperking voor mensen met dementie*. VUMC 2010. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Boekdomotica.pdf>
8. Zwijsen SA, Depla MF, Niemeijer AR, Francke AL, Hertogh CM. *Surveillance technology: an alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia*. Int J Nurs Stud. 2012. Feb;49:212-9.
9. Swart S. *The practice of palliative sedation in the Netherlands after the launch of the national guideline*. Rotterdam 2013.
10. Boer ME de, Droes R-M, Jonker C, Eefsting JA, Hertogh CMPM. *Thoughts on the future, the perspectives of elderly people with early stage Alzheimer's disease and the implications for advance care planning*. AJOB Primary Research 2012;1:14-22.
11. <http://www.bmj.com/about-bmj/resources-authors/article-types/research/editors-checklists>

Correspondentieadres
mgijsberts@amstelring.nl

Besluitvorming bij dementie

Advance care planning met vertegenwoordigers

Drs. Neeltje P.C.A. Vermunt, arts - senior adviseur - Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Den Haag
Prof. dr. Jos M.G.A. Schols, specialist ouderengeneeskunde - hoogleraar ouderengeneeskunde - Dept. of Family Medicine and Dept. Health Services Research, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht
Prof. dr. Frans R.J. Verhey, hoogleraar Ouderenpsychiatrie en Neuropsychiatrie - School for Mental Health and Neuroscience (MHeNS)/Alzheimer Centre Limburg/Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht

INLEIDING

Progressie van dementie leidt voor patiënten tot verlies van de benodigde competenties om volledig te kunnen participeren in de medische besluitvorming. Dat is een probleem, omdat afstemming met en toestemming van patiënten nodig is bij het nemen van medische besluiten. Door het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring wordt geanticipeerd op dit verlies van competenties en zou de autonomie van de patiënt ook in de toekomst zoveel mogelijk gewaarborgd kunnen worden.¹

Een patiënt kan een schriftelijke wilsverklaring opstellen wanneer hij/zij nog wilsbekwaam is. Bij wilsonbekwaamheid inzake medische besluitvorming, treedt vervolgens een vertegenwoordiger in de plaats van de patiënt.² Met wilsbekwaamheid ter zake wordt bedoeld dat de beoordeling van wils(on)bekwaamheid gerelateerd moet worden aan een specifieke taak, bijvoorbeeld medische besluitvorming.² Bij het opstellen van een schriftelijke wilsverklaring wordt er aan behandelaars geadviseerd samen met vertegenwoordiger en patiënt globale doelstellingen vast te stellen en de grenzen van het medisch beleid vooraf te bepalen. Het is hierbij van belang onderscheid te maken tussen een palliatief en symptomatisch beleid²: bij een symptomatisch beleid is een levensverlengend neveneffect van medisch handelen ongewenst, en bij een palliatief beleid zijn zowel een levensbekortend als een levensverlengend effect van een behandeling niet bezwaarlijk.²

Advance care planning (ACP) is een methodiek waarmee de kwaliteit van medische besluitvorming kan worden verbeterd en beter kan worden gestructureerd.^{3,4} Klassieke ACP is een gestructureerd voorbereidingsproces van patiënt, behandelaar en vertegenwoordiger op toekomstige besluitvorming. De achtereenvolgende stappen betreffen: het informeren over de aandoening, gestructureerde discussies over mogelijke scenario's en interventievoorkeuren, documenteren van interventievoorkeuren, periodieke evaluatie en aanpassing van de gedocumenteerde voorkeuren en het toepassen van de vastgelegde behandelvoorkeuren.⁴

In sommige gevallen beschikt een patiënt evenwel niet meer over de benodigde vaardigheden voor ACP. Soms

SAMENVATTING

Progressie van dementie leidt voor patiënten tot verlies van de benodigde competenties om volledig te kunnen participeren in de medische besluitvorming. Bij wilsonbekwaamheid inzake medische besluitvorming treedt een vertegenwoordiger in de plaats van de patiënt. In sommige gevallen is een wilsverklaring beschikbaar.

Aan de hand van twee casus laten wij zien dat in de praktijk het medisch beleid kan afwijken van eerdere beleidsafspraken met vertegenwoordiger en/of schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt. Deze discrepantie heeft mogelijk te maken met aspecten van structuur en helderheid van de besluitvorming, de rol van specialisten ouderengeneeskunde, zorgpersoneel en vertegenwoordigers.

'Advance care planning by proxy (=met vertegenwoordiger)', kan bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de medische besluitvorming bij wilsonbekwaamheid ter zake. Bewustwording van de persoonlijke beleving en emoties van betrokkenen en verheldering van ieders verwachtingen en visie op dementie en haar behandelings(on)mogelijkheden is daarbij van belang.

zijn wilsverklaringen beschikbaar, maar zijn deze niet opgesteld in een gezamenlijk ACP-proces met een arts en de beoogd vertegenwoordiger. In een retrospectief dossieronderzoek gingen wij na hoe de medische besluitvorming is verlopen bij de eerste twintig patiënten die in 2005 werden opgenomen in een psycho-geriatrich verpleeghuis en selecteerden wij twee casus, die aanleiding gaven tot onderstaande vraagstelling. Het kalenderjaar werd willekeurig gekozen. Omwille van de privacy zijn de patiënt gegevens geanonimiseerd.

In dit artikel stellen we de vraag centraal welke factoren een rol kunnen spelen in de medische besluitvorming tot actief medisch handelen bij ter zake wilsonbekwame patiënten in aanwezigheid van een (negatieve) wilsverklaring of (terughoudend) standpunt van familie en doen wij een voorstel tot kwaliteitsverbetering van de medische besluitvorming bij een dementiesyndroom.

CASUS A

Patiënt A, een 89-jarige weduwnaar, werd opgenomen op een psychogeriatrische verpleeghuisafdeling van het zorgcentrum vanwege agitatie en decorumverlies bij vasculaire dementie. Patiënt had onder meer een uitgebreide cardiovasculaire voorgeschiedenis, waaronder een hemorragisch infarct van de linker hemisfeer met een sensorische afasie en hemianopsie rechts. Uit neuropsychologisch onderzoek kwamen ernstige cognitieve problemen naar voren.

Betrokkene had vijf maal tevoren zowel een euthanasieverklaring als een behandelverbodsverklaring van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE) ondertekend. De laatste versies van beide verklaringen dateerden van ongeveer twee jaar voor opname en waren toegevoegd aan het medisch dossier. ACP werd niet verricht in gezamenlijkheid met de beoogd vertegenwoordiger. De dochter van patiënt was aangewezen als zorgwaarnemer en zijn zoon als zaakwaarnemer. Tijdens het eerste multidisciplinair overleg (MDO) gaf zijn zorgwaarnemer aan 'dat deze [in het dossier niet nader gespecificeerde, NV] situatie niet gewenst zou zijn', waarbij verwezen werd naar de 'wilsbeschikkingen'. Er werden geen nadere afspraken over het te volgen beleid vastgelegd.

Drie maanden na opname werd naar aanleiding van persisterende diarree en klinische achteruitgang met de zorgwaarnemer afgesproken om de patiënt niet meer in te sturen en geen hypodermoclyse, sondevoeding, antibiotica of 'andere levensverlengende zaken' toe te passen. Er werd verwezen naar de afspraken in het eerste MDO en de door patiënt geuite doodswens. Drie maanden later werden bovenstaande beleidsafspraken nogmaals bevestigd tijdens het MDO.

De patiënt werd echter ondanks deze afspraken zowel in het tweede (twee maal), derde als in het vijfde verblijfsjaar antibiotisch behandeld. Er werd in het dossier geen melding gemaakt van een evaluatie van de eerder gemaakte beleidsafspraken voorafgaand aan het eerste voorschrift van antibiotica. Van de eerste twee voorschriften is ook geen overleg met de familie vastgelegd in het medisch dossier. Van de derde en laatste keer is gedocumenteerd dat overleg met de zorgwaarnemer heeft plaatsgevonden. Daarbij werd vermeld dat de zorgwaarnemer in het vervolg graag voorafgaand overleg wilde bij een eventuele start met antibiotica. Verder werd de patiënt in zijn derde opnamejaar geopereerd aan een heupfractuur en werd een decompensatio cordis behandeld met furosemide.

Begin vijfde opnamejaar werd na overleg met de dochter (zorgwaarnemer) een (de laatste) antibioticumkuur gestart vanwege een infectieus beeld zonder duidelijke focus. Ondanks deze behandeling ging de patiënt verder achteruit en werd in overleg met de zorgwaarnemer uiteindelijk overgegaan op een 'symptomatisch beleid'. Een maand later werd in het MDO besloten dat de patiënt niet meer uit bed ge-

haald zou worden vanwege zijn algehele achteruitgang. De patiënt was toen volledig zorgafhankelijk en reageerde nauwelijks nog op zijn omgeving. Er werd gestart met morfine vanwege dyspnoe en pijn op grond van een pneumonie. Patiënt overleed diezelfde maand.

CASUS B

Patiënt B, een 85-jarige weduwnaar, werd opgenomen op de psychogeriatrische revalidatieafdeling na een operatie vanwege een heupfractuur. Volgens zijn dochter, tevens zorgwaarnemer, was sinds een half jaar sprake van een duidelijke geestelijke en lichamelijke achteruitgang. De uitgebreide voorgeschiedenis vermeldde onder andere een myocardinfaarct, hypospadie, verblijfskatheter vanwege een retentieblaas bij een benigne prostaathypertrofie en nierfunctiestoornissen. De patiënt had geen wilsverklaring.

Bij opname vermeldde de verpleging in het zorgdossier dat de familie, onder wie de zorgwaarnemer, bij eventuele acute situaties geen 'levensrekkende middelen' of reanimatie wilde. Het voorblad van het medisch dossier vermeldde tevens 'levensrekkende handelingen niet gewenst', echter zonder datum. Wederom werd geen ACP toegepast.

Kort na opname kreeg de patiënt een cerebrovasculair accident (CVA). Tevens werd hij het eerste opnamejaar zes maal antibiotisch behandeld vanwege een urineweginfectie en eenmaal vanwege een geïnfecteerde decubituswond. Uit psychologisch onderzoek bleken ernstige cognitieve problemen en veranderingen van persoonlijkheid passende bij vasculaire dementie. Na acht maanden volgde overplaatsing naar een reguliere psychogeriatrische afdeling.

In de daaropvolgende drie opnamejaren werd de patiënt diverse malen behandeld door de uroloog. De patiënt werd behandeld met blaasspoelingen en tolterodine en onderging uiteindelijk een Trans-Urethrale Resectie Prostaat (TURP), waarbij een suspecte linkerkwab werd geconstateerd. Later gevolgd door het oprekken van de blaashals en de start van bicalutamide injecties vanwege urineretentieproblemen. In het vierde opnamejaar werd uiteindelijk een verblijfskatheter geplaatst vanwege recidiverende urineretenties.

Daarnaast werd patiënt in het tweede en derde opnamejaar in totaal zes maal antibiotisch behandeld. Patiënt kreeg bumetanide voorgeschreven vanwege hartfalen. De zorgwaarnemer woonde in het derde opnamejaar het halfjaarlijks MDO niet bij. Wel werd telefonisch overleg gevoerd over de urineretentieproblemen. Begin vierde opnamejaar werd tijdens het multidisciplinair overleg met de zorgwaarnemer afgesproken dat een controleafspraak bij de uroloog alleen zo nodig zou plaatsvinden.

In het derde kwartaal van het laatste opname jaar had de specialist ouderengeneeskunde een gesprek met dochter van patiënt vanwege acute achteruitgang door diarree en

dehydratie bij een urineweginfectie. Er werd afgesproken geen antibiotica, sonde of hypodermoclyse meer te starten en zijn medicatie te stoppen. Hierop volgde aanvankelijk herstel maar, toen de conditie van patiënt enkele weken later sterk achteruitging, werd in overleg met twee schoonzonen besloten het beleid verder te richten op comfort en morfine te starten; de dochter van patiënt en tevens zorgwaarnemer was hierbij afwezig omdat ze de situatie als te emotioneel belastend ervoer. Patiënt overleed de volgende dag.

DISCUSSIE

Met de presentatie van deze twee ziektegevallen laten wij zien hoe in de praktijk het medisch beleid waartoe uiteindelijk besloten wordt, kan afwijken van eerdere beleidsafspraken met vertegenwoordiger (beide casus) en van schriftelijke wilsverklaringen van de desbetreffende patiënt (casus A).

In onderstaande tekst beschrijven wij de factoren die kunnen bijdragen aan dit type discrepantie. We bespreken vervolgens de mogelijkheden en aandachtspunten van ACP met patiënt en vertegenwoordiger als mogelijkheid tot voorbereiding op toekomstige medische besluitvorming. Tevens stellen wij ACP (by proxy) voor als medisch besluitvormingsproces dat kan worden doorlopen met een vertegenwoordiger (= de proxy) bij een reeds ter zake wilsonbekwame patiënt.

De volgende factoren spelen mogelijk een rol in het suboptimale verloop van deze besluitvormingsprocessen.

STRUCTUUR EN HELDERHEID

Allereerst blijkt het besluitvormingsproces in beide casus niet optimaal gestructureerd te zijn verlopen. Doelen en consequenties van het afgesproken beleid dienen voor iedereen helder te zijn. In beide casus werden '(andere) levensverlengende zaken' niet nader uitgewerkt en werd wel actief behandeld. Het al dan niet gewenst zijn van mogelijk levensverlengende neveneffecten is echter een belangrijke overweging. Voordat wordt overgaan tot besluitvorming over de aard en de inzet van interventies, is het van belang te bespreken of eventuele levensverlenging als gevolg van de mogelijke interventies bezwaarlijk is. Daarnaast gaat het om gestructureerd en eenduidig vastleggen van afspraken en consequenties in het medisch- en zorgdossier. Ook gestructureerde evaluatie is van belang om te bepalen of afspraken nog actueel zijn en passend bij de situatie van de patiënt.²

ARTSEN EN ZORGPERSONEEL

Specialisten ouderengeneeskunde en zorgpersoneel proberen gedurende de hele opnameperiode samen met de vertegenwoordiger in te schatten wat medisch gezien aangewezen is en wat de ter zake wilsonbekwame patiënt zelf gewild zou hebben in de actuele behandelingsituatie onder de dan geldende omstandigheden.⁵

Medisch inhoudelijk is echter niet altijd duidelijk welke interventies positief bijdragen aan de kwaliteit van leven van patiënten met gevorderde dementie.⁶ Wat betreft de veronderstelde wens van de patiënt, kan een wilsverklaring fungeren als aanwijzing.² Een negatieve wilsverklaring dient in principe gerespecteerd te worden.² In casus A gebeurde dit echter niet consequent. Gezien enkele casus van euthanasie bij dementerende patiënten en de actuele maatschappelijke discussie daarover dient ook een schriftelijk euthanasieverzoek grondig te worden afgewogen.⁷ De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft inmiddels een werkgroep ingesteld om tot een handreiking te komen om gegeven de huidige wet en regelgeving duidelijkheid te bieden op dit punt.⁸

In eerder kwalitatief onderzoek bleken artsen meer gewicht te geven aan het emotionele groeiproces van de familie en aan de actuele conditie en geïnterpreteerde kwaliteit van leven van de patiënt, dan aan eerdere schriftelijke beleidsafspraken of eventuele wilsverklaringen.⁵ Schriftelijke beleidsafspraken werden in de communicatie met familie en ten behoeve van dienstdoende vervangende artsen vooral als zinvol gezien ter referentie.⁵

Het wisselende en inconsequente zorgbeleid bij beide casus was mogelijk deels gericht op het vinden van aansluiting bij de inherente dynamiek van het ziekteproces, bij de veronderstelde wens van de patiënt en bij het emotionele groeiproces van de familie. Symptoomverlichting is geen goede verklaring voor het verloop, aangezien van de meeste interventies een levensverlengend effect te verwachten viel. Dit was echter in principe onwenselijk in beide casus gezien de wilsverklaringen (casus A) en beleidsafspraken met de vertegenwoordigers (beide casus).

VERTEGENWOORDIGING

Indien een patiënt wilsonbekwaam ter zake is, treedt een vertegenwoordiger in de plaats van de patiënt.² Deze geeft een plaatsvervangend oordeel, gebaseerd op een reconstructie van de wil van de patiënt.^{9,10} 'Denken zoals de patiënt' is echter moeilijk.^{10,11} Niet iedere vertegenwoordiger bezit de capaciteiten om zich voldoende in te leven in de waarden, levensovertuigingen en eerdere wilsuitingen, en hierin een zorgvuldige afweging te maken.⁹ De vertegenwoordiger handelt vaak in overeenstemming met eigen gevoelens en emoties,¹¹ of er spelen eigen belangen een rol.^{9,11}

Het vertegenwoordigerschap kan ook fors emotioneel belastend zijn.^{3,9} Niet zelden veroorzaakt plaatsing in een verpleeghuis bij familieleden schuldgevoel en verdriet. Vanwege de ervaren emotionele last, kan de vertegenwoordiger zich gaan beperken tot vertegenwoordiging op het niveau van de dagelijkse dingen.³ Er is onvoldoende informatie voorhanden om te bepalen in welke mate deze factoren ook van toepassing waren op beide casus.

ADVANCE CARE PLANNING (BY PROXY)

ACP kan bijdragen aan verhoging van kwaliteit van medische besluitvorming en deze beter structureren.^{3,4} Patiënten moeten echter wel kunnen en willen nadenken over mogelijke scenario's en toekomstige behandelvoorkeuren. Daarbij is het vooraf overzien van alle mogelijke scenario's moeilijk.¹² Ook kan twijfel ontstaan over de toepasbaarheid van een eerder aangegeven voorkeur in een actuele situatie.^{10,12} Verder zijn patiënten die wilsonbekwaam inzake medische besluitvorming zijn wel in interactie met hun omgeving. In de praktijk kan een situatie ontstaan waarbij er sprake is van een discrepantie van actueel geuite wensen en eerdere wilsverklaringen.¹

ACP gaat verder dan het inbrengen van een wilsverklaring. Het gaat om het zo goed mogelijk voorbereiden van alle betrokkenen op moeilijke besluiten voordat een daadwerkelijke crisis zich voordoet.¹³ Door primair waarden en behandeldoelen centraal te stellen naast voorkeuren in specifieke scenario's sluit ACP beter aan bij de behoeften van de patiënt.¹² Daarnaast vergroot het documenteren van procesmatige voorkeuren, zoals de gewenste mate van invloed van de vertegenwoordiger en de gewenste interpretatieruimte in gegeven voorkeuren de controle van de patiënt op het toekomstig besluitvormingsproces.¹²

De NHG-standaard 'Dementie'¹⁴ raadt de huisarts aan de patiënt te attenderen op het opstellen van een wilsverklaring in een zo vroeg mogelijk stadium van de aandoening. De auteurs benadrukken echter het belang van ACP met patiënt en vertegenwoordiger door de huisarts. Bij voorkeur wordt dit proces namelijk gestart in een vroeg stadium van de ziekte bij een nog wilsonbekwaam ter zake patiënt.

Mocht een patiënt reeds of gedurende het proces wilsonbekwaam ter zake geworden zijn, dan is een proces van 'Advance care planning by proxy' een goede mogelijkheid. Dit is een proces van ACP, dat primair doorlopen kan worden met de vertegenwoordiger van een ter zake wilsonbekwame patiënt door de huisarts of de inmiddels betrokken specialist ouderengeneeskunde.¹⁵

Bij psychogeriatrische patiënten op een verpleeghuisafdeling is 'ACP by proxy' vaak nog de enige mogelijkheid omdat patiënten reeds bij opname ter zake wilsonbekwaam zijn, of omdat dit voorbereidingsproces op besluitvorming vaak laat begonnen wordt. Het is belangrijk dat de specialist ouderengeneeskunde dan contact opneemt met de huisarts over het voortraject.

'ACP by proxy' is gericht op het samen met de vertegenwoordiger expliciteren van waarden, voorkeuren, doelen en eventuele wilsverklaringen van de patiënt en deze te gebruiken als leidraad voor discussie en besluitvorming.¹⁵ Daarnaast is het van belang te streven naar bewustwording van de persoonlijke beleving en emoties van betrokkenen en naar verheldering van ieders verwachtingen en visie op dementie en haar behandelings(mogelijkheden).

Dit proces van 'ACP by proxy' richt zich dus op explicitering en bewustwording bij arts en vertegenwoordiger. Dit draagt bij aan een zo gefundeerd en zorgvuldig mogelijk besluitvormingsproces.

CONCLUSIE

'Advance care planning' kan bijdragen aan kwaliteitsverbetering van de medische besluitvorming bij een dementiesyndroom. Bij reeds bestaande wilsonbekwaamheid ter zake is 'advance care planning by proxy' een goede optie. Aanvullend onderzoek is noodzakelijk om deze stellingen verder te onderbouwen.

VERANTWOORDINGSNOTEN

Het onderzoek waarop deze bijdrage is gebaseerd is financieel en organisatorisch mede mogelijk gemaakt door Thebe woonzorgcentra.

Mw. drs. T.C.M. Nieuwlands, medisch manager Thebe Breda, en dhr. drs. C.J.G. Theeuwes, voormalig Manager Behandeling, hebben algemene ondersteuning verleend. Mw. Nieuwlands heeft het laatste concept ook becommentarieerd.

LITERATUUR

1. Boer ME de, Hertogh CPM den, Dröes R-M, Jonker C, Eefsting JA. *Advance directives in dementia: issues of validity and effectiveness. International Psychogeriatrics* 2010; 22:201-208.
2. AVVV, NVVA, *Sting. Begrippen en zorgvuldigheidseisen met betrekking tot de besluitvorming rond het levenseinde in de verpleeghuiszorg. AVVV, NVVA, Sting, 2006. ISBN-10: 90-807332-7-X; ISBN-13: 978-90-807332-7-5.*
3. Forbes S, Bern-Klug M, Gessert Ch. *End-of-Life Decision Making for Nursing Home Residents with Dementia. Journal of Nursing Scholarship* 2000;32:251-258.
4. Emmanuel LL, Gunten ChF von, Ferris FD. *Advance Care Planning. Arch Fam Med* 2000;9:1181-1187.
5. The BAM, Pasman HRW, Onwuteaka-Philipsen BD, Ribbe MW, Wal G van der. *Afzien van kunstmatige toediening van voeding en vocht bij psychogeriatrische patiënten in het verpleeghuis; een kwalitatief onderzoek door participerende observatie. Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:705-708.
6. Hertogh CPM den. *Advance care planning and the relevance of a palliative care approach in dementia. Age and Ageing* 2006;35:553-555.
7. Eeffing M. *Voor het eerst in Nederland euthanasie op zwaar dementerende patiënte. Volkskrant.nl, november 9 2011.*
8. <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2013/05/16/gesprek-euthanasie-bij-dementie%5B2%5D.html>
9. Westendorp GW, Delden JJM van. *'Vader zou dit nooit gewild hebben' Plaatsvervangende oordelen van naasten over de behandeling van wilsonbekwame patiënten. Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:254-257.
10. Lang F, Quill T. *Making Decisions with Families at the End of Life. Am Fam Physician* 2004;70:719-723.

11. Pasman HRW, The BAM, Onwuteaka-Philipsen BD, Ribbe MW, Wal G van der. Participants in the decision making on artificial nutrition and hydration to demented nursing home patients: A qualitative study. *Journal of Aging Studies* 2004;18:321-335.
12. Ayers Hawkins N, Ditto PH, Danks, JH, Smucker WD. Micromanaging Death: Process Preferences, Values, and Goals in End-of-Life Medical Decision Making. *The Gerontologist* 2005;45:107-117.
13. Steen J van der. Dying with Dementia: What We Know after More than a Decade of Research. *Journal of Alzheimer's Disease* 2010; 22:37-55.
14. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG standaard Dementie. Utrecht: Nederlands Huisartsengenootschap, 2012.
15. Volicer L, Cantor MD, Derse AR, Murray Edwards D, Prudhomme AM, Rasinsky Gregory DC, et al. Advance Care Planning by Proxy for Residents of Long-Term Care Facilities Who Lack Decision-Making Capacity. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:761-767.

Correspondentieadres
np.vermunt@rvz.net

Handboek diagnostische verrichtingen in de huisartsenpraktijk

Jos Konings



Redactie: C.J. in 't Veld,
A.N. Goudswaard,
R.F. Dijkstra
Prelum uitgevers, NHG,
Houten, Utrecht 2012
Aantal pagina's: 449
ISBN: 978 90 8562 117 1
Prijs: € 125,00
Aantal sterren: 4/4

Ruim 60 auteurs met specifieke deskundigheid hebben hun bijdrage geleverd aan dit fraai uitgevoerde boek. De diagnostische verrichtingen zijn ingedeeld volgens de International Classification of Primary Care. Het boek bevat 77 afzonderlijke hoofdstukken, waarin volgens bovenbeschreven opzet allerlei onderzoeksverrichtingen en methodieken behandeld worden. Van het meten van de Body Mass Index, CRP-sneltest, visusonderzoek, otoscopie, bloeddrukmeting, D-dimeersneltesten, onderzoek naar natriuretische peptiden tot onderzoek van het bewegingsapparaat en de symptomen van dementie en depressie. Ook echografie in de huisartspraktijk, spirometrie en dermatoscopie komen aan bod. Inzicht verhogende illustraties als tekeningen, foto's, figuren en tabellen dragen bij aan het gebruiksgemak. Dit boek hoort dan ook thuis in de boekenkast van de specialist ouderengeneeskunde.

Na het afnemen van de anamnese wordt in de regel besloten of lichamelijk en zo nodig verder aanvullend onderzoek noodzakelijk is. Daarbij is het van belang te bekijken welke diagnostische verrichtingen aangewezen zijn, hoe die moeten worden uitgevoerd en vervolgens hoe de uitslagen geïnterpreteerd moeten worden. Aan dit handboek ligt deze opzet en werkwijze ten grondslag.

Jos Konings
jwpm.konings@hilverzorg.nl

Integral Assessment of Health Status in COPD

Tewe L. Verhage, specialist ouderengeneeskunde, longarts n.p.

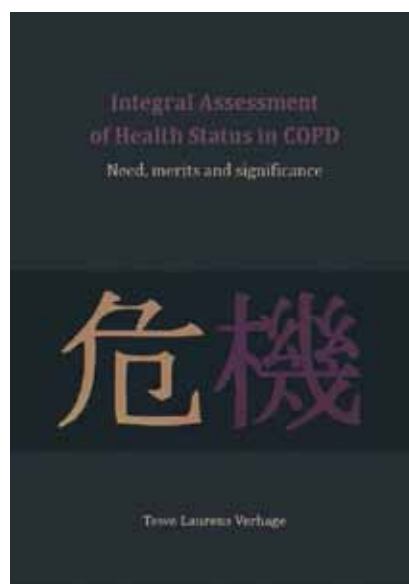
Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In deze rubriek geeft Tewe Verhage een samenvatting van zijn proefschrift 'Integral Assessment of Health Status in COPD. Need, Merits and Significance'.

Dit proefschrift gaat over het belang van het meten van de gezondheidstoestand van patiënten met COPD op een geïntegreerde wijze en de betekenis daarvan voor de COPD-zorg. Het onderzoek vond plaats aan de Radboud Universiteit Nijmegen, waar de promovendus toen nog als longarts werkzaam was op de afdeling longrevalidatie van het ULC Dekkerswald.

De studies die zijn verricht evalueren de nieuwe Nijmeegse methode om de gezondheid integraal te meten met het Nijmegen Integral Assessment Framework (NIAF). Dit beoogt een gedetailleerde indruk te geven van hoe het er met een patiënt met COPD voorstaat, in plaats van alleen af te gaan op de longfunctie. Tot voor kort was het gebruikelijk om vooral naar de Forced Expiratory Volume (FEV) te kijken, maar die waarde correleert slecht met de mate van benauwdheid en ervaren beperkingen. Het NIAF biedt een completere methode om de gezondheidstoestand te bepalen dan de bestaande KvL-instrumenten. De laatste jaren is er een bonte verzameling van instrumenten geïntroduceerd, met meestal fragmentarische samenstelling ten opzichte van de te meten aspecten van de gezondheid. Bovendien bezitten zij heel verschillende meeteigenschappen, en dito resultaten. Het NIAF ontstond vanuit de behoefte aan standaardisatie en validatie op dit terrein. Op basis van theoretische en empirische afwegingen heeft een groep experts op het gebied van COPD en longrevalidatie een selectie gemaakt van gezondheidsaspecten die voor patiënten met COPD relevant zijn.

De hoofdstructuur van het NIAF bestaat uit vier domeinen: Fysiologisch Functioneren, Klachten, Functionele Beperkingen en Kwaliteit van Leven. Elk van de vier hoofddomeinen is onderverdeeld in drie tot zes subdomeinen. Deze structuur kwam mede tot stand door statistische analyse en controletoeetsen, hier kort samengevat als clusteranalyse. In het proefschrift werd het NIAF vervolgens gebruikt om een aantal belangrijke thema's van COPD te bestuderen.

De eerste studie ging na wat de waarde van de ernst indeling volgens de GOLD-criteria was voor de gezondheid gemeten door middel van het NIAF. In de studie populatie



waren patiënten gekozen met GOLD-stadium II en III, matig en ernstig COPD, bij wie de voorspelde FEV ligt tussen respectievelijk 50 en 80, en 30 en 50. Van de geteste 15 subdomeinen van het NIAF waren er slechts vijf significant verschillend tussen GOLD II en III, en die verschillen waren klein. Bovendien was er bij de vijf domeinen nog steeds een grote overlap tussen de beide GOLD-stadia. De GOLD-indeling qua ernst is dus weinig onderscheidend op het gebied van de gezondheid.

De tweede studie onderzocht de relatie tussen het maximale inspanningsvermogen op een fietsergometer en subdomeinen van het NIAF. De vraag was of het inspanningsvermogen een representatief beeld kan geven van de gezondheidstoestand als geheel. Van de 16 subdomeinen waren er vele met een significante correlatie met het inspanningsvermogen. Echter, ook hier waren de correlaties zwak, maximaal $r: 0,36$ (voor Subjective Impairments, een onderdeel van Functionele Beperkingen). De conclusie luidde daarom dat er weinig verband bestaat tussen de uitslag van de inspanningstest en de integrale gezondheid. Als gevolg daarvan kan zo'n test het bepalen van de gezondheidstoestand dan ook niet vervangen.

In de derde studie werd de vraag beantwoord of spiermassaverlies (cachexie) geassocieerd is met afname van de gezondheidstoestand, en in welke subdomeinen. Net als in de eerste twee studies werden circa 130 patiënten geïncludeerd, waarvan 17% een te lage spiermassa vertoonde. Zowel gemeten met te lage spiermassa versus normale spiermassa, als met de spiermassa als continue variabele, werd geen verband gevonden met subdomeinen van gezondheid, althans in de niet-fysiologische hoofddomeinen. Wel bleek lage spiermassa gecorreleerd te zijn met parameters van subdomein Hyperinflatie, en nog enkele andere longfunctieparameters. Bij verdere analyse bleek dat bij vrouwen met COPD verlaagde spiermassa vaker voorkomt dan bij mannen, en bij hen geassocieerd is met kenmerken van pulmonaal functioneren die een sterkere mate van emphyseem suggereren. Dit geslachtsverschil ten nadele van vrouwen is een opvallende en nieuwe bevinding.

De vierde studie behandelde de invloed van matig ernstige exacerbaties op de NIAF-subdomeinen van gezondheid in een één jaar durend prospectief onderzoek bij 168 patiënten, waarvan er 52 afvielen door onder andere onvoldoende rapportages over de tussentijdse exacerbaties of incomplete follow-upgegevens. De vraagstelling was of exacerbaties een

negatief effect hebben op de gezondheid, wanneer dat gemeten wordt met het NIAF als nieuwe bepalingsmethode. Dat mocht verwacht worden eerdere literatuur op dit gebied. Het effect van exacerbatiefrequentie gedurende gemiddeld twee jaar was minimaal. Slechts op een subdomein (Expected Dyspnoea, onderdeel van Klachten) werd een gering effect gevonden, in de zin van een zwakke maar significante partiele correlatie met de frequentie van exacerbaties ($r: 0,27$).

Het gehele onderzoek laat zien dat het bepalen van de gezondheid van patiënten met een chronische aandoening als COPD, gebaat is bij een gedetailleerde werkwijze. Het toegepaste NIAF, waarvan inmiddels een kortere versie voor de routinepraktijk beschikbaar is met vrijwel gelijke discriminerende eigenschappen (NCSI), wordt daarom bepleit als noodzakelijk diagnostisch instrument. Het NIAF kan de individuele behandeling beter toespitsen op de eigenlijke problemen en daarmee effectiever maken.

Correspondentieadres
tewe.verhage@ziggo.nl

Patiëntgroepering bij geriatrische revalidatie na CVA: is conditie bij opname indicatief voor ontslagbestemming?

Dr. Bianca I. Buijck, onderzoeker, afdeling eerstelijnsgeriatrie, Radboud UMC, Nijmegen

Dr. Sytse U. Zuidema, hoofd sectie ouderengeneeskunde, afdeling huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, UMCG, Groningen

Dr. Monica Spruit-van Eijk, senior onderzoeker, afdeling public health en eerstelijnsgeriatrie LUMC, Leiden

Hans Bor, statisticus, afdeling eerstelijnsgeriatrie, Radboud UMC, Nijmegen

Dr. Debby L. Gerritsen, senior onderzoeker, afdeling eerstelijnsgeriatrie, Radboud UMC, Nijmegen

Prof. dr. Raymond T.C.M. Koopmans, hoogleraar ouderengeneeskunde in het bijzonder de langdurige zorg, afdeling Eerstelijnsgeriatrie, Radboud UMC, Nijmegen

In 2004 werden wereldwijd 15 miljoen mensen getroffen door een beroerte.¹ De verwachting is dat het aantal patiënten met een beroerte in de toekomst verder zal stijgen door de vergrijzing van de bevolking. In Nederland zal de incidentie van een beroerte dan stijgen van 1,8 per 1000 personen in het jaar 2000 naar 2,8 per 1000 personen in 2020.² Meer dan een kwart van alle patiënten sterft binnen een tot drie maanden na een beroerte.³ Als in Nederland de patiënt een beroerte overleeft, wordt deze na de acute fase in het ziekenhuis doorverwezen naar een revalidatiecentrum of een specifieke revalidatieafdeling van een verpleeghuis. Deze verwijzing hangt af van de leeftijd van de patiënt, diens algehele conditie en het niveau van functioneren. Nederlandse verpleeghuizen bieden oudere patiënten na een beroerte een multidisciplinair revalidatieprogramma met lage intensiteit aan, met als doelstelling de patiënt te

ontslaan naar huis of een verzorgingshuis. Patiënten die revalideren in verpleeghuizen zijn over het algemeen kwetsbaar, hebben een hoge leeftijd en lijden aan comorbiditeit. Daarom is de meer veeleisende revalidatie in revalidatiecentra niet geschikt voor deze oudere patiënten.⁴

In de verpleeghuizen wordt revalidatie aangeboden door een multidisciplinair team. Therapiesessies in verpleeghuizen bestaan uit een combinatie van individuele- en groepstherapieën, gericht op herstel van (functionele) vaardigheden.⁵ Gebaseerd op het klinisch oordeel van de toestand bij opname, beslissen behandelaren over de inhoud van hun behandeling en bieden de patiënt een behandeling op maat. Uit eerder onderzoek blijkt echter dat patiënten met een beroerte die een gestandaardiseerd revalidatieprogramma ontvangen met gerichte revalidatie, beter presteerden dan andere patiënten.⁶

Doel: Het doel van deze studie was om groepen patiënten met een beroerte te onderscheiden op basis van hun gegevens bij opname in verpleeghuizen en het beloop van hun revalidatie te bestuderen met betrekking tot ontslagbestemming.

Methode: Gegevens over patiëntkenmerken, balans, loopvaardigheid, armfunctie, comorbiditeit, ADL, neuropsychiatrische symptomen en depressieve klachten zijn verzameld bij 127 geriatrische patiënten die na een beroerte zijn opgenomen op 15 revalidatieafdelingen.

Resultaten: Door clusteranalyse konden twee groepen patiënten worden onderscheiden: patiënten in ongunstige

conditie bij opname (cluster 1, n=52) en patiënten in redelijk/goede conditie bij opname (cluster 2, n=75). Patiënten in beide groepen verbeterden in balans, loopvaardigheid en ADL. De helft van de patiënten in ongunstige conditie werd ontslagen tegenover 80% van de patiënten in redelijk/goede conditie bij opname.

Conclusie: Hoewel de patiënten in ongunstige conditie meer kans hebben om permanent te worden opgenomen in een verpleeghuis, was dit niet het geval voor de helft van deze patiënten. Voor patiënten in ongunstige conditie is ontslag naar huis of verzorgingshuis daarmee een haalbaar doel.

Uit de literatuur blijkt dat leeftijd en functionele toestand bij opname na een beroerte de belangrijkste determinanten zijn van revalidatie-uitkomst.⁶ Verder zijn er een aantal bijkomende factoren die revalidatie-uitkomsten en ontslagbestemming kunnen beïnvloeden, zoals comorbiditeit⁷, therapie-intensiteit⁸, vroege start van de therapie na beroerte^{8,9}, motivatie van de patiënt, de steun van familieleden, neuropsychiatrische symptomen¹⁰ en de omgeving van de patiënt.⁸ Om zinvolle patiëntengroepen te identificeren voor het ontwikkelen van specifieke revalidatieprogramma's in verpleeghuizen, zijn de doelstellingen van dit onderzoek:

- 1) specifieke patiëntengroepen onderscheiden op basis van hun gegevens bij opname in verpleeghuizen op een specifieke revalidatie afdeling;
- 2) het beloop van de revalidatie van deze specifieke patiëntengroepen met betrekking tot hun ontslagbestemming bestuderen.

METHODE - ONDERZOEKSPROTOCOL

Deze studie maakt deel uit van de Nijmeegse 'Geriatric Rehabilitation in AMPutation and Stroke study' (GRAMPS). Dit is een longitudinale, multicenter, observationele studie van geriatrische patiënten die voor revalidatie opgenomen waren in verpleeghuizen.¹¹ Er werden gegevens verzameld van januari 2008 tot januari 2009 in 15 Nederlandse verpleeghuizen, die allemaal deel uitmaken van het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON: www.ukonnetwerk.nl) en van het Universitair Medisch Centrum St Radboud. De commissie mensgebonden onderzoek (CMO) van de regio Arnhem-Nijmegen gaf goedkeuring voor het onderzoeksprotocol van de GRAMPS-studie.

PATIËNTEN

Alle patiënten die opgenomen werden voor revalidatie na een beroerte werden gevraagd om deel te nemen. Er werden vier categorieën patiënten uitgesloten van deelname: 1) patiënten die geen informed consent gaven, 2) wilsonbekwame patiënten, 3) patiënten met verwacht ontslag binnen twee weken, 4) zieke patiënten waarvan verwacht werd dat ze binnen enkele weken zouden overlijden.

METINGEN

De volgende kenmerken werden uit de medische dossiers van de patiënt verzameld: leeftijd, geslacht, eerste beroerte of niet, type beroerte (ischemisch/niet-ischemisch) en lokalisatie van de beroerte.

Informatie over comorbiditeit werd geregistreerd met behulp van de charlsonindex (CI). De barthelindex (BI) werd gebruikt voor het meten van activiteiten van het dagelijks leven (ADL). De Frenchay Arm Test (FAT) werd gebruikt om de armfunctie te meten na een beroerte. Balans werd beoordeeld met behulp van de Berg Balance Scale (BBS). Met de FAC-score werd het vermogen van een patiënt om onafhankelijk te lopen beoordeeld. Voor het meten van neuropsychiatrische symptomen werd de Neuropsychiatric

Inventory Nursing Home Version gebruikt (NPI-NH). De acht-item versie van de Geriatric Depression Scale (GDS-8) werd gebruikt om te screenen op depressieve klachten. De instrumenten zijn uitgebreid beschreven in het onderzoeksprotocol van de GRAMPS-studie.¹¹ Alle hierboven genoemde metingen werden binnen drie weken na opname in het verpleeghuis uitgevoerd. Metingen van BI, FAT, BBS, FAC, NPI-NH, en GDS-8 werden herhaald binnen twee weken voor ontslag.

STATISTISCHE ANALYSE

Om zinvolle groepen patiënten te identificeren, is eerst een tweestapsclusteranalyse uitgevoerd om variabelen te identificeren die onderscheid maken tussen de groepen. Clusteranalyse is erop gericht om groepen te creëren waarbij de mate van verwantschap tussen patiënten maximaal is als ze behoren tot dezelfde groep.

Leeftijd, geslacht, informatie over de beroerte (CVA-type, lokalisatie, eerste beroerte) en opname gegevens van de CI, BI, FAT, BBS, FAC, NPI-NH, en GDS-8 werden opgenomen in de tweestapsclusteranalyse. Gegevens over cognitie, afasie en slikken¹¹ bij opname werden ook opgenomen in het clustermodel, maar omdat deze geen statistisch significante bijdrage leverden werden ze weggelaten uit de uiteindelijke analyse.

Vervolgens werd bepaald wat het revalidatieresultaat was van de patiënten in de clusters in termen van: 1) het percentage van succesvolle revalidatie (ontslag naar huis of verzorgingshuis binnen een jaar na opname), 2) het beloop van de functionele toestand (BI, FAT, BBS en FAC), 3) neuropsychiatrische symptomen (NPI-NH) en 4) depressieve klachten (GDS-8) tijdens de revalidatie. Verschillen in het resultaat tussen de twee clusters werden berekend met behulp van de Mann-Whitney-U test en de Chi-kwadraat test. Veranderingen tussen de scores opname-ontslag werden getest met behulp van de Wilcoxon Signed-Rank test. De Kruskal-Wallis test werd gebruikt voor het testen van verschillen tussen groepen. Alle gegevens werden verwerkt met behulp van SPSS 18.

RESULTATEN

Van de 378 in aanmerking komende patiënten, werden 186 patiënten geïncludeerd in het GRAMPS-onderzoek. Patiënten werden geëxcludeerd als ze geen informed consent gaven ($n=73$), kritiek ziek ($n=13$) of wilsonbekwaam waren ($n=64$), of ontslag werd verwacht binnen twee weken ($n=7$). Bovendien werden 35 patiënten niet gevraagd om deel te nemen om logistieke redenen, bijvoorbeeld tijdens de vakantie werden patiënten om en om opgenomen om overbelasting van het personeel te voorkomen. De geëxcludeerde patiënten verschilden niet significant van de geïncludeerde patiënten in termen van leeftijd, geslacht of duur van het verblijf in het verpleeghuis. Alle patiënten werden opgeno-

Tabel 1. Beschrijving resultaten variabelen en clusters.

Variabele	Totaal n= 127 Mediaan (IQR)	%	Cluster 1 Mediaan (IQR) n= 52	%	Cluster 2 Mediaan (IQR) n=75	%	Significant verschil tussen clusters
Berg Balance Scale (range 0-56)	31 (5, 46)		3 (0, 17)		44 (33, 50)		**
Functional Ambulation Categories (range 0-5)	3 (0, 4)		0 (0, 2)		4 (3, 4)		**
Barthel Index (range 0-20)	12 (6, 16)		4.5 (2, 9)		14 (13, 18)		**
Frenchay Arm Test (range 0-5)	4 (1, 5)		1 (0, 4)		5 (4, 5)		**
Charlson Index (range 0-27)	2 (1, 3)		3 (2, 3)		2 (1, 2)		**
Global Depression Scale (range 0-8)	1 (0, 3)		1.5 (1, 4)		1 (0, 2)		**
Neuropsychiatric Inventory: Nursing Home version (range 0-144)	0 (0, 5)		3.5 (0, 12)		0 (0, 2)		**
Geslacht: man		48		35		57	*
Lokalisatie beroerte rechts		57.5		65		54	
Ischemische beroerte		85		90		81	
Eerste beroerte		83		87		80	
Leeftijd (jaren)	80 (76, 85)		81 (76, 86)		79 (76, 85)		

Cluster 2 $n = 75$ (59,1% van de patiënten)

Cluster 1 $n = 52$ (40,9% van de patiënten)

Sterretjes geven significante verschillen aan tussen groepen. Mann-Whitney-U Test and Chi-squared Test (** $p < 0.01$, * $p < 0.05$).

Variabelen die het best onderscheiden staan meest bovenaan

men in het ziekenhuis op dag één van de beroerte, en zij verbleven na de beroerte gemiddeld 23 dagen in het ziekenhuis (spreiding negen dagen - zes weken).

In dit onderzoek werden van 127 patiënten de volledige gegevens verzameld en opgenomen in de clusteranalyse. De gemiddelde opnamescores (variabelen in het clusteranalyse) van patiënten met incomplete gegevens waren niet verschillend van de patiënten die wel opgenomen werden in de clusteranalyse, behalve voor leeftijd (gemiddelde leeftijd 76 en 80 jaar voor respectievelijk geëxcludeerde en geïncludeerde patiënten, $p < 0,05$). Tabel 1 geeft de resultaten van de clusteranalyse weer gebaseerd op opnamegegevens. Patiënten bleken te clusteren in twee groepen. De groepen kunnen worden omschreven als een cluster van patiënten die bij opname in ongunstige conditie verkeren (cluster 1, 'ongunstig cluster') en een cluster met patiënten die bij opname in een redelijk/goede conditie verkeren (cluster 2, 'goed cluster').

Tabel 2 geeft de verandering weer in scores tussen opname en ontslag van de twee clusters. Patiënten in het goede cluster verbeterden in ADL (BI), balans (BBS) en loopvermogen (FAC). Patiënten in het ongunstige cluster verbeterden eveneens in ADL (BI), balans (BBS), loopvermogen (FAC), en daarnaast ook in armfunctie (FAT).

Een totaal van 84 patiënten (66%) werden ontslagen naar huis of een verzorgingshuis, en 43 patiënten (34%) werden

permanent opgenomen in een verpleeghuis. Binnen het ongunstige cluster ($n=52$) werden 28 patiënten (54%) permanent opgenomen in een verpleeghuis en 24 patiënten (46%) werden ontslagen naar huis of verzorgingshuis. In het goede cluster ($n=75$) werden 15 patiënten (20%) permanent opgenomen in een verpleeghuis en 60 patiënten (80%) werden ontslagen naar huis of een verzorgingshuis. Het ontslagpercentage verschilde significant tussen het goede en de ongunstige cluster ($p < 0,0005$).

In het ongunstige cluster verbeterden patiënten die uiteindelijk met ontslag gingen in ADL (BI), balans (BBS), armfunctie (FAT), loopvaardigheid (FAC), en namen depressieve klachten (GDS-8) en neuropsychiatrische symptomen (NPI) af. De ontslagscores van patiënten in het ongunstige cluster die werden ontslagen naar huis of verzorgingshuis waren bijna gelijk aan de opnamescores van de patiënten in het goede cluster die werden ontslagen. Patiënten in het goede cluster die werden ontslagen verbeterden in ADL (BI), balans (BBS), armfunctie (FAT) en loopvaardigheid (FAC).

De patiënten die in ongunstige conditie verkeerden bij opname en toch werden ontslagen naar huis of verzorgingshuis, toonden de meeste verbetering ten opzichte van de andere groepen. Significante verschillen tussen deze groep en de andere groepen aan de hand van de beloopcores opname- en ontslag waren zichtbaar voor balans (BBS), ADL (BI), loopvaardigheid (FAC), en armfunctie (FAT) (Kruskal-Wallis test $p < 0,01$).

Tabel 2. Verandering in de scores tussen opname en ontslag voor alle variabelen.

Variabelen	Cluster 1 mediaan (IQR)	Cluster 2 mediaan (IQR)	Cluster 1 OO mediaan (IQR)	Cluster 1 OVPH mediaan (IQR)	Cluster 2 GO mediaan (IQR)	Cluster 2 GVPH mediaan (IQR)
BI opname	n=52 4.5 (2, 8.75)	n=75 14 (13, 18)	n=24 6 (3, 9.75)	n=28 3.5 (2, 6.75)	n=60 15 (13, 18)	n=15 13 (11, 17)
BI ontslag	n=41 11 (5.5, 15)**	n=70 18 (16, 20)**	n=23 14 (13, 16)**	n=18 5 (3, 9.25)	n=60 19 (17, 20)**	n=10 10 (4.5, 13.25)
BBS opname	n=52 3 (0, 16.75)	n=75 44 (33, 50)	n=24 9 (1.25, 24.50)	n=28 1.5 (0, 4)	n=60 44 (35, 50)	n=15 35 (27, 47)
BBS ontslag	n=39 28 (3, 39)**	n=66 48 (40.5, 52)**	n=22 38 (28, 45.25)**	n=17 3 (0, 14.5)*	n=56 49 (44, 51.75)**	n=10 25.50 (17, 52.75)
FAC opname	n=52 0 (0, 2)	n=75 4 (3, 4)	n=24 0 (0, 2)	n=28 0 (0, 1)	n=60 4 (3, 4)	n=15 3 (3, 4)
FAC ontslag	n=39 3 (0, 4)**	n=69 5 (4, 5)**	n=22 4 (3, 4)**	n=17 0 (0, 2)	n=58 5 (4, 5)**	n=11 3 (3, 5)
FAT opname	n=52 1 (0, 3.75)	n=75 5 (4, 5)	n=24 0.5 (0, 3)	n=28 1 (0, 4.75)	n=60 5 (4.25, 5)	n=15 5 (4, 5)
FAT ontslag	n=38 1 (0, 5)*	n=65 5 (5, 5)	n=21 3 (0, 5)**	n=17 0 (0, 4)	n=57 5 (5, 5)*	n=8 5 (1.25, 5)
GDS-8 opname	n=52 1.5 (1, 4)	n=75 1 (0, 2)	n=24 1 (0, 3.75)	n=28 2 (1, 4.75)	n=60 0 (0, 1)	n=15 1 (0, 2)
GDS-8 ontslag	n=35 1 (0, 2)	n=61 0 (0, 1)	n=20 1 (0, 2)**	n=15 1 (0, 4)	n=54 0 (0, 0.25)	n=7 4 (1, 5)
NPI-NH opname	n=52 3.5 (0, 12)	n=75 0 (0, 2)	n=24 2 (0, 7.5)	n=28 6.5 (0, 17.5)	n=60 0 (0, 1)	n=15 0 (0, 4)
NPI-NH ontslag	n=40 0 (0, 5.75)	n=70 0 (0, 1)	n=22 0 (0, 1.25)**	n=18 3.5 (0, 15)	n=60 0 (0, 0)	n=10 2 (0, 6.5)

Sterretjes geven significante verschillen aan in de groep. Wilcoxon Signed Rank Test (** $p < 0.01$, * $p < 0.05$).

Cluster 1 OO: patiënten met ongunstige opname scores die ontslagen zijn naar huis/verzorgingshuis.

Cluster 1 OVPH: patiënten met ongunstige opname scores die permanent opgenomen zijn in een verpleeghuis.

Cluster 2 GO: patiënten goede opname scores die ontslagen zijn naar huis/verzorgingshuis.

Cluster 2 GVPH: patiënten met goede opname scores die permanent opgenomen zijn in een verpleeghuis.

DISCUSSIE

Met behulp van clusteranalyse, met relevante patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht, type beroerte, eerste beroerte, lokalisatie beroerte), balans, armfunctie, loopvermogen, activiteiten van het dagelijks leven, depressieve klachten en neuropsychiatrische symptomen, waren we in staat om twee clusters van patiënten te identificeren: degenen in (redelijk) goede conditie bij opname en degenen in ongunstige conditie bij opname. Vergeleken met patiënten in het ongunstige cluster scoorden patiënten in het goede cluster aanzienlijk beter op alle metingen. Balans (BBS) onderscheidde het beste de patiënten in het ongunstige en goede cluster, gevolgd door loopvermogen (FAC) en ADL (BI). Hoewel er controverse is op het gebied van onderzoek naar voorspellers van succesvolle revalidatie, heeft in de meeste studies functionele status een sterkere associatie met negatieve revalidatie-uitkomst dan neuropsychiatrische symptomen en depressieve klachten.^{12,13,14}

In het ongunstige cluster waren scoreveranderingen meer uitgesproken dan in het goede cluster. Binnen ieder cluster werd een groep patiënten ontslagen naar huis of een verzorgingshuis, en een groep werd permanent opgenomen in een verpleeghuis. Ondanks dat patiënten in ongunstige conditie een hogere kans hadden om permanent opgenomen te worden in een verpleeghuis, werd de helft van deze patiënten ontslagen naar huis of verzorgingshuis. Voorspellen van ontslag kan daarom misleidend zijn als therapeuten en artsen alleen initiële functionele status nemen als een basis voor ontslag.¹⁵ Ze lopen daarmee het risico om de patiënten uit het oog te verliezen die alsnog voldoende herstellen tijdens de revalidatie en met ontslag kunnen. Revalidatieprogramma's op basis van continue monitoring van de fysieke en psychische conditie van de patiënten kunnen nuttig zijn voor een optimaal individueel toegesneden revalidatiezorg.^{16,17}

Ontslagen patiënten in ongunstige conditie verbeterden meer dan ontslagen patiënten in goede conditie. In deze studie was het totale percentage patiënten dat met ontslag naar huis of verzorgingshuis kon bijna 70%. Onze hypothese is dat een meer geprotocolleerde en intensievere multidisciplinaire revalidatie een positief effect heeft op de revalidatie. Als gevolg daarvan kan het percentage patiënten dat ontslagen wordt naar huis of verzorgingshuis toenemen. Revalidatieprogramma's kunnen er toe leiden dat functionele prestaties verbeteren.^{9,18} Deze programma's moeten een hoge therapie-intensiteit hebben voor patiënten in ongunstige conditie. Er is aangetoond dat patiënten met een slechte prognose meer voordeel hebben van hogere intensiteit dan patiënten die in goede conditie zijn bij opname⁹, maar toch blijkt dat patiënten met een ernstige beroerte minder therapeutisch actief zijn dan patiënten met een milde beroerte.⁸

Neuropsychiatrische symptomen en depressieve klachten waren significante factoren om patiënten te scheiden in het ongunstige en goede cluster. Revalidatieprogramma's moeten naast aandacht voor balans en functionele status, ook aandacht geven aan behandeling van neuropsychiatrische symptomen en depressieve klachten. Deze kunnen toenemen tijdens de revalidatie.¹⁰ Voor een intensief revalidatieprogramma is een therapeutisch klimaat nodig, en verpleegkundigen en verzorgenden kunnen daar goed aan bijdragen vanwege hun permanente aanwezigheid op de revalidatie afdeling.²⁰ Het is belangrijk dat verpleegkundigen en verzorgenden patiënten stimuleren om eenvoudige oefeningen uit te voeren, zoals lopen, het reiken naar objecten en opstaan uit een stoel. Voor elke individuele patiënt moet bepaald worden welke activiteiten therapeutisch zijn en bijdragen aan een succesvolle revalidatie.

We observeerden bescheiden verbeteringen bij de patiënten in het goede cluster, waardoor de vraag rijst of deze patiënten mogelijk beter af waren met ambulante revalidatie of dagbehandeling in plaats van opname in een instelling. Bestuurders van organisaties kunnen mogelijk de revalidatie organiseren in de thuissituatie door inzetten van 'mobiele expertteams beroerte'. Deze expertteams bestaan uit multidisciplinaire teamleden uit het verpleeghuis. Revalidatie in de woonsituatie van patiënten of in dagbehandeling zou niet alleen gunstig voor patiënten kunnen zijn, maar is ook meer kosteneffectief. Met ambulante zorg of dagbehandeling kunnen kosten voor gezondheidszorg afnemen.^{21,22}

Een beperking van ons onderzoek is het risico op selectie-bias door ontbrekende gegevens van patiënten. Voor alle variabelen, behalve voor leeftijd, waren de gemiddelde opnamescores niet significant verschillend voor patiënten met onvolledige gegevens versus patiënten met volledige gegevens. Daarom zijn we van mening dat onze resultaten ook van toepassing zijn op de meerderheid van de patiënten die zijn opgenomen in verpleeghuizen voor revalidatie.

Er is weinig literatuur beschikbaar in het veld van de geriatrische revalidatie. Daarom is verder onderzoek nodig naar de factoren die bijdragen aan het herstel van patiënten in ongunstige conditie bij opname. Bovendien bevelen we aan om in een interventie-studie de therapie-intensiteit te onderzoeken. Ten slotte bestaat er behoefte aan onderzoek naar (kosteneffectiviteit van) ambulante revalidatie of dagbehandeling om opname in een verpleeghuis te voorkomen. De resultaten van dergelijke studies zullen meer inzicht bieden in de complexe omstandigheden waar geriatrische patiënten met een CVA mee geconfronteerd worden.

CONCLUSIE

Door clusteranalyse werden twee clusters van patiënten geïdentificeerd: patiënten die bij opname in redelijk/goede conditie verkeerden en degenen die bij opname in ongun-

stige conditie verkeerden. Patiënten in ongunstige conditie bij opname hadden meer kans om permanent te worden opgenomen in een verpleeghuis, maar dit was niet het geval bij de helft van deze patiënten. Dit impliceert dat ontslag naar huis een haalbaar doel is voor deze patiënten. Het is belangrijk om aandacht te besteden aan het revalidatieproces van patiënten in ongunstige conditie bij opname.

LITERATUUR

1. Mackay J, Mensah GA. *The atlas of heart disease and stroke*. Geneva: WHO, 2004.
2. Struijs JN, Genugten ML van, Evers SM, Ament AJ, Baan CA, Bos GA van den. *Modeling the future burden of stroke in The Netherlands: impact of aging, smoking, and hypertension*. *Stroke* 2005, 36:1648-1655.
3. Vaartjes I, Reitsma JB, Berger-van Sijl M, Bots ML. *Gender Differences in Mortality after Hospital Admission for Stroke*. *Cerebrovasc Dis* 2009, 28:564-571.
4. Heugten C van, Benjaminsen S. *Samenwerking in de CVA zorgketen: een uniek duo onderzocht*. *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde* 2005, 30(4):5-7.
5. *The Dutch Resource Utilization Group ZZP9*. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2010/10/13/zorgzwaartepakketten-sector-gz-versie-2011.html>. Accessed December 15th 2011.
6. Ottenbacher, KJ, Jannell, S. *The Results of Clinical Trials in Stroke Rehabilitation Research*. *Arch Neurol* 1993, 50(1):37-44.
7. Hoek JF, Ribbe MW, Hertogh CM, Vleuten CP van der. *The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience*. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003, 18:244-249.
8. Bernhardt J, Chitravas N, Meslo IL, Thrift AG, Indredavik B. *Not all stroke units are the same: a comparison of physical activity patterns in Melbourne, Australia, and Trondheim, Norway*. *Stroke* 2008, 39:2059-2065.
9. Kwakkel G. *Impact of intensity of practice after stroke: issues for consideration*. *Disabil Rehabil* 2006, 28:823-830.
10. Buijck BI, Zuidema SU, Spruit-van Eijk M, Geurts AC, Koopmans RT. *Neuropsychiatric symptoms in geriatric patients admitted to skilled nursing facilities in nursing homes for rehabilitation after stroke: a longitudinal multicenter study*. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010, 27:734-41.
11. Spruit-van Eijk M, Buijck BI, Zuidema SU, Voncken FL, Geurts AC, Koopmans RT. *Geriatric rehabilitation of stroke patients in nursing homes: a study protocol*. *BMC Geriatr* 2010, 10:15.
12. Agarwal V, McRae MP, Bhardwaj A, Teasell RW. *A model to aid in the prediction of discharge location for stroke rehabilitation patients*. *Arch Phys Med Rehabil* 2003, 84:1703-1709.
13. Paolucci S, Antonucci G, Pratesi L, Traballese M, Lubich S, Grasso MG. *Functional outcome in stroke inpatient rehabilitation: predicting no, low and high response patients*. *Cerebrovasc Dis* 1998, 8:228-234.

14. Spruit-van Eijk M, Zuidema SU, Buijck BI, Koopmans RT, Geurts AC. Determinants of rehabilitation outcome in geriatric patients admitted to skilled nursing facilities after stroke: a Dutch multi-centre cohort study. *Age Ageing* 2012, 41:746-752.
15. Balaban B, Tok F, Yavuz F, Yasar E, Alaca R. Early rehabilitation outcome in patients with middle cerebral artery stroke. *Neurosci Lett* 2011, 498:204-207.
16. Kwakkel G, Wagenaar RC. Effect of duration of upper- and lower-extremity rehabilitation sessions and walking speed on recovery of interlimb coordination in hemiplegic gait. *Phys Ther* 2002, 82:432-448.
17. Barreca S, Wolf SL, Fasoli S, Bohannon R. Treatment interventions for the paretic upper limb of stroke survivors: a critical review. *Neurorehabil Neural Repair* 2003, 17:220-226.
18. Kalra L, Eade J. Role of stroke rehabilitation units in managing severe disability after stroke. *Stroke* 1995, 26:2031-2034.
19. Wodchis WP, Teare GF, Naglie G, Bronskill SE, Gill SS, Hillmer MP, et al. Skilled nursing facility rehabilitation and discharge to home after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2005, 86:442-448.
20. Henderson VA. Preserving the essence of nursing in a technological age. *J Adv Nurs* 1980, 5:245-260.
21. Board for Health-Care Insurance: Manual for cost-analysis (Published in Dutch: College voor Zorgverzekeringen: Handleiding voor Kostenonderzoek) http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/losse-publicaties/handleiding-kostenonderzoek-2010.pdf. Accessed October 1th 2012.
22. Kok LM, Stevens J, Gameren E van, Sadiraj K, Woittiez IB. Economic Statistical Announce: The benefits of living at home (Published in Dutch: Economisch Statistische Berichten. De baten van thuiswonen): http://esbonline.sdu.nl/esb/images/900036_tcm445-240815.pdf. Accessed October 1th 2012.

Correspondentieadres
b.buijck@zeelandnet.nl

* Gedane studie: is patiëntgroepering op basis van de toestand bij opname indicatief voor ontslagbestemming bij geriatrische patiënten met een beroerte?

Deze studie werd gefinancierd door twee zorgorganisaties: 'Stichting Voor Regionale Zorgverlening (SVRZ)' en 'Stichting De Zorgboog'. Een subsidie van 25.000 euro voor de GRAMPS-studie werd ontvangen van de Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen (SWBV).

Deze studie is gepubliceerd in BMC Health Services Research: Buijck BI, Zuidema SU, Spruit-van Eijk M, Bor H, Gerritsen DL, Koopmans RTCM. Is patient-grouping on basis of condition on admission indicative for discharge destination in geriatric stroke patients after rehabilitation in skilled nursing facilities? The results of a cluster analysis BMC Health Services Research 2012, 12:443.

Van verpleeghuisarts... ... naar specialist ouderengeneeskunde

Mieke Draijer, voorzitter Verenso

Het schrijven van mijn column voor het novemnummer van dit tijdschrift is elk jaar weer bijzonder, omdat deze editie van het tijdschrift wordt uitgereikt tijdens het jaarcongres, het grootste evenement van onze vereniging. Velen van u zal ik 'live' spreken tijdens de Verenso tweedaagse. Door het succes van vorig jaar hebben we er ook dit jaar voor gekozen een tweedaags congres te organiseren. Mijn dank aan de congrescommissie!

De tijd is rijp om in het nieuwe jaar het stokje als voorzitter over te gaan dragen. Uiteraard kijk ik in mijn laatste congrescolumn graag even terug op de afgelopen jaren. Toen ik op 1 januari 2009 begon aan het voorzitterschap van Verenso – destijds NVVA geheten – waren we nog verpleeghuisartsen. Letterlijk. Afgezien van de sociaal gerieters werkten we veelal in de verpleeghuizen, en eventueel zo nu en dan in een verzorgingshuis. Dat dit snel zou veranderen, liet zich toen al aanzien.

Ten eerste door de ontwikkeling van het vak zelf. De sociaal gerieters en de verpleeghuisartsen hadden zich verenigd in de NVVA en de sociale geriatrie werd geïntegreerd in een driejarige opleiding. De eerste lijn en de GGz werden daarmee ook de werkplek van de nieuwe dokter. Daarnaast werden de eerste contouren zichtbaar van een ouderenzorg die zou gaan extramuraliseren. De beroepsgroep had zich laten zien als de dokter voor kwetsbare ouderen 'waar die ook verblijven'. En zoals nu bij iedereen bekend, zullen ouderen door de ingezette politieke koers steeds vaker langer thuis blijven wonen.

De naam verpleeghuisarts dekte niet meer de lading, want het verpleeghuis was niet de enige werkplek van deze dokter. Een goede naam verkrijgen binnen de constellatie van de KNMG is zeer ingewikkeld. Uiteindelijk werd gekozen voor specialist ouderengeneeskunde. Deze naam kent voor- en tegenstanders. Persoonlijk vind ik het mooi dat de naam zowel het specialisme in ons vak benadrukt (specialist voor een bepaalde populatie, binnen die populatie generalist) als de geneeskundige inhoud van ons handelen. Want ons vak werd in hoge mate geassocieerd met zorg. Op zich geen probleem, maar jonge dokters willen dokteren en (nog) niet zorgen. Een naam moet geen belemmering zijn voor



nieuwe instroom, maar juist helpen goede mensen aan te trekken. Gelukkig heb ik dat de laatste jaren juist ook zien gebeuren. De jonge aanwas bestaat uit pittige, competente (jonge) mensen die een zeer goede bijdrage kunnen leveren aan het imago en het neerzetten van ons mooie vak en oog hebben voor het belang van wetenschap. De aioto-trajecten en het thema van het jaarcongres zijn hier mooie voorbeelden van.

We zitten nu met zijn allen in een transitie van de zorg in Nederland. Ook de specialist ouderengeneeskunde moet zijn vak anders gaan invullen: van AWBZ naar Zorgverzekeringswet. Dit betekent productie draaien, declarabele uren maken, registratie en transparantie. Ook dit zullen we met glans doorstaan.

Zien wat er komt, anticiperen, voorsorteren en de nieuwe richting inslaan is dé manier om in de huidige tijd van veranderingen mogelijkheden te benutten en kansen te pakken. Vasthouden aan het oude heeft geen zin. Alleen op die manier gaat het specialisme ouderengeneeskunde de transitie van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij overleven.

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

Leergang Ouderengeneeskunde

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

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



Richtlijnen voor auteurs

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

INDIENEN VAN EEN BIJDRAGE

Tekst

- De eerste pagina dient de achternaam, voornaam, voorletters, titel(s), functie en eerste werkgever van de auteurs te bevatten alsmede het e-mailadres van de corresponderende auteur. Als u zelf geen titel vermeldt, wordt er geen toegevoegd.
 - Voorbeeld: dr. Jan V.B. Voorbeeld, specialist ouderengeneeskunde – De Zonnewende te Rotterdam
- Maak de tekst voor een wetenschappelijk- of onderzoeksartikel niet langer dan 2400 woorden. Dit is exclusief eventuele tabellen, figuren, samenvatting en referenties. Voorzie een wetenschappelijk- of onderzoeksartikel van een samenvatting (maximaal 150 woorden) in het Nederlands en gebruik hiervoor de volgende indeling: Achtergrond en doel – Resultaten – Methode – Discussie.
- Voor een CAT geldt een maximum van 1000 woorden.
- Voor een opiniërend of journalistiek artikel geldt een maximum van 1500 woorden.
- De hoofdtitel mag niet meer dan 35 karakters bevatten, de subtitel niet meer dan 50 karakters.
- Bedenk – indien gepast – een of meerdere streamers (een citaat, uitspraak of motto) van maximaal 70 karakters.
- Titels van alinea's, paragrafen en subkopjes zijn maximaal 30 karakters (1 regel).
- Geef in de bijdrage aan waar de tabellen, figuren en illustraties ongeveer geplaatst kunnen worden.
- Bijdragen dienen te worden aangeleverd per e-mail als Wordbestand.
- Gebruik geen voetnoten. Maak alleen gebruik van eindnoten indien dat noodzakelijk is.
- In de tekst wordt door middel van een volgnummer verwezen naar eventuele literatuur.

Taal

- Een bijdrage dient in de Nederlandse taal gesteld te zijn, tenzij anders is overeengekomen.
- Vermeld van medicamenten alleen de stofnaam.
- Gebruik de nieuwste officiële spelling (het Groene boekje).
- Schrijf in de tekst getallen tot tien voluit, voor zover dat niet storend is.
- Gebruik dubbele aanhalingstekens bij citaten ("citaat") en gebruik binnen de tekst verder alleen enkele aanhalingstekens.
- Schrijf afkortingen de eerste keer waar deze in de tekst verschijnt voluit (dit geldt ook voor de term 'specialist ouderengeneeskunde'), maar gebruik zo min mogelijk afkortingen en zo mogelijk alleen gangbare afkortingen.
- Zorg voor leestekens en diakritische tekens, bijvoorbeeld patiënten in plaats van patienten.
- Breek woorden niet af aan het einde van de zin. Maak bij tekstverwerkingsprogramma's gebruik van automatisch afbreken.

Afbeeldingen/tabellen/figuren

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

Literatuur

- De literatuurlijst dient voor een wetenschappelijk- of praktijkartikel niet langer te zijn dan **vijftien** referenties. Bij meer dan vijftien referenties wordt aangegeven dat de volledige literatuurlijst is op te vragen bij de auteur. Voor andere artikelen geldt een maximum van tien.

- De literatuurlijst is gerangschikt naar het nummer van de verwijzing in de tekst.
- Artikelen die nog niet gepubliceerd zijn, mogen alleen in de literatuurlijst worden opgenomen indien zij geaccepteerd zijn voor publicatie. In dat geval dient de naam van het tijdschrift of het boek vermeld te worden.
- Persoonlijke communicatie en niet-gepubliceerde artikelen dienen opgenomen te worden als eindnoot en als zodanig te worden aangemerkt.
- De referenties worden volgens Vancouver regels weergegeven. Maak voor vermelding van de naam van een tijdschrift gebruik van de standaard afkorting van de Index Medicus. Schrijf bij twijfel de naam voluit.
 - Voorbeeld: Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MC, Straus SM, Hofman A, Deckers JW, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. Eur Heart J 2004;25:1614-9 of Rapport uitgegeven door een instituut: Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Tussen cure en care. Advies voor een referentiekader voor mensen met ernstige en langdurige beperkingen als gevolg van gezondheidsproblemen. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994.

VERKLARING AUTEURS

Door het inzenden van een bijdrage verklaren alle auteurs dat:

- zij ermee akkoord gaan dat zij vermeld worden als (mede)auteur;
- zij ervan op de hoogte zijn dat de redactie de bijdrage ter beoordeling kan voorleggen aan anderen dan de redactieleden;
- zij het document 'richtlijnen voor auteurs' gelezen heeft en hiermee akkoord gaan.
- toestemming voor het betreffende onderzoek van een medisch-ethische commissie is verkregen in geval van een publicaties over onderzoek waarbij derden betrokken zijn (geweest). Het aanmeldnummer dient vermeld te worden in artikel. Voor case reports geldt dat schriftelijk toestemming voor publicatie is verkregen bij de patient of diens wettelijk vertegenwoordiger. Publicatie kan pas plaatsvinden nadat deze toestemming is verleend.

PROCEDURE BEOORDELING BIJDRAGE

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

DRUKPROEVEN

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

PLAATSING

De redactie bepaalt in redelijkheid het moment waarop een bijdrage daadwerkelijk wordt gepubliceerd. Daarnaast behoudt zij het recht om teksten en titels aan te passen conform de in dit document gestelde richtlijnen.

REDACTIEADRES

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

INLICHTINGEN

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