

39e jaargang no. 2 | april 2014



Revalidatie centreren of zo dicht mogelijk bij huis

Wetenschap en ouderenzorg dichter bij elkaar

Succesvol kwaliteitsverbeteringstraject GRZ

Geriatrische COPD, bij wie en met welk effect

verenSo
specialisten in
ouderengeneeskunde

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

Demente man op de gesloten afdeling stapt uit het raam en verdwijnt...



57

Schakelen



76

Ouderengeneeskunde 2.0



86

In dit nummer

Wetenschap en praktijk

- 55 Dementiezorg zonder antipsychotica van sederen naar activeren
- 57 Demente man op de gesloten afdeling stapt uit het raam en verdwijnt...
- 58 Revalidatie centreren of zo dicht mogelijk bij huis?
- 61 Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)
- 72 Geriatrische COPD Revalidatie

Verslag

- 60 Wetenschap en ouderenzorg dicht bij elkaar

Onderzoek

- 66 Cranberrysupplement

Boekbespreking

- 68 Over(-)behandelen, ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen

Hora est

- 69 De behandeling van vitamine D-gebrek bij Nederlandse verpleeghuisbewoners
- 77 Appropriate prescribing for older people
- 82 Kauwen en mondgezondheid bij ouderen met een vorm van dementie

Gastcolumn

- 76 Schakelen

Nieuws uit de regio

- 79 Nieuws van de regio Randstad Zuid

Ingezonden brief

- 80 Medische zorg voor ouderen

Actueel

- 84 Veldnormen en inspectie, altijd correct?

Vaste rubrieken

Hoofdredactioneel

- 54 Redactioneel

Digitaal

- 86 Ouderengeneeskunde 2.0

Bureau Verenso

- 88 Woord voorzitter

Leergang Ouderengeneeskunde

- 89 Leergang Ouderengeneeskunde

Redactioneel

Martin van Leen, hoofdredacteur



Dit nummer is de op één na laatste papieren versie van ons tijdschrift. Na dit nummer volgt nog één themanummer en dan gaan we over op een volledig digitale versie. In de laatste weken zijn er grote stappen genomen om te kunnen realiseren dat tijdschrift nummer 4 digitaal en in een plezierig te lezen versie beschikbaar komt. Maar we zijn er nog niet. Er wordt druk gewerkt aan de verfijning van de vormgeving en aan de technische kant van het tijdschrift. Een wens van de redactie is dat het tijdschrift, net als alle Verenso-producten, voor iedereen toegankelijk is. Een groter leespotentieel leidt mogelijk ook tot andersoortige artikelen. Als hoofdredacteur heb ik er het volste vertrouwen in dat er een goede stap is genomen.

Themanummer 1 was een duidelijk ander nummer dan u gewend bent. Als redactie vinden we het belangrijk om ook andere aspecten van ons vak te publiceren. Over het algemeen waren de reacties op het themanummer Lifestyle positief.

In dit nummer vindt u een gevarieerd aanbod van publicaties. Zo vroegen wij onlangs aan drie gepromoveerde artsen om een samenvatting van hun thesis te maken. Clara Drenth heeft een bijdrage geleverd over geneesmiddelengebruik, Victor Chel beschrijft de rol van het gebruik van vitamine D en Roxane Weijenberg heeft als onderwerp 'kauwen en mondzorg' gekozen. De laatste bijdrage kan u aan het denken zetten over de manier waarop voedsel wordt verstrekt in het verpleeghuis.

Al jaren is er een discussie gaande over de meerwaarde van cranberries voor het verminderen van urineweginfecties. In januari 2014 is er van Van de Berg et al. in Journal American Geriatric Society een mooi artikel over dit onderwerp verschenen waaruit blijkt wat het effect is. Verder vindt u in dit nummer een beschrijving van de rol van de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ) die de wijze van de uit te voeren controles aan het veranderen is. Een analyserend verhaal waarmee de specialist ouderengeneeskunde wellicht zijn positionering kan verstevigen.

Uit de bijdrage van Desire Jansen blijkt maar weer eens dat onze patiënten heel innovatief kunnen zijn en dat we moeten opletten of de genomen maatregelen ter preventie wel optimaal zijn.

De geriatrische revalidatiezorg is fors in ontwikkeling. Zorgverzekeraars zijn druk bezig met de besluitvorming rond de wijze van contractering. Hierover treft u in dit nummer een samenvatting van een artikel uit de JAMDA van Holstege et al. aan. Dit artikel betreft een studie waarin als parameters is gekeken naar verkorting van ligduur en ontslag naar huis.

Ik hoop dat u ook dit nummer weer met plezier leest.

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

Colofon

Hoofdredacteur

Drs. Martin W.F. van Leen

Redactie

Drs. Annelore H. van Dalen-Kok
Drs. Jacobien F. Erbrink
Drs. Aafke J. de Groot
Dr. Jos W.P.M. Konings
Dr. Susanne J. de Kort
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 € 82,50 per kalenderjaar
Abonnement buitenland € 175,00 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 © 2014

Dementiezorg zonder antipsychotica van sederen naar activeren

Anne-Mieke Krijgsman den Ouden, adviseur zorginnovatie en internationale samenwerking, WestOost Inc., Capelle aan den IJssel
Dr. Henk Rosendal, lector Wijkzorg, Hogeschool Rotterdam

Antipsychotica kunnen worden ingezet bij psychose, hevige agitatie, onrust en agressie bij alzheimerpatiënten.^{1,2} In die gevallen wordt dat evenwel aangeraden voor een maximale duur van zeven dagen. De richtlijn Probleemgedrag van Veren³ uit 2008 beveelt het inzetten van non-medicamenteuze alternatieven aan. Desondanks krijgt in Nederland meer dan 30% van de mensen met dementie antipsychotica voorgeschreven.^{4,5}

In de VS heeft de FDA, mede vanwege de ernstige bijwerkingen, het gebruik van zowel conventionele als atypische antipsychotica bij de behandeling van gedragsstoornissen bij dementie afgekeurd voor behandeling van dementiegerelateerde psychoses.⁶ Meer recent is ook in een Zweedse studie het langdurig gebruik van antipsychotica bij dementie als niet wenselijk bestempeld.⁷

Veelvoorkomende bijwerkingen van antipsychotica zijn onder andere: vermindering van cognitieve functies, verhoogde kans op een CVA, verlies van initiatief en activiteit, sufheid, verwardheid, hallucinaties en onrust, duizeligheid, slaapproblemen, een verhoogd risico op vallen en parkinsonachtige verschijnselen. Het is niet uit te sluiten dat antipsychotica de klachten bij verwarde mensen met dementie verergeren, en bovendien kunnen leiden tot onnodige valaccidenten en vermijdbaar overlijden.^{8,9,10,11} Men kan zich afvragen of de effecten wel opwegen tegen de bijwerkingen, zoals de onderzoeken aangeven.¹²

In de Wet Zorg en Dwang¹³ wordt het voorschrijven van antipsychotica aangemerkt als een vrijheidsbeperkende maatregel en dient gebruik van antipsychotica als zodanig ook gemeld te worden aan de IGZ. Recente initiatieven om het antipsychoticagebruik bij mensen met dementie te verminderen, zijn dan ook vooral gericht op activering. De eerste bevindingen zijn veelbelovend.

ANTIPSYCHOTICA VRIJ BEHANDELEN

De behandeling van probleemgedrag bij dementie bestaat naast het voorschrijven van medicamenten uit niet-medicamenteuze handelingen. Een aansprekend voorbeeld is een in 2010 in Minnesota (VS) door 15 verpleeghuizen genomen initiatief¹⁴ om de behandeling van mensen met dementie rigoureuus anders aan te pakken. Het betreft een pilot van drie jaar waarbij wordt ingezet op menselijke

relaties en activering. Het gebruik van antipsychotische middelen wordt alleen in uiterste gevallen toegestaan, en tegelijkertijd worden artsen, mantelzorgers en vrijwilligers intensief bij de zorgverlening betrokken. Patiënten worden (overdag) geactiveerd op gebieden waar hun belangstelling en/of passie ligt. Hierbij kan worden gedacht aan tuinieren, muziek, bewegen, handnijverheid et cetera. Patiënten lijken veel actiever en meer adequaat te functioneren en 's nachts rustiger te zijn. De pilot verloopt succesvol: binnen zes maanden werd het gebruik van antipsychotica met 100% en van antidepressiva met 50% gereduceerd.¹⁵ Er wordt met grote belangstelling (uit)gekeken naar de resultaten.

In navolging van het project in Minnesota heeft Stichting Laurens te Rotterdam besloten om het komende jaar het huidige behandelbeleid aan te passen onder het motto: 'Dementiezorg in Rotterdam antipsychoticavrij in 2015'. Het doel is dat mensen met dementie in deze instelling in principe geen antipsychotica meer krijgen toegediend. Het project beoogt zowel bestaand gebruik als het nieuw voorschrijven van antipsychotica te verminderen. Om de effecten hiervan te monitoren, wordt in samenwerking met het Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam binnenkort gestart met een nulmeting. Ook het veranderingsproces wordt gemonitord, zodat de opgedane ervaringen direct kunnen worden benut bij het verder uitrollen van deze verandering op andere locaties. Deze stap betekent een cultuurverandering bij zowel de betrokken zorgprofessionals als de familie. Naast begrip voor de noodzaak van deze cultuurverandering moet handelingsverlegenheid worden voorkomen. Hoe gaan wij om met mensen die door afbouw van sederende middelen weer actiever worden en ander, mogelijk vaak ook moeilijk hanteerbaar, gedrag gaan vertonen? Dat vraagt naast betrokkenheid om nieuwe competenties en aanpassingen van de organisatie. Dat dergelijk beleid gerelateerd is aan kwaliteitszorg is recent beschreven.¹⁶ Een handreiking voor zorgprofessionals met alternatieven voor antipsychotica, vergelijkbaar met Ban de Band¹⁷, zou bij de verdere implementatie wellicht behulpzaam kunnen zijn.

DISCUSSIE

Toedienen van antipsychotica bij dementie zou – behalve bij het behandelen van een psychose – zo min mogelijk moeten voorkomen. Maar in Nederland is het nog niet zo-

ver, en een dergelijke verandering is niet eenvoudig. Om stappen in de juiste richting te zetten is medewerking van alle betrokkenen noodzakelijk: geneeskundigen, verzorgenden, familie, verzekeraars/zorgkantoren, farmaceuten en de IGZ.

Met de Wet Zorg en Dwang (verwachte inwerkingtreding medio 2015) die de Wet Middelen en Maatregelen vervangt, wordt beoogd stringenter te letten op het gebruik van psychofarmaca in de ouderenzorg. Uit navraag bij de IGZ (bron: per telefoon en e-mail, medio 2013) blijkt echter dat de IGZ (nog) niet kan optreden in het geval van individuele behandeling met antipsychotica bij patiënten met dementie met gedragsproblematiek. De inspecteur kan het voorschrijfgedrag van de desbetreffende arts niet beoordelen. Er wordt door de inspectie ook geen toezicht gehouden op het tijdig stoppen met antipsychotica. Uit onderzoek blijkt dat de voorschrijvend arts soms sociale druk ervaart om antipsychotica voor te schrijven. In een enquête bij 23 verpleeghuizen gaven artsen aan zich in 17% van de gevallen onder druk gezet te voelen.¹⁸ Mogelijk dat verder onderzoek naar deze factoren behulpzaam kan zijn en aangrijpingspunten kan bieden voor de noodzakelijke gedragsverandering. Anderzijds is het de vraag of we daar op moeten wachten. Er is immers voldoende betrouwbare informatie beschikbaar om vast te stellen dat voorschrijven van antipsychotica bij dementie zoveel mogelijk moet worden voorkomen.

Recente initiatieven in de VS om antipsychotica vrij te behandelen zijn hoopvol. In Rotterdam wordt op dit moment een vergelijkbaar project opgezet. Zorginstellingen die willen participeren worden hierbij uitgenodigd dat kenbaar te maken aan de auteurs.

LITERATUURLIJST

1. *Farmacotherapeutisch Kompas*, www.fk.cvz.nl
2. Lonergan E, Luxenberg J, Colford JM, Birks J. Haloperidol for agitation in dementia (review). *The Cochrane Library* 2002, Issue 2.
3. www.verenso.nl/wat-doen-wij/vakinhoudelijke-producten/handreikingen/
4. *Geneesmiddelenbulletin* nr 03 29 maart 2013.
5. Kleijer BC, Marum RJ van, Frijters DH, et al. Variability between nursing homes in prevalence of antipsychotic use in patients with dementia. *Int Psychogeriatr* 2014 Mar; Vol 26 (3), pp363-71.
6. United States Food and Drug Administration. Deaths with Antipsychotics in Elderly Patients with Behavioural Disturbances. 2005. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/Post-marketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/PublicHealthAdvisories/ucm053171.htm> (accessed 2 September 2013).
7. Gustafsson M, Karlsson S, Lovheim H. Inappropriate long-term use of antipsychotic drugs is common among people with dementia living in specialized care units. *BMC Pharmacol Toxicol* 2013;14:10.
8. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, et al. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurology* 2009;8(2):151-7.
9. Gill SS, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med* 2007;146:775-786.
10. Schneeweiss S, et al. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ* 2007;176:627-632.
11. Banerjee S. The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action. November 2009. Department of Health. <http://psychrights.org/research/Diges/NLPs/BanerjeeReportOnGeriatricNeurolepticUse.pdf>
12. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine* 2006 Oct 12;355(15):1525-38.
13. Wet Zorg en Dwang 9 september 2013: art 2 lid 2; art 18; art 60 lid 1
14. www.ecumen.org
15. Bron: mondelinge toelichting projectleider en presentatie van de eerste, voorlopige resultaten.
16. Watson-Wolfe K, Klinedinst J, Brandt N. Application of the Antipsychotic Use in dementia Assessment audit tool to facilitate appropriate antipsychotic use in long-term care residents with dementia. *Geriatr Nurs* 2013 Oct 16.
17. www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/ban-de-band-uit-nederland/
18. <http://www.trouw.nl/tr/nl/4516/Gezondheid/article/detail/2441090/2011/06/03/Medicijnen-voor-dementie-ouderen-niet-altijd-nodig.dhtml>, <http://www.innovatiekringdementie.nl/Nieuws/Gebruik-antipsychotica-gevolgvan-onwetendheid.aspx>

Correspondentieadres
west_oost@yahoo.com

Hoe veilig is uw raambeveiliging?

Demente man op de gesloten afdeling stapt uit het raam en verdwijnt...

Desire M.J.G.A. Jansen, specialist ouderengeneeskunde

Een 80-jarige man stapt uit het raam en valt van één hoog naar beneden. Hij loopt ernstig letsel op, er zijn meerdere fracturen van bekken, wervels en pols. Een week later overlijdt hij.

Meneer verblijft op een gesloten psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis. Hij is daar als crisis opgenomen in verband met dwalen, desoriëntatie en onrust tijdens herstel van een recente heupfractuur. De voorgeschiedenis vermeldt een dementieel beeld bij de ziekte van Parkinson. Op de bewuste avond van de val is er sprake van onrust en vertelt meneer dat hij naar zijn oude woonadres wil gaan. Hij heeft zijn tandenborstel in de hand en morrelt aan de voordeur. Hij wordt door de verzorgende naar zijn appartement begeleid. Zij loopt even weg om wat anders te doen. Hij blijft achter in zijn appartement. Nog geen drie minuten later alarmeert de buurvrouw de verzorgende en wijst onthutst naar het raam. Deze staat wagenwijd open en meneer ligt beneden. Naast het raam liggen een kapotte tandenborstel en zijn broekriem.

Iedereen is geschokt. Er wordt door de instelling, de politie en de GGD-arts een uitgebreid onderzoek ingesteld. De familie wordt hierbij nauw betrokken. Conclusie is dat een



zeer ongelukkige samenloop van omstandigheden heeft geleid tot dit drama. Meneer was erg technisch van aard en kon met de gebroken tandenborstel en het metalen pinnetje van zijn broekriem in no time de kierstandbegrenzer met inbusbeveiliging onklaar maken. De zoon van meneer, die even technisch is als zijn vader, kon later precies voordoen hoe zijn vader dit moet hebben gedaan. Medewerkers staan met de mond open: wie had dit kunnen verwachten?

We gaan ervan uit dat onze ramen beveiligd zijn, maar hoe veilig zijn de kierstandbegrenzers met inbusslot? Veel zorgorganisaties hebben dit type begrenzers. Binnen de organisatie waar het tragische ongeval heeft plaatsgevonden zijn alle kierstandbegrenzers met inbusslot per direct vervangen door kierstandbegrenzers met een sleuteltje. Ook al is de kans op herhaling van een dergelijk incident niet groot, de instelling heeft wel de overtuiging dat de kierstandbegrenzer met sleutel betrouwbaarder is. Zij willen dit drama niet nog eens meemaken.

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

Revalidatie centreren of zo dicht mogelijk bij huis? *

Martin van Leen, specialist ouderengeneeskunde, Avoord Zorg en Wonen, Etten-Leur

*Dit artikel is een kort verslag van het in april 2013 in de JAMDA verschenen artikel van Marije Holstege en medeauteurs 'Relationship of patients volume and service concentration with outcome in geriatric rehabilitation'.

INLEIDING

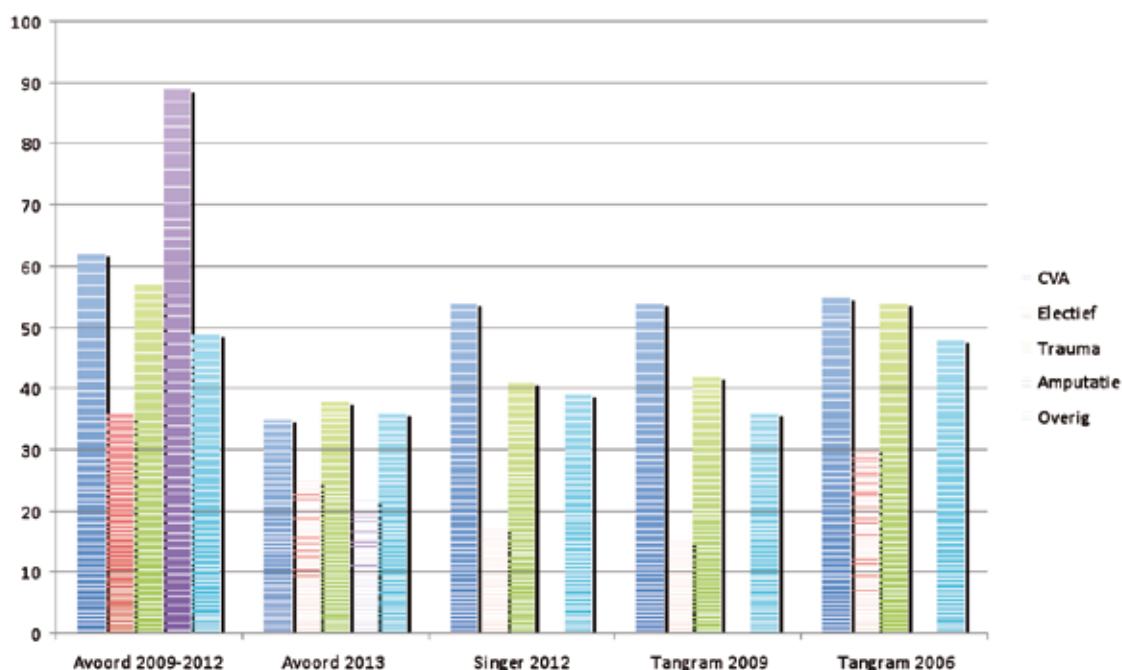
Geriatrische revalidatie is sterk in ontwikkeling. Na veel onderzoek op de proeftuinen geriatrische revalidatie zijn, onder andere door Verenso, adviezen geformuleerd aangaande de grootte van revalidatieafdelingen. Zo stelt men in de nota van Verenso dat per diagnosegroep, bijvoorbeeld CVA, minimaal 10 bedden beschikbaar moeten zijn. De grote vraag is wat men eigenlijk met dit advies wil bereiken: centralisering? Kwaliteitsverbetering? Navraag bij een deelnemer van de werkgroep Geriatrische Revalidatie leert mij dat het de intentie was om aan te geven dat, om een goed logistiek proces leidend tot hoogwaardige revalidatie en vooral een zo kort mogelijke opname intramuraal, 10 bedden een acceptabel aantal plaatsen was.

Uit cijfers rond inkoop van zorg in de care blijkt steeds meer dat zorgverzekeraars gaan inkopen op basis van volume en kwaliteit. Maar mag je de cijfers uit de cure extrapoleren

naar de care? Is de patiënt gebaat bij een revalidatie op grotere afstand van zijn mantelzorger, die ook vaak al ouder is en mobiliteitsproblemen heeft?

Het artikel van Marije Holstege et al¹ betreft een studie waarin als parameters is gekeken naar verkorting van ligduur en ontslag naar huis. Het betreft de resultaten van een Nederlandse multicenter retrospectieve cohortstudie, waarbij 2269 GRZ-patiënten in 88 geriatrische revalidatieafdelingen, verblijvend met een gemiddelde leeftijd van 78,2 jaar (SD 9,7 jaar) zijn vervolgd.

De redenen voor revalidatie waren: Total hip (502), traumatische verwondingen (611), CVA (562) en patiënten met een andere GRZ-indicatie (594). De kleinste revalidatieafdeling had slechts 10 bedden, en per deelnemende organisatie mochten slechts een of twee diagnosegroepen op de afdeling verblijven. Voor de beoordeling keek men naar de uitstroom, verdeeld in drie groepen: lage uitstroom (< 18 ontslagen per drie maanden) gemiddeld (19-28 ontslagen per drie maanden) en hoog (29-127 ontslagen per drie maanden).



In de inleiding van het artikel wordt beschreven dat er meerdere studies zijn die aantonen dat centralisering bij hoogrisicobehandelingen in de cure meerwaarde heeft, maar dat er voor de care geen RCT's beschikbaar zijn. De studie van Marije Holstege is de eerste grote studie in Nederland naar de effecten van de revalidatie in kleine, middelgrote en grote GRZ-afdelingen.

Kijkend naar de eindconclusie is er alleen voor Total hip-revalidatie een statisch significant verschil ten faveure van een grote afdeling. Voor de andere diagnosegroepen is geen bewijs dat een grote afdeling het beter doet dan een kleine! Andere studies gericht op de relatie concentratie en kwaliteit geven aan dat andere variabelen, zoals de organisatorische faciliteiten en het team, groter effect hebben.² Met andere woorden: het is maar zeer de vraag of concentratie van GRZ-activiteiten opportuun is of dat hiermee juist het kind met het badwater wordt weggegooid.

Binnen onze eigen stichting Avoord Zorg en Wonen hebben we een GRZ-afdeling van 21 bedden, waar we geen differentiatie toepassen binnen de zorgpaden. Een goed basiszorgpad, gekoppeld aan behandelmodules, is leidraad voor de behandeling. In de staafdiagram op pagina 58 zijn de cijfers te zien van ons ontslag in de periode voor de feitelijke start van de GRZ en van het jaar 2013. In 2013 is er een grote slag gemaakt in de logistiek rond zorg, behandeling en uitstroom, met als resultaat een forse verkorting van de ligduur en het aantal ontslagen per drie maanden. Aangezien alleen de gegevens van de Tangram-studies³ en van het Singer-rapport⁴ beschikbaar zijn, hebben we onze data hiermee vergeleken.

Ook hieruit blijkt dat een kleine revalidatieafdeling, mits gestructureerd werkend, leidt tot goede uitstroom. De doorlooptijd bij stichting Avoord met 21 bedden op alle diagnosegroepen is aanzienlijk kleiner en er kan mijns inziens geen bevestiging gevonden worden dat groter beter is.

Resumerend kan ik alleen maar concluderen dat er nog nader onderzoek noodzakelijk is aangaande de grootte van een GRZ-afdeling.

LITERATUUR

1. Holstege MS, Zekveld IG, Caljouw MAA, Peerenboom PB, et al. Relationship of patients volume and service concentration with outcome in geriatric rehabilitation (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013-04-003>).
2. Eyck A, Peerenboom CMC. Revalidatie in Nederland, de Grenzen van AWBZ en ZVW. <http://www.tangram.info/afbeeldingen/Rapporten/Rapport%20Revalidatie%20v%2020.10.2006.pdf>
3. Tangram/LUMC. Revalidatie in de AWBZ; omvang, aard en intensiteit 2008 <http://www.tangram.info/afbeeldingen/Rapporten/RapportVRevalidatieDefinitief22-04-08.pdf>
4. Proeftuinen Geriatrische Revalidatie Het Singer rapport. Samenwerking en innovatie in de geriatrische revalidatiezorg. Proces- en effectevaluatie op cliëntniveau, 2013. <http://www.nvfgnet.nl/notities/20130404-singer-rapport.pdf>

Correspondentieadres
m.van.leen@avoord.nl

Vertrek redactielid Dika Luijendijk

Vanaf 2011 heeft Dika Luijendijk deel uitgemaakt van de redactie van ons tijdschrift. Zij is zeer gewaardeerd vanwege haar inhoudelijke inbreng met betrekking tot het redactiebeleid, haar zorgvuldige en kritische beoordeling van arti-

kelen. Vanwege andere drukke werkzaamheden is zij met ingang van 1 april 2014 uit de redactie vertrokken. Wij danken Dika zeer hartelijk voor haar grote bijdrage en wensen haar alle succes toe in haar verdere carrière.

Wetenschap en ouderenzorg dichterbij elkaar

Martin van Leen

‘Wetenschap en ouderenzorgpraktijk dichterbij elkaar brengen, dat is het doel van een nieuw samenwerkingsverband van het UMCG en tien ouderenzorgorganisaties in Noordoost Nederland. Het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO-UMCG) wil door innovatie en kennisdeling de kwaliteit van (complexe) zorg aan ouderen verbeteren. Vandaag ondertekenen de organisaties hiervoor een samenwerkingsovereenkomst voor de duur van vier jaar’.

Zo begon het persbericht d.d. 30 januari 2014 van het UMCG, sectie ouderengeneeskunde van de afdeling Huisartsengeneeskunde. Sytse Zuidema (hoofd), Nina Hovenga (coördinator) en Dika Luijendijk (senior onderzoeker) zullen samen met de tien partners binnen het UNO-UMCG wetenschappelijke activiteiten ontwikkelen en uitvoeren. Dit vanuit het kennisdomein van het specialisme ouderengeneeskunde en passend binnen de thema’s dementie, medicatieveiligheid en zorginnovatie. Dit moet resulteren in de wetenschappelijke onderbouwing van de multidisciplinaire zorg en behandeling van de oudere patiënt in de langdurige zorg. De nadruk zal in het begin nog liggen op de intramurale setting, maar het onderzoek zal zeker ook ten goede komen aan de kwetsbare oudere in zijn eigen thuisomgeving.

Het initiatief tot oprichting van het UNO-UMCG lag bij de sectie ouderengeneeskunde en het enthousiasme om deel te nemen was groot. De volgende instellingen hebben zich verbonden aan het netwerk: AriënsZorgpalet (Enschede), Dignis (Groningen), De Hoven (Onderdendam), Livio (Enschede), Meriant (Heerenveen), Oosterlengte (Winschten), TriviumMeulenbeltZorg (Almelo), ZINN (Haren), Zonnehuisgroep Noord (Zuidhorn) en Zorggroep LeVeste Middenveld (Emmen).

De ouderenzorgorganisaties in het UNO-UMCG zullen actief participeren in wetenschappelijk onderzoek en ook onderzoeksvragen vanuit de praktijk inbrengen. De deelnemende instellingen dragen alle financieel bij, maar voor het doen van onderzoek is het noodzakelijk om ook externe financiële middelen te verwerven. Daarnaast zullen de zorgorganisaties hun eigen professionals met wetenschappelijke ambities stimuleren deel te nemen aan wetenschappelijke activiteiten, zoals een promotieonderzoek. Om een

intensievere wisselwerking tussen onderzoek en praktijk te realiseren, zullen onderzoeksvragen die ontstaan zijn in de zorgpraktijk opgepakt gaan worden. Hierbij valt te denken aan analyse van knelpunten in de dagelijkse zorg en ideeën voor betere medicamenteuze behandeling. Daarnaast zullen scholingsprogramma’s voor medewerkers, inclusief dokters, uitgevoerd worden.

Belangrijk is dat de opgedane kennis straks in de zorgpraktijk leidt tot verbetering van de kwaliteit van zorg. Daarom streeft het UNO-UMCG naar standaardisering en protocollering van behandelwijzen. Een voorbeeld hiervan is de recent ontwikkelde ‘Handreiking antipsychotica’. Deze bevat adviezen voor het voorschrijven en monitoren van antipsychoticagebruik aan ouderen met dementie die probleemgedrag vertonen. Doel is het gebruik te verminderen en de zorg voor deze ouderen te optimaliseren.

Om de toegevoegde waarde van het UNO-UMCG verder te vergroten, zal samenwerking gezocht worden met de andere universitaire samenwerkingsverbanden in Amsterdam (UNO-VUMC), Leiden (UNC-ZH), Nijmegen (UKON) en Maastricht (Academische Werkplaats Ouderenzorg Maastricht). Gedacht kan worden aan het intensiveren van kennisuitwisseling, gezamenlijke onderzoeksprojecten en subsidieaanvragen.

Met de komst van het UNO-UMCG is nu een landelijke dekking ontstaan van samenwerkingsverbanden tussen universiteiten en instellingen voor langdurige zorg met een gemeenschappelijk doel: het aanleveren van evidence-based medicine ter verbetering van de ouderengeneeskundige zorg.

Als hoofdredacteur van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde hoop ik dat vele publicaties, ter ondersteuning van ons dagelijks werken als specialist ouderengeneeskunde, in ons mooie blad geplaatst worden. Alleen op die manier zal onze hele doelgroep, intramuraal en thuis, profijt hebben van de wetenschappelijke onderbouwing.

Correspondentieadres
m.van.leen@avoord.nl

Succesvol kwaliteitsverbeteringstraject Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)

Carla Nieuwenhoff, specialist ouderengeneeskunde en kaderarts geriatrische revalidatie, Avoord Zorg en Wonen te Etten-Leur

Statement: Sneller weer thuis revalideren door optimaliseren van proces- en structuur van zorg op een 'kleine' afdeling voor geriatrische revalidatie.

INLEIDING

Het delen van kennis over resultaten van kwaliteitsverbeteringstrajecten in de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is van groot belang. Zeker als de resultaten van de innovaties van het betreffend traject niet geheel in lijn lijken te zijn met het huidige dogma van concentratie van zorg en het stellen van volumenormenten. De kennis kan worden gebruikt om richting te geven aan het te ontwikkelen beleid van overheid, zorgorganisaties en ziektekostenverzekeraars. Het lijkt een logische aanname dat concentratie van diagnosegroepen (> 80% patiënten op een afdeling met een en dezelfde diagnose) en het stellen van volumenormenten leiden tot een hogere efficiëntie en effectiviteit van de zorg. De kwaliteit van zorg zou dan in zijn geheel verbeteren. Echter, voor deze aanname is vooralsnog geen wetenschappelijke onderbouwing gevonden. Ook het onderzoek van Holstege et al.¹ ziet binnen de door hen onderzochte GRZ-diagnosegroepen geen positieve relatie tussen concentratie van zorg en de effectiviteit (aantal ontslagen per periode). Concentratie van zorg en het stellen van volumenormenten zijn mogelijk niet de enige maatregelen die ervoor kunnen zorgen dat er een grotere efficiëntie en effectiviteit wordt behaald in de zorg.

Als het gaat om de kwaliteit van de zorg stelt Donabedian² dat er drie domeinen in de organisatie van de zorg van belang zijn, namelijk:

1. de structuur (faciliteiten, kennis en organisatie);
2. het proces (wijze waarop resultaten tot stand zijn gekomen) en
3. de uitkomsten c.q. volume (zoals bijvoorbeeld mate van herstel of aantal ontslagen per periode).

Uit onderzoek³ waarbij gecorrigeerd werd voor structuur en proceskenmerken, bleek dat met name deze twee domeinen bepalend zijn voor het verhogen van de effectiviteit (gemeten in toename van de zorg alleen).

Avoord Zorg en Wonen startte in 2009 met een ambitieus en innoverend kwaliteitsverbeteringstraject van de geriatrische revalidatieafdeling. Doel van dit traject is de kwaliteit van de GRZ te verhogen waardoor revalidanten zo snel mo-

gelijk de revalidatie thuis kunnen voortzetten. Binnen het traject werd met name aandacht besteed aan twee, volgens Donabedian de meest voorname domeinen: de structuur en het proces van de zorg.²

De resultaten van het kwaliteitsverbeteringstraject zijn opmerkelijk. In het traject werd met name aandacht besteed aan proces en structuur. Sinds de start in 2009 is er een dalende trend te zien van de jaarlijks gemiddelde opnameduur voor alle GRZ-diagnoses. Er is bij de GRZ-diagnosegroepen CVA, trauma, amputatie en overig van 2009 tot en met 2013 een reductie gerealiseerd van de gemiddelde opnameduur tot 54%. Voor electieve diagnosegroep was dit 20%.

REVALIDATIE BINNEN AVOORD

Sinds de oprichting van de zorgorganisatie biedt Avoord Zorg en Wonen revalidatiezorg. Van oudsher wordt multidisciplinaire zorg geboden waarbij gestreefd wordt naar functioneel herstel en spoedig ontslag naar huis. Eventueel vervolg van de multidisciplinaire revalidatie wordt geboden op de dagbehandeling of wordt voortgezet via de eerste lijn. Leidraad is de CBO-richtlijn uit 2010.⁴

Het geriatrisch revalidatieteam binnen Avoord Zorg en Wonen bestaat uit de volgende disciplines: fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, logopedist, diëtiste, maatschappelijk werkende, therapeutisch verpleegkundigen en specialist ouderengeneeskunde (kaderarts geriatrische revalidatie). Begeleiders van activiteiten en vrijwilligers zijn betrokken bij de groepstherapie, maaltijden en het begeleiden van revalidanten naar onder andere de therapieruimte. Het therapeutisch verpleegkundig team bestaat uit een mix van niveau 3 verzorgenden en verpleegkundigen van niveau 4 en 5.

De geriatrische revalidatiezorg wordt aangeboden op een speciaal hiervoor ingerichte afdeling voor maximaal 21 revalidanten. Er is geen concentratie naar GRZ-diagnosegroep.

KWALITEITSVERBETERINGSTRAJECT GRZ

Middels een kwaliteitsverbeteringstraject is het proces van de zorg en structuur van de geriatrische revalidatieafdeling (zowel intern als extern) geoptimaliseerd. Het traject kent een zelflerend karakter; dus ontwikkelen, starten en aan de hand van de ervaringen bijsturen waar nodig.

‘Alles is revalidatie’ en de PRET-methode⁵ zijn ingevoegd in het traject, voor alle diagnosegroepen, dus niet alleen beperkt tot de CVA-revalidanten. Daarnaast is het betrekken van de familie en mantelzorgers een vanzelfsprekendheid en onderdeel van de revalidatie.

Revalidatie wordt op maat aangeboden en vastgelegd in een multidisciplinair behandelplan dat in overleg met de revalidant wordt opgesteld.

Bij nieuw ontwikkelde therapie (groepen) wordt beoordeeld of de tijdens de therapie geleerde handelingen en strategieën generaliseren tijdens de dagelijkse handelingen op de afdeling. Is hiervan geen sprake, dan wordt de ontwikkelde therapie (groep) aangepast of niet voortgezet. Zo bleek bijvoorbeeld dat revalidanten de ontbijtgroep zagen als een gezellig uitje. De tijdens deze groepssessie geleerde handelingen en strategieën werden op andere maaltijdmomenten door de revalidanten niet als bekend ervaren en ook niet toegepast. Deze ontbijtgroep is gestopt.

STRUCTUUR

Professionalisering van het team

Scholing - intern

Een jaarlijkse in-company training is ontwikkeld waarin praktische scholing (transfers bij onder andere CVA en dergelijke) wordt gecombineerd met theoretische onderwerpen die voor geriatrische revalidatie relevant zijn. De onderwerpen worden aangedragen vanuit het multidisciplinaire team. De scholing wordt gegeven door artsen, therapeuten en verpleegkundigen van de eigen organisatie.

Aanvullend wordt gewerkt met training ‘on the job’; hierbij worden aan verpleegkundigen en revalidanten door therapeuten, zowel gevraagd als ongevraagd, training en therapie aangeboden.

Scholing - extern

Door artsen, therapeuten en verpleegkundigen wordt voortdurend aan voor geriatrische revalidatie relevante externe scholingen deelgenomen.

Wetenschappelijk onderzoek

De afdeling participeert in wetenschappelijk onderzoek zoals het onderzoek naar het gebruik van de oefenkaart bij CVA-revalidanten.⁶ Deelname aan wetenschappelijk onderzoek brengt extra innovatie van het revalidatieproces en de structuur. Zo is de verpleging bijvoorbeeld door de universiteit geschoold om het hierbij gebruikte neuropsychologische functieonderzoek uit te voeren.

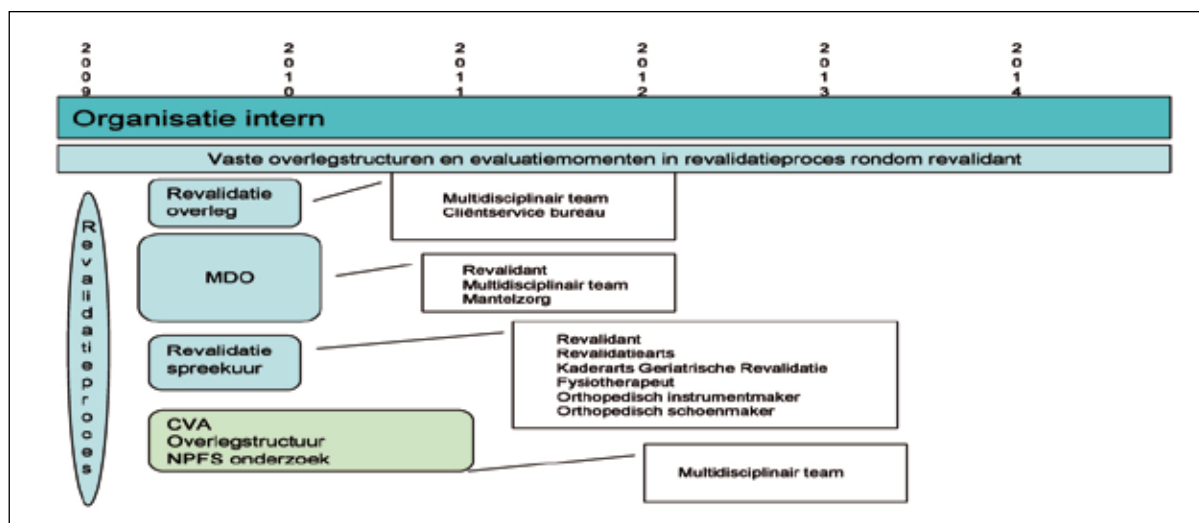
PROCES

Optimaliseren van intern proces rondom de revalidant

Een vast programma van overleg door het multidisciplinaire behandelteam en overleg met de revalidant en familie/mantelzorgsysteem is ontwikkeld. De inhoud van het opnamegesprek en het verzamelen van gegevens is gestroomlijnd. Ook is de rol van het cliëntservicebureau bij triage en gedurende het gehele revalidatieproces geïntensiveerd. Er is een modulair opgebouwd productboek ontwikkeld waarin gedetailleerd is omschreven welke therapie door wie en op welk moment geleverd wordt. Daarnaast is per module vastgelegd welke gegevens en welke testen gebruikt worden. Afhankelijk van de doelen die de revalidant heeft gesteld, worden deze modules ingezet.

Het revalidatieoverleg is een kort multidisciplinair overleg. Prioriteiten en behandeling worden per revalidant afgestemd, en mogelijke ontslagdata en vervolgzorg worden besproken. De revalidant is hierbij niet aanwezig.

Het multidisciplinair overleg (MDO) is een overleg waarin het behandelplan met revalidant en familie wordt afgestemd. Betrokken behandelaars en verpleging nemen deel aan dit overleg. Binnen twee weken na opname vindt dit MDO plaats, en wordt periodiek herhaald. De frequentie wordt bepaald door de arts en is afhankelijk van het ver-



Figuur 1. Weergave van overlegvormen en deelnemers binnen de geriatrische revalidatieafdeling.

wachte herstel en de ontslagdatum van de revalidant. Voor alle CVA-revalidanten wordt aan de hand van het neuropsychologisch onderzoek een neuropsychologisch behandelplan opgesteld. Het neuropsychologisch onderzoek wordt uitgevoerd door alle bij de CVA-revalidant betrokken disciplines en afgestemd in twee overleggen. De psycholoog bespreekt het plan met revalidant en familie/mantelzorg. De revalidatiearts heeft maandelijks een spreekuur, consulten voor bijvoorbeeld aanpassingen zijn mogelijk en alle CVA-revalidanten worden daar gezien in verband met afspraken in de CVA-keten.

Ontslagcriteria

Generaliseren van geleerde activiteiten en strategieën die tijdens therapie worden aangeleerd, vinden minder goed plaats in een niet op thuis gelijkende setting. Therapie bekijft het beste op de plaats waar de handeling en strategie uiteindelijk toegepast moeten worden. Snel naar de thuis-situatie om daar verder te revalideren is daarom het meest gewenst.⁵ Therapie en oefenen in thuissituatie, en dus zo kort mogelijk in een klinische setting, leidden tot het opstellen van minimale functionele ontslagcriteria, bijvoorbeeld:

- als de cliënt zelfstandig naar het toilet kan (of onder begeleiding van bijvoorbeeld partner of mantelzorger) dan is ontslag in zicht;
- wanneer faciliteiten thuis zoals badkamer of toilet nog niet voldoen, wordt gezocht naar tijdelijke overbruggingsmaatregelen, en niet gewacht op aanpassingen thuis. Zo wordt bijvoorbeeld het gebruik van een po-stoel naast het bed geadviseerd om thuis 's nachts toch zelfstandig naar het toilet te kunnen gaan. Daarnaast biedt de organisatie de mogelijkheid om, als thuis de badkamer nog niet geschikt is, te douchen tijdens therapiedagen.

Afspraken in de keten, extern proces

Avoord Zorg en Wonen neemt deel aan de regionale CVA-zorgketen. Ook zijn er met twee regionale ziekenhuizen afspraken met betrekking tot de electieve orthopedie. In de regio zijn afspraken gemaakt over overdracht van gegevens van het ziekenhuis naar de GRZ-afdeling en overdracht van gegevens richting huisartsen.

Aan de hand van het Verenso triage-instrument zijn afspraken gemaakt over GRZ-triage van de kwetsbare ouderen in het ziekenhuis. Het instrument is ontwikkeld in samenwerking met alle zorgaanbieders in de regio en het Amphibia ziekenhuis.

RESULTATEN

Gegevens werden verzameld van januari 2009 tot en met december 2013. In totaal werden 567 revalidanten in deze periode ontslagen naar huis of naar andere ontslagbestemmingen zoals verpleeghuis of revalidatiecentrum. Het betreft revalidanten uit de vijf GRZ-diagnosegroepen. Gemiddeld overlijdt 11% van de revalidanten. De gemiddelde leeftijd was 78,3 jaar, er werden 179 mannen en 358 vrouwen opgenomen (tabel 1).

Tabel 1. Verdeling van totalen van opnamediagnoses 2009-2013 in procenten (n = 567).

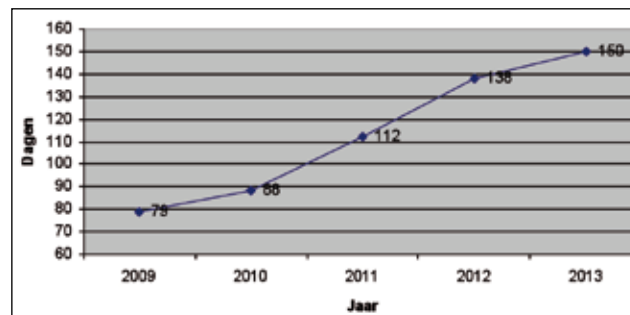
CVA	29%
Amputatie	3%
Electief	19%
Overig	21%
Trauma	29%

In de periode van 2009 tot en met 2013 is de jaarlijkse procentuele verdeling per GRZ-opnamediagnose ongeveer gelijk (tabel 2).

Tabel 2. Verdeling van totalen van ontslagbestemming 2009-2013 in procenten (n = 567).

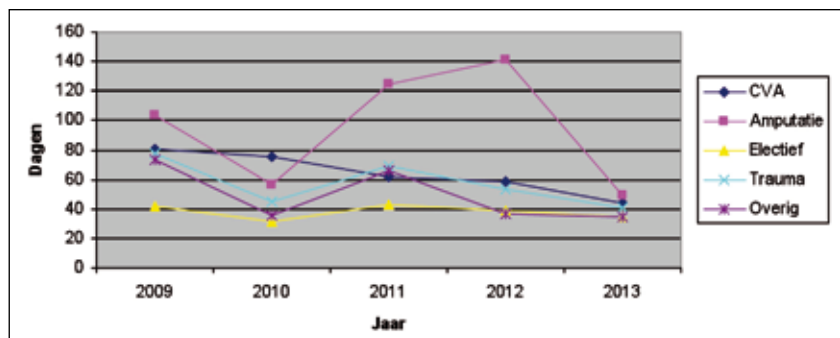
Thuis	65%
Woongroep	14%
Andere zorginstelling	3%
Overleden	11%
Overig	7%

Sinds de start van het traject in 2009 is er een stijging te zien van het aantal ontslagen per jaar. De sterkste stijging is te zien in 2011. Dit is mogelijk te verklaren door de verandering van structuur die in die periode zijn beslag begon te krijgen. Zo werd het therapeutisch verpleegkundig team in die periode meer op competenties geselecteerd (grafiek 1).



Grafiek 1. Aantal ontslagen revalidanten per jaar.

In grafiek 2 is te zien dat er door de jaren heen een substantiële verkorting van gemiddelde opnameduur heeft plaatsgevonden. Deze daling is het meest duidelijk bij de diagnosegroepen CVA, trauma en overig (gemiddeld 50% verkorting van de opnameduur sinds start van het kwaliteitsverbeteringstraject in 2009). Bij electieve diagnose is er een daling van 20% van de opnameduur. Opnameduur bij amputaties daalt 53%. In de jaren 2012 en 2013 is in de grafiek 2 een flinke stijging te zien van de gemiddelde opnameduur voor amputaties. Dit is in beide jaren veroorzaakt door slechts 2 revalidanten waar complicaties de opnameduur aanzienlijk verlengden. Het relatief kleine aantal opgenomen revalidanten met amputaties geeft hierdoor een vertekend beeld.



Grafiek 2. Gemiddelde opnameduur per jaar op de intramurale geriatrie revalidatie afdeling van Avoord Zorg en Wonen.

DISCUSSIE

Het kwaliteitsverbeteringstraject van Avoord Zorg en Wonen op de geriatrie revalidatie afdeling is succesvol verlopen. De gemiddelde intramurale opnameduur van revalidanten is op deze afdeling van 2009 tot en met 2013 aanzienlijk verkort (tabel 3). Opmerkelijk is dat dit geldt voor alle GRZ-diagnosegroepen. Er bleek een reductie tot wel 54% van de gemiddelde opnameduur bij CVA-, trauma-, amputatie- en overige diagnosegroepen. Bij de gemiddelde opnameduur van de diagnosegroep electief werd eveneens een daling gezien, deze was met een 20% reductie van opnameduur echter lager.

Tabel 3. Gemiddelde opnameduur in 2009 en 2013 in dagen en procentuele afname.

Diagnose	2009 gemiddelde opnameduur (dagen)	2013 gemiddelde opnameduur (dagen)	% afname
CVA	80	44	45
amputatie	104	49	53
trauma	78	41	47
overig	74	34	54
electief	42	34	20

De effectiviteit van de geriatrie revalidatieafdeling van Avoord Zorg en Wonen (in termen van opnameduur per diagnose) van 2013 is vergeleken met andere landelijk innovatieve projecten van Singer en Tangram.^{7,8}

Bij deze innovatieve projecten is naast het optimaliseren van de zorgdomeinen proces en structuur, gekozen voor concentratie van diagnoses, en het aantal plaatsen voor revalidanten per afdeling werd verhoogd (volume). De gemiddelde opnameduur bij deze trajecten blijkt hoger te liggen ten opzichte van de gemiddelde opnameduur bij Avoord in 2013 voor zowel CVA, trauma als overige diagnosegroepen. Voor de diagnosegroep electief is dit niet het geval.

Dat is een opmerkelijke bevinding, aangezien door overheid en ziektekostenverzekeraars op dit moment vooral gestuurd wordt op concentratie van zorg en er daarnaast ook volumennormen worden gesteld. De resultaten van Avoord

bevestigen dat een aanzienlijke toename van efficiëntie en effectiviteit van zorg ook bereikt worden kan door de kwaliteitsverbetering op twee domeinen van zorg; het proces en de structuur.² Het kwaliteitsverbeteringstraject richtte zich namelijk niet op concentratie van diagnosegroep en ook het volume (het aantal revalidanten) op de afdeling is niet verhoogt.

Een verklaring waarom de gemiddelde opnameduur van Avoord Zorg en Wonen in 2013 lager ligt dan bij Singer en Tangram^{7,8} zou kunnen zijn dat de trajecten daar nog niet lang genoeg geïmplementeerd zijn om een maximaal resultaat te laten zien. Een andere verklaring kan zijn dat concentratie van deze voor GRZ-specifieke diagnoses geen extra bijdrage levert aan het efficiënter en effectiever worden van de zorg. Ook bij het stellen van volumennormen kunnen dan vraagtekens gezet worden, althans vanaf 21 plaatsen voor revalidanten.

Een relatief kleine afdeling voor geriatrie revalidatie, zonder concentratie van diagnosegroepen, maar met aandacht voor innovatie en optimaliseren van proces- en structuur van zorg, is in staat een aanzienlijke verkorting van intramurale opnameduur te realiseren. Het lijkt een aanwijzing voor het niet obligaats zijn van concentratie van diagnoses of het vergroten van het volume van afdelingen naar meer dan 20 plaatsen. Het maximaal behaalde effect van implementatie van kwaliteitsverbeteringstrajecten bij hoogcomplexiteit zorg zoals geriatrie revalidatie wordt niet in korte termijn bereikt. Sinds de start bij Avoord Zorg en Wonen van het traject in 2009 is er ook na vier jaar nog een verdere daling van opnameduur gemeten.

Avoord Zorg en Wonen blijft werken aan verbeteren van de kwaliteit van de geriatrie revalidatie en streeft naar een zo snel mogelijk ontslag naar de thuissituatie. Het verhogen van therapietijd door bijvoorbeeld het gebruik van de oefenkaart⁹, het verder aanscherpen van de ontslagcriteria en het intensiveren van participatie van het familie- en mantelzorgsysteem, zijn daarvoor geschikte middelen. Verder richt onze aandacht zich nu op het ontwikkelen en optimaliseren van het aanbod van geriatrie revalidatie in de thuissituatie.

LITERATUURLIJST

1. Holstege MS, Zekveld IG, Caljouw MAA, Peerenboom PB, et al. Relationship of patient volume and service concentration with outcome in geriatric Rehabilitation <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.04.003>
2. Donabedian A, Milbank Q. Evaluating the quality of medical care. 1966.2005;83(4):691-729.
3. Mesman R, Faber MJ, Westert GP, Berden B. Stand van zaken. Volumennormen: kwaliteit door kwantiteit? *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2013;157:A5466.
4. CBO-richtlijnen Beroerte 2008. <https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/13/Richtlijn%20Beroerte%20def-2009.pdf>
5. Terwel M. Alles is revalidatie, revalideren na een beroerte in het Laurens Therapeutisch Klimaat 2011 (boek over revalidatie).
6. Huijben-Schoenmakers M, Gamel C, Hafsteindóttir TB. Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day? *Clin Rehabil.* 2009 Dec;23(12):1145-50. doi: 10.1177/0269215509341526.
7. Tangram www.tangram.info/afbeeldingen/Rapporten/Rapport%20Revalidatie%20v%202010.2006.pdf en www.tangram.info/afbeeldingen/Rapporten/Aard%20en%20omvang%202010%20eindversie%201%20juli.pdf
8. Singer. www.vumc.nl/afdelingen-themas/69713/27797/Singer_rapport_maart_2013_d1.pdf

Correspondentieadres
c.nieuwenhoff@avoord.nl

Cranberrysupplement voorkomt blaasontstekingen bij kwetsbare ouderen

Drs. Kiauw de Munck-Khoe, wetenschappelijk medewerker Springfield Nutraceuticals

Het aantal blaasontstekingen wordt bij ouderen met een hoog risico op een blaasontsteking door het gebruik van cranberrycapsules met een kwart verminderd. Bij meer dan 20% van deze ouderen ontwikkelde zich helemaal geen urineweginfecties meer. Dat blijkt uit de eerste grote cranberystudie die is uitgevoerd in verpleeghuizen. De afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde (PHEG) van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) verrichtte deze studie in 21 Nederlandse verpleeghuizen met een specifiek cranberryconcentraat. De resultaten van het onderzoek zijn 17 januari 2014 gepubliceerd in de Journal of the American Geriatrics Society.¹

Bijna 50% van de kwetsbare ouderen heeft regelmatig last van urineweginfecties (blaasontstekingen). Maar liefst 25% van alle voorkomende infecties in verpleeghuizen is een urineweginfectie. Veel bewoners hebben een fragiele gezondheid en voor hen kan een infectie ernstige gevolgen hebben. Bovendien komt resistentie van bacteriën die het vaakst urineweginfecties veroorzaken steeds vaker voor. Door de omstandigheden in verpleeghuizen kan juist daar resistentie van bacteriën makkelijk toenemen, sneller dan bij ouderen in ziekenhuizen en bij ouderen die thuis wonen. Recent is aangetoond dat verpleeghuizen een broedplaats kunnen zijn voor resistente bacteriën en dat verspreiding daarvan onder de bewoners een groeiend probleem is.²

EFFECT VAN CRANBERRIES

Aan het één jaar durende onderzoek namen 928 personen deel met een mediane leeftijd van 84 jaar (78-88 jaar). In de studie werd het effect van capsules met cranberryconcentraat met een specifieke, bijzondere samenstelling vergeleken met een placebo. Dat cranberries helpen om een urineweginfectie te voorkomen is al vele jaren bekend. 'De Indianen wisten al van de geneeskrachtige werking van deze bessen', vertelt drs. Monique Caljouw (PHEG). De bessen bevatten onder andere specifieke proanthocyanidinen (type A PAC's) die hechting van infectieveroorzakende bacteriën aan de blaaswand zouden voorkomen.

Voor langdurig gebruik zijn geconcentreerde cranberryproducten te verkiezen boven het sap. Het gebruiksgemak is belangrijk voor de therapietrouw. Cranberrysap heeft een zure smaak en het lukt patiënten vaak niet om voor langere tijd tweemaal daags een glas – de benodigde hoeveelheid – te drinken. 'Cranberrycapsules zijn daarom geschikter', meent Caljouw.

STUDIEDETAILS

Patiënten	928 verpleeghuisbewoners met een mediane leeftijd van 84 jaar (78-89 jaar); 412 deelnemers met laag-UWI-risico en 516 deelnemers met hoog-UWI-risico. Hoog-UWI-risicogroep: deelnemers met een katheter (> 1 maand); diabetes mellitus; ten minste 1 UWI in het voorafgaande jaar.
Interventie	Cranberryconcentraat 2dd 500 mg (n = 458) versus placebo (n = 470).
Studieopzet	Dubbelblind gerandomiseerde, placebo-gecontroleerde multicenter trial.
Eindpunten	Effect van cranberrycapsules op het optreden van UWI's bij verpleeghuisbewoners, volgens klinische definitie (klinische symptomen) en volgens strikte definitie (symptomen + positieve bacteriecultuur).
Resultaten	<p>Hoogrisicogroep:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 26% lagere incidentie van UWI's • Alleen volgens klinische definitie • Geen vermindering volgens strikte definitie • Verschil tussen cranberry en placebo was vanaf 2 maanden meetbaar <p>Bij uitsluiting van deelnemers met een katheter (n = 96):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 33% lagere incidentie van UWI's volgens klinische definitie • NNT = 5 (aantal bewoners dat 1 jaar met cranberry behandeld moet worden om 1 nieuwe UWI/jr te voorkomen) • 17% lagere incidentie van UWI's volgens strikte definitie <p>Laagrisicogroep:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen vermindering van UWI's <p>Geen positief effect van cranberries op recidiverende UWI's Cranberrycapsules werden goed verdragen</p>
Conclusie	Het tweemaal daags gebruik van cranberrycapsules door verpleeghuisbewoners met een hoog risico op een UWI kan de incidentie van klinisch gedefinieerde UWI's verminderen, maar niet van strikt gedefinieerde UWI's. Zo is bijvoorbeeld 48% van de uropathogene <i>E. coli</i> -bacteriën resistent tegen amoxicilline en 31% tegen trimethoprim of Co-Trimoxazol (% in artikel Donk 2012 en Donk 2013).

Bovendien bevat het in het onderzoek gebruikte cranberryconcentraat *alle bestanddelen van de gehele cranberrybes*, wat niet het geval is bij het sap. Uit eerdere onderzoeken is al gebleken dat de aanwezigheid van de complete bestanddelen de voorkeur verdient.

GEVAAR VAN ANTIBIOTICARESISTENTIE

Caljouw en Gussekloo (PHEG) vinden het gebruik van het cranberrysupplement een effectieve methode om urineweginfecties te voorkomen. Andere preventiemethoden zijn minder geschikt. 'Vitamine C lijkt niet te werken en cranberrysap heeft zijn nadelen. Het toedienen van een lage dosering antibiotica levert resistentiegevaar op.' Een studie die werd uitgevoerd aan het AMC (Academisch Medisch Centrum, Amsterdam) heeft dat duidelijk gemaakt.

Minister Schippers (VWS) heeft eind 2013 al bij de WHO (World Health Organization) aangedrongen op betere internationale samenwerking bij de aanpak van de resistentie van bacteriën tegen antibiotica. Schippers wees erop dat in Nederland al één vrouw aan een blaasontsteking is overleden, omdat antibiotica niet meer hielpen.

Recente onderzoeksresultaten laten zien dat bacteriën die vaak urineweginfecties veroorzaken (*E. coli*) in hoge mate resistent zijn tegen veelgebruikte antibiotica, inclusief die antibiotica welke toegepast worden om urineweginfecties te bestrijden.^{3,4} De studie van het AMC, die werd uitgevoerd bij 221 jongere vrouwen (gemiddeld 35 jaar), toont aan dat de cranberrycapsules geen toename geven van antibiotica-resistentie, terwijl preventie van urineweginfecties met antibiotica al sneller dan verwacht tot resistentie leidt. Binnen een maand bleek 90% van de betrokken *E. coli*-bacteriën resistent geworden.⁵

Nog niet eerder werd het effect van cranberries bekeken bij ouderen in verpleeghuizen. De studie van het PHEG is de eerste grote studie bij verpleeghuisbewoners, waarin het effect van een jaar lang gebruik van cranberryconcentraat is vergeleken met een placebo. De studieresultaten van het PHEG laten zien dat het gebruik van cranberrycapsules ook bij verpleeghuisbewoners met een hoog risico een natuurlijk en veilig alternatief kan zijn voor de preventie van urineweginfecties.

Ook al bleken de cranberrycapsules geen kostenbesparing op te leveren, ze hebben het belangrijke voordeel dat ze geen antibioticaresistentie in de hand werken. Gezien de huidige situatie met hoge resistentiepercentages zou dat te prevaleren zijn boven kosteneffectiviteit.

Cranberries werken anders dan antibiotica, daarom kunnen ze gebruikt worden ter preventie van urineweginfecties, maar niet voor de behandeling daarvan. Daartegenover staat het voordeel dat de activiteit van cranberries tegen *E. colibacteriën* evengoed geldt voor *E. coli*-stammen die resistent zijn tegen antibiotica.^{6,7}

LITERATUUR

1. Caljouw MAA, Hout WB van den, Putter H, Achterberg WP, Cools HJM, Gussekloo J. Effectiveness of Cranberry Capsules to Prevent Urinary Tract Infections in Vulnerable Older Persons: A Double-Blind Randomized Placebo-Controlled Trial in Long-Term Care Facilities. *J Am Geriatr Soc* 2014 Jan;62(1):103-110. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12593/abstract>
2. Donk CF van der, Schols JM, Driessen CJ, et al. Prevalence and spread of multidrug resistant *Escherichia coli* isolates among nursing home residents in the southern part of The Netherlands. *J Am Med Dir Assoc* 2013 Mar;14(3):199-203.
3. Diederer BMW. Resistentieproblematiek: van plofkip tot superbacterie. *Linnaeus Medisch Journaal* 2010;18(4):134-5.
4. Donk CF van der, Bovenkamp JH van de, Brauwer EI de, et al. Antimicrobial resistance and spread of multi drug resistant *Escherichia coli* isolates collected from nine urology services in the Euregion Meuse-Rhine. *PLoS One* 2012;7(10):e47707.
5. Beerepoot MA, Ter Riet G, Nys S, et al. Cranberries vs Antibiotics to Prevent Urinary Tract Infections: A Randomized Double-blind Noninferiority Trial in Premenopausal Women. *Arch Intern Med* 2011 Jul 25;171(14):1270-8.
6. Martino P di, Agniel R, David K, et al. Reduction of *Escherichia coli* adherence to uroepithelial bladder cells after consumption of cranberry juice: a double-blind randomized placebo-controlled cross-over trial. *World J Urol* 2006 Feb;24(1):21-7.
7. Gupta A, Dwivedi M, Mahdi AA, et al. Inhibition of adherence of multi-drug resistant *E. coli* by proanthocyanidin. *Urol Res* 2012 Apr;40(2):143-50.

TOELICHTING

De studie is uitgevoerd met het cranberrysupplement Cranaxil Pro, welke beschikbaar is gesteld door Springfield Nutraceuticals BV, Oud-Beijerland. Cranaxil Pro is verkrijgbaar in een verpakking van 180 V-caps. voor € 66,95. Tevens zijn er verpakkingen van 30 en 60 V-caps. Cranaxil cranberryconcentraat 500 mg verkrijgbaar die respectievelijk € 13,95 en € 26,95 kosten. In de studie is gebruik gemaakt van een cranberrysupplement met een bijzondere productiewijze en samenstelling. Voor dit cranberrysupplement zijn alle bestanddelen van de gehele cranberry gebruikt, waardoor alle actieve stoffen in hun natuurlijke staat aanwezig zijn. Tevens voorziet een gepatenteerd verwerkingsproces in een bioactieve bescherming van alle bestanddelen van de cranberry waardoor deze de maag ongeschonden kunnen passeren en gereguleerd worden afgegeven. Niet alle andere verkrijgbare cranberrysupplementen hebben deze functionele eigenschappen. Voor één capsule Cranaxil Pro worden de bestanddelen van 18 gram verse cranberries gebruikt.

Correspondentieadres
info@springfieldnutra.com

Over(-)behandelen, ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen

Susanne de Kort



Auteurs: Theo Boer,
Maarten Verkerk,
Dirk Jan Bakker
Uitgever: Reed Business
Education, Amsterdam
2013
ISBN: 978 90 352 3592 2
Prijs € 17,95

gewerkt wordt (in bijvoorbeeld de casuïstiek). In het daarop volgende hoofdstuk met verschillende casus wordt duidelijk gemaakt dat overbehandeling niet zozeer 'te veel van het goede' is maar een eufemisme voor slechte zorg: overbehandeling vergroot en verlengt het lijden van de patiënt. Dat is een duidelijke en vruchtbare constatering.

In hoofdstuk 6 wordt verder ingegaan op de ethiek. De zorg aan kwetsbare ouderen moet, kort samengevat, overeenkomen met de bekende vier principes van Beauchamp en Childress: wat de patiënt zelf wil, geen schade veroorzaken, bijdragen aan de kwaliteit van leven en de ene patiënt niet bevoordelen ten opzichte van de andere. Interessant is de uitwerking van twee mogelijke betekenissen van kwaliteit van leven. De eerste is volgens de auteurs beperkt tot de (medische) vraag of een behandeling bijdraagt aan een beter leven na de behandeling; de tweede is de medisch-ethische vraag of leven na de behandeling überhaupt wenselijk wordt geacht. Dit is een nuttige onderscheiding inzake kwaliteit van leven. De auteurs zijn kritisch ten aanzien van de tweede betekenis van kwaliteit van leven. Zij wijzen op de beschermwaardigheid van het leven. Een belangwekkend onderwerp dat zich goed zou lenen voor een nadere analyse, bijvoorbeeld vanuit de eerder genoemde theorie van Ferry.

Aan het einde van het boek worden aanbevelingen gedaan hoe overbehandeling te voorkomen. Deze aanbevelingen zijn zo veelomvattend – inclusief verschillende modellen van communicatie – dat ik de draad van het verhaal een beetje kwijt raakte. Al met al hebben de auteurs een dappere poging gedaan om een zeer complex onderwerp te bespreken. Helaas is het boek niet altijd even makkelijk leesbaar. Soms worden snelle en vergaande interpretaties gegeven van de casuïstiek, op andere momenten ontbreekt een gedegen uitwerking van een theoretische notie. Genoeg inspiratie dus en tegelijk ook ruimte voor verbetering als het gaat om de reflectie op de dilemma's die spelen in ons alledaagse werk.

[Correspondentieadres](mailto:susannedekort@hotmail.com)
susannedekort@hotmail.com

Als specialist ouderengeneeskunde vindt ons handelen voortdurend ergens balancerend tussen over- en onderbehandeling plaats. In dit boek wordt de betekenis van deze begrippen aan de hand van 28 casusbeschrijvingen onderzocht. Om zo een antwoord te vinden op de vraag wat goede zorg voor kwetsbare en afhankelijke ouderen eigenlijk is. De eerste casus over 'de verloren heup' is al prachtig. De casus laat zien hoe reguliere behandelingen zoals een heupvervangende bij kwetsbare ouderen – indien er geen rekening gehouden wordt met hun specifieke situatie zoals een dementie of delier – totaal verkeerd kunnen uitpakken.

Na inleidende woorden over ouderdom en kwetsbaarheid, wordt in hoofdstuk 4 een eerste ethische verdieping gegeven. Er zouden grote verschillen van mening bestaan over 'wat goede zorg' is. Zelf weet ik niet of dat waar is en als het waar was, is het wel vreemd dat de auteurs in elke casus tot een eenduidig antwoord komen over of het al dan niet overbehandeling betreft. De auteurs gebruiken het werk van de Franse filosoof Luc Ferry en betogen dat de diversiteit aan opvattingen teruggaat op bewegingen die de ethiek in de geschiedenis heeft doorgemaakt. Ieder tijdperk – of het nu gaat om christelijke, moderne of postmoderne opvattingen – laat in de huidige tijd zijn sporen achter. Op deze manier zouden met woorden als autonomie, kwaliteit van leven en goed sterven nogal eens hele verschillende dingen bedoeld kunnen worden. Dit is een interessante gedachte maar het is jammer dat deze analyse amper uit-

De behandeling van vitamine D-gebrek bij Nederlandse verpleeghuisbewoners

Proefschrift Victor Chel

Dr. Victor Chel, specialist ouderengeneeskunde, Topaz locatie Overduin Katwijk

Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In deze rubriek wordt aandacht besteed aan het proefschrift 'De behandeling van vitamine D-gebrek bij Nederlandse verpleeghuisbewoners' van Victor Chel.

Vitamine D-deficiëntie en -insufficiëntie komen veel voor bij ouderen, in het bijzonder bij bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen. Bij 25-hydroxyvitamine D-(25(OH)D)-serumspiegels onder de 25 nmol/L spreekt men van vitamine D-deficiëntie, bij spiegels tussen de 25 en 50 nmol/L van vitamine D-insufficiëntie. Mensen met een 25(OH)D-serumspiegel van 50 nmol/L of hoger worden vitamine D-sufficiënt beschouwd. Vitamine D-suppletie in combinatie met voldoende calciuminname verlaagt het val- en fractuurrisico bij kwetsbare ouderen zoals verpleeg- en verzorgingshuisbewoners. Dit proefschrift richt zich primair op het vergelijken van verschillende vitamine D-suppletiemethoden in het verpleeghuis.

In **hoofdstuk 1** wordt een inleidend overzicht gegeven van de geschiedenis en fysiologie van vitamine D. Ook wordt hier de vitamine D-status van ouderen besproken met daarbij verschillende manieren om vitamine D-gebrek in deze populatie te voorkomen dan wel te behandelen. Tot slot wordt in dit hoofdstuk stilgestaan bij de zorg zoals die in Nederlandse verpleeghuizen geleverd wordt. Deze zorg is primair gericht op 'kwaliteit van leven' vanuit het perspectief van de bewoner.

Hoofdstuk 2 beschrijft een gerandomiseerd klinisch onderzoek bij 45 psychogeriatrische verpleeghuisbewoners naar het effect van bestraling met ultraviolet B-licht (UV-B), vergeleken met dat van vitamine D-suppletie per os, op de vitamine D-status (serum 25(OH)D) en serumspiegels van parathyroïd hormoon (PTH). De deelnemers werden gerandomiseerd in drie groepen:

1. behandeling met UV-B (3x/week op 1000 cm² van de onderrug, met de helft van de Minimale Erytheem Dosis (MED), gedurende 12 weken),
2. vitamine D (cholecalciferol) per os (dagelijks 400 IE) of
3. geen behandeling.

Uitkomstmaten waren de veranderingen in nuchtere serumspiegels van calcidiol (25(OH)D) en calcitriol (1,25(OH)₂D), gemeten bij aanvang van de studie en na respectievelijk 2, 4, 8 en 12 weken en PTH (1-84), gemeten bij aanvang van de studie en na 12 weken. Bij aanvang van de studie had 95% van de deelnemers een serum vitamine D-spiegel die lager was dan 30 nmol/l. Na 12 weken was, zowel in UV-B als in de vitamine D-groep, de mediane waarde gestegen naar rond de 60 nmol/l. In de controlegroep bleven de spiegels gelijk. In de UV-B-groep was er sprake van een significante stijging van de serum calcitriolspiegels. In beide behandelgroepen namen de serum PTH-spiegels met meer dan 30% af ($p < 0,001$); in de controlegroep werd geen significant verschil waargenomen. Geconcludeerd wordt dat korte UV-B-bestralingen de vitamine D-status bij verpleeghuisbewoners net zo goed kunnen verbeteren en daarbij een secundaire hyperparathyreoïdie net zo goed kunnen onderdrukken als orale vitamine D-suppletie.

In **hoofdstuk 3** worden de uitkomsten van een pilotonderzoek naar de toepasbaarheid en effectiviteit van zonnebankbestralingen bij de behandeling en preventie van vitamine D-gebrek in het verpleeghuis besproken. Acht psychogeriatrische verpleeghuisbewoners werden eenmaal per week, zittende in een Carendo® douchestoel, bestraald met UV-licht (0,5 MED) op de gehele voorzijde van het lichaam. Uitkomstmaten waren de nuchtere serumspiegels van 25(OH)D en PTH bij aanvang van de studie, vergeleken met die na twee, vier en acht weken. Bij aanvang van de studie was de gemiddelde serumconcentratie van 25(OH)D 28,5 nmol/L, na acht weken was deze gestegen naar 46,5 nmol/l. De mediane serum PTH-spiegel was na acht weken met 20% afgenomen. Geconcludeerd wordt dat wekelijkse UV-bestralingen bij verpleeghuisbewoners de serum 25(OH)D-spiegels significant doet stijgen, maar dat een periode van acht weken te kort of een bestralingsfrequentie van eenmaal per week te laag is om vitamine D-sufficiëntie te bereiken in deze populatie.

Hoofdstuk 4 is gewijd aan de resultaten van een gerandomiseerd dubbelblind placebocontroleerd onderzoek, bij 338 verpleeghuisbewoners verdeeld over tien verpleeghuizen, naar het effect op de vitamine D-status, van orale vitamine D-suppletie met verschillende doseringen en tijdsintervallen. De deelnemers kregen gedurende vier maanden ofwel placebo, of 600 IE cholecalciferol/dag dan wel een equivalente dosis eenmaal per week (4200 IE) of eenmaal per maand (18000 IE). Na vier weken werd gedurende twee weken, dagelijks, calciumcarbonaat (800 mg = 320 mg Ca²⁺, of 1600 mg = 640 mg Ca²⁺) of placebo toegevoegd. 276 deelnemers (82%) maakten de onderzoeksperiode van vier maanden af en 269 deelnemers (80%) die van vierenhalve maand. Bij aanvang van het onderzoek was de gemiddelde 25(OH)D-serumspiegel 25,0 nmol/L (SD 10,9); bij 77% van de deelnemers was deze lager dan 30 nmol/L, bij 98% lager dan 50 nmol/L. De mediane dagelijkse calciuminname via zuivelproducten was 750 mg. Na vier maanden was de gemiddelde 25(OH)D-serumspiegel gestegen naar 62,5 nmol/L (in de 'dag-', 'week'- en 'maand'-groep naar respectievelijk 69,9, 67,2 en 53,1 nmol/L, $p < 0,001$ tussen de verschillende groepen).

Na vier maanden was het percentage van de deelnemers dat geen vitamine D-sufficiëntie bereikt had in de 'dag-', 'week'- en 'maand'-groep respectievelijk 10, 9, 10,6 en 36,4%. De mediane PTH-spiegels waren in de met vitamine D-behandelde groepen afgenomen met 23% ($p < 0,001$). Er was geen afname van de botombouwparameters C-terminaal telopeptide (CTX) en alkalische fosfatase (AF). Ook werd er geen additioneel effect gezien van de toegevoegde calciumsupplementen. Geconcludeerd wordt dat dagelijkse en wekelijkse vitamine D-suppletie effectiever zijn in het verhogen van vitamine D-spiegels dan maandelijkse suppletie. Dagelijkse suppletie was vrijwel even effectief als wekelijkse alhoewel net significant iets effectiever. Calciumsuppletie had geen effect op PTH-spiegels en botombouwactiviteit. Een enquête onder het verplegend personeel liet een duidelijke voorkeur (72%) zien voor de dagelijkse suppletievorm. 39% van de respondenten gaf aan de indruk te hebben dat de kans op fouten kleiner was bij dagelijkse suppletie.

In **hoofdstuk 5** wordt verslag gedaan van een enquêteonderzoek dat tot doel had om na te gaan in hoeverre specialisten ouderengeneeskunde het advies van de Gezondheidsraad met betrekking tot vitamine D-suppletie bij ouderen daadwerkelijk opvolgen. Aan alle specialisten ouderengeneeskunde in Nederland werd daartoe een korte vragenlijst gestuurd. Huisartsen van het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde van het VU medisch centrum in Amsterdam kregen, ter vergelijking, tijdens een netwerkbijeenkomst een korte vragenlijst voorgelegd. Ook wordt in dit hoofdstuk stilgestaan bij de vraag wat artsen er mogelijk van weerhoudt om vitamine D voor te schrijven. Uit de enquête kwam naar voren dat ruim twee derde van de respondenten, zowel specialisten ouderengeneeskunde als

huisartsen, bekend bleken te zijn met het suppletieadvies van de Gezondheidsraad en dat desondanks ongeveer de helft niet suppleerde als dat wel zou moeten. Voor zover zij wel suppleerden, schreef ongeveer de helft van de specialisten ouderengeneeskunde en een vijfde van de huisartsen een te lage dosis voor (400 in plaats van 800 IE). Redenen om geen vitamine D voor te schrijven kwamen naar voren in bovengenoemde netwerkbijeenkomst alsmede tijdens een door het Voedingscentrum georganiseerde consultatieronde met verschillende koepelorganisaties en beroepsgroepen.

In beide bijeenkomsten werd vooral het ontbreken van een gevoel van urgentie en twijfels over het nut en de opbrengst van vitamine D-suppletie genoemd. In het bijzonder huisartsen hebben daarbij de overtuiging dat primaire preventie voor grote bevolkingsgroepen niet thuishoort en niet haalbaar is in de huisartsenzorg. In de consultatieronde van het Voedingscentrum werden als andere factoren ook nog de complexiteit van de leeftijdsgrenzen die de Gezondheidsraad hanteerde in haar advies van 2008, het grote aanbod van vitamine D-preparaten en het ontbreken van eenduidig, aansprekend voorlichtingsmateriaal voor consumenten dat aansluit op bestaande informatie over voeding en leefstijl genoemd.

Geconcludeerd wordt in dit hoofdstuk dat specialisten ouderengeneeskunde en mogelijk ook huisartsen de adviezen van de Gezondheidsraad met betrekking tot vitamine D-suppletie bij ouderen in de praktijk onvoldoende opvolgen. Slechts ongeveer 25% van de bewoners in verpleeghuizen en waarschijnlijk ook in verzorgingshuizen krijgt adequate suppletie. De bekendheid met, en het draagvlak voor, de suppletieadviezen is dan ook voor verbetering vatbaar.

Hoofdstuk 6 werpt licht op de (nog niet eerder beschreven) prevalentie van vitamine D-gebrek bij verpleeghuisbewoners met de ziekte van Huntington. De ziekte van Huntington is een zeldzame, erfelijke, progressieve, neurodegeneratieve ziekte die gepaard gaat met bewegingsstoornissen, vallen, neuropsychiatrische problemen en dementie. De gemiddelde aanvangsleeftijd van deze ziekte is 30 tot 50 (2-85) jaar. De gemiddelde ziekteduur bedraagt 17-20 jaar. Bij 28 van de 61 langdurig opgenomen bewoners van verpleeghuis Topaz Overduin werd in bloedmonsters, verkregen tijdens om andere redenen geplande bloedafnames, de serumspiegel van 25(OH)D bepaald. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 59 (42-76) jaar. 20 deelnemers (71%) kwamen meer dan 1x/week buiten en 10 deelnemers (36%) gebruikten voedingssupplementen met vitamine D. De gemiddelde 25(OH)-spiegel bedroeg 33 nmol/L (SD 15). 25 deelnemers (89%) waren vitamine D-insufficiënt (25(OH)D < 50 nmol/L) waarvan 8 (29%) vitamine D-deficiënt (25(OH)D < 25 nmol/L). 3 deelnemers (10%) waren vitamine D-sufficiënt (25(OH)D > 50 nmol/L).

Een positieve associatie met de mobiliteitsscore FAC (Functional Ambulation Classification) werd gevonden ($p = 0,023$). Geconcludeerd wordt dat de prevalentie van vitamine D-gebrek in deze over het algemeen jongere populatie verpleeghuisbewoners hoog is. Nog niet bekend is of vitamine D-suppletie een positief effect zou kunnen hebben op het al bestaande hoge valrisico en/of de bij de ziekte van Huntington veelvoorkomende neuropsychiatrische stoornissen.

In **hoofdstuk 7**, de algemene discussie, worden de belangrijkste bevindingen van de in dit proefschrift besproken onderzoeken in een breder perspectief geplaatst, waarbij naast enkele methodologische overwegingen stilgestaan wordt bij de weerslag die de bevindingen zouden kunnen hebben op de dagelijkse zorgpraktijk. Ook wordt in dit hoofdstuk voorgesteld verder onderzoek te doen naar:

- de veronderstelde extra winst in kwaliteit van leven bij verpleeghuisbewoners in geval van toepassing van UV-B bij de behandeling en preventie van vitamine D-gebrek bij verpleeghuisbewoners (een onderzoeksprotocol is reeds opgesteld);
- de stand van zaken over \pm vijf jaar met betrekking tot bekendheid met en draagvlak voor het vitamine D-suppletieadvies voor ouderen van de Gezondheidsraad: herhaling van het enquêteonderzoek bij specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen;
- de meerwaarde van vitamine D-oplaaddoseringen (snelle correctie van het vitamine D-gebrek) bij verpleeghuisbewoners;
- de mogelijke effecten van vitamine D-suppletie op het valrisico bij de ziekte van Huntington en de bij deze ziekte veel voorkomende neuropsychiatrische stoornissen (een concept onderzoeksprotocol is reeds opgesteld).

ALGEMENE CONCLUSIES

- De meeste verpleeghuisbewoners zijn vitamine D-deficient of -insufficiënt.
- De oudere huid is, ondanks de afgenomen capaciteit, zeer wel in staat om, onder invloed van UV-B licht, adequate hoeveelheden vitamine D te vormen.
- Behandeling van vitamine D-gebrek door middel van de toepassing van UV-B is bij verpleeghuisbewoners net zo effectief in het verhogen van de $25(\text{OH})\text{D}$ -serumspiegels en het onderdrukken van een secundaire hyperparathyreoïdie als vitamine D-suppletie per os.

- De toepassing van zonnebankbestralingen bij verpleeghuisbewoners liet zich in een pilot goed combineren met de dagelijkse zorg in verpleeghuizen. Het lijkt een goed alternatief te vormen, met mogelijk bijkomende positieve gezondheidseffecten, voor orale vitamine D-suppletie in deze populatie.
- Er bestaan verschillende methoden voor het oraal suppleren van vitamine D. Dagelijks of wekelijks suppleren van vitamine D is effectiever met betrekking tot het bereiken van vitamine D-sufficiëntie dan maandelijks suppletie.
- De adviezen van de Gezondheidsraad met betrekking tot vitamine D-suppletie bij ouderen worden in de praktijk onvoldoende opgevolgd door specialisten ouderengeneeskunde. Slechts ongeveer 25% van de bewoners van verpleeghuizen lijkt adequaat gesuppleerd te worden.
- De prevalentie van vitamine D-deficiëntie en -insufficiëntie is hoog bij een specifieke subgroep van – jonger dan de gemiddelde verpleeghuisbewoners – mensen met de ziekte van Huntington. Vitamine D-suppletie is in deze groep is nog niet gebruikelijk. Het is nog niet bekend of ook in deze groep vitamine D-gebrek geassocieerd is met een verhoogd valrisico en neuropsychiatrische stoornissen waarvan bekend is dat deze veel voorkomen bij de ziekte van Huntington.

AANBEVELINGEN

- Omdat vitamine D-suppletie effectief en mogelijk ook veiliger is, wanneer de toediening dagelijks of wekelijks plaatsvindt, verdient, in geval van orale vitamine D-suppletie, deze methode aanbeveling bij geïnstitutionaliseerde ouderen.
- Omdat aangetoond is dat de prevalentie van vitamine D-deficiëntie en -insufficiëntie hoog is onder geïnstitutionaliseerde patiënten met de ziekte van Huntington, verdient het aanbeveling ook deze groep standaard dagelijks te suppleren met 800 IE cholecalciferol.
- Om te komen tot een adequate vitamine D-suppletie bij alle verpleeghuisbewoners is het wenselijk dat vitamine D-suppletie standaard wordt opgenomen in alle zorgen behandelplannen en dat het standaard suppleren van vitamine D in verpleeghuizen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschouwd wordt als een norm en indicator voor verantwoorde en goede zorg.

Correspondentieadres
v.chel@topaz.nl

Geriatrische COPD Revalidatie

Bij wie en met welk effect?

Jisca Vrancken, specialist ouderengeneeskunde, AxionContinu, Utrecht
dr. Martin Smalbrugge, specialist ouderengeneeskunde, hoofd GERION, afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde/EMGO+, VUmc, Amsterdam,
Claudia Ramaker, specialist ouderengeneeskunde, Careyn Utrecht Stad
Hans van der Zeijden, longarts St. Antonius ziekenhuis Nieuwegein

INLEIDING

Chronisch obstructief longlijden (COPD) is een chronische ontsteking van de luchtwegen. Patiënten hebben chronische klachten van benauwdheid, hoesten, sputumproductie, verminderde inspanningstolerantie en bewegingsarmoede. Het ziekteproces heeft een progressief verloop waarbij er sprake is van een grotendeels irreversibele obstructie, hyperinflatie en emfyseem.¹ In Nederland wordt de prevalentie van COPD geschat op 2,4% bij mannen en op 1,7% bij vrouwen. Daarmee heeft Nederland meer dan 350.000 mensen met de diagnose COPD.² De World Health Organization (WHO) heeft berekend dat in 2030 COPD zal stijgen naar de derde belangrijkste oorzaak van overlijden wereldwijd. In Nederland overleden in 2010 5.984 personen (40,0 per 100.000 mannen en 32,1 per 100.000 vrouwen) met COPD als primaire doodsoorzaak: hiermee bezet het de vijfde plaats in de rangorde van doodsoorzaken (na nieuwvormingen, hartfalen, myocardinfarct en dementie).³

Genezing van COPD is niet mogelijk, maar de ziektelast kan wel verminderd worden en de progressie van de klachten is af te remmen. Een van de mogelijkheden om de ziektelast te verminderen, en het zelfstandig functioneren en de kwaliteit van leven van COPD patiënten te bevorderen, is longrevalidatie. Bij longrevalidatie wordt systematisch

aandacht geschonken aan de lichamelijke en psychosociale gevolgen van COPD. De longrevalidatie kent namelijk een geïntegreerde aanpak, waarbij ziekte-uitleg, educatie, zelfmanagement, begeleiding bij stoppen met roken, medicatiebegeleiding, het aanbieden van een (individueel) beweegprogramma, optimalisatie van de voedingstoestand en exacerbatie management een rol spelen. Deze revalidatie is bedoeld voor patiënten waarbij het niet lukt om in een poliklinische setting met begeleiding van longartsen, longverpleegkundigen en eerstelijns fysiotherapie de gestelde behandeldoelen te halen.

Een relatief nieuwe en specifieke vorm van longrevalidatie bij COPD-patiënten betreft longrevalidatie voor kwetsbare oudere COPD-patiënten. Deze patiëntengroep is vaak onvoldoende in staat om intensieve revalidatieprogramma's te volgen in een revalidatiecentrum. Doel van dit onderzoek is de kenmerken van deze groep COPD-patiënten en het beloop van de longrevalidatie te beschrijven aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn patiëntenkenmerken van deze specifieke groep revalidanten: leeftijd, geslacht, ernst van de COPD, voedingstoestand, comorbiditeit, medicatiegebruik, duur revalidatieproces, ontslagbestemming?

INLEIDING Longrevalidatie bij COPD (chronisch obstructief longlijden) is een behandelprogramma om de ziektelast te verminderen en de kwaliteit van leven te bevorderen. Dit onderzoek beschrijft de kenmerken van de weinig onderzochte, kwetsbare oudere COPD-patiënten en het beloop van hun longrevalidatie op een revalidatieafdeling binnen het verpleeghuis.

METHODE Retrospectief cohortonderzoek van COPD-patiënten ouder dan 55 jaar die werden geïndiceerd voor opname op een gespecialiseerde verpleeghuisafdeling.

RESULTATEN Tussen 1 november 2010 en 31 oktober 2011 werden 49 patiënten met ernstige (35% GOLD III) tot zeer ernstige COPD (49% GOLD IV) geïdentificeerd. 9 patiënten werden (her)opgenomen in het ziekenhuis, 10 overleden en 30 gingen weer zelfstandig wonen, hiervan gingen 23 patiënten terug naar hun eigen woning en 7 patiënten verhuisden naar het verzorgingshuis. De gemiddelde revalidatieduur bedroeg 115 dagen. Patiënten met een CCI (Charlson Comorbidity Index) score < 4 revalideerden vaker succesvol dan met een CCI-score van 4 of hoger ($p < 0,01$).

CONCLUSIE Longrevalidatie in het verpleeghuis wordt verleend aan patiënten in een gevorderd stadium van COPD met veel comorbiditeit. In ruim 60% van de gevallen is revalidatie succesvol.

TREFWOORDEN COPD, longrevalidatie, kwetsbare ouderen, GOLD-stadia, comorbiditeit.

- Is er een relatie tussen patiëntkenmerken bij opname en succesvolle revalidatie (ontslagbestemming huis/verzorgingshuis)?
- Wat is de ziektegerelateerde gezondheidstoestand bij opname en bij ontslag?

METHODE

Onderzoeksopzet en populatie

Het onderzoek betreft een retrospectief cohortonderzoek van COPD-patiënten die werden opgenomen op een revalidatieafdeling van het verpleeghuis. Inclusiecriteria waren:

- 1) diagnose COPD;
- 2) indicatie voor longrevalidatie (gesteld door longarts en specialist ouderengeneeskunde);
- 3) ontslagdatum of overlijdensdatum tussen 01-11-2010 en 31-10-2011;
- 4) leeftijd > 55 jaar.

Metingen en meetinstrumenten

Demografische variabelen: leeftijd bij opname, geslacht. Deze werden uit het patiëntendossier verkregen.

Ziektegerelateerde variabelen: COPD-stadium bij opname werd bepaald met de Gold classificatie⁴ door de behandelend arts.

Als maat voor de longfunctie werd het 1 seconde Forced Expiratory Volume (FEV₁) (uitgedrukt in procenten van de voorspelde waarde en in combinatie met de FEV₁/FVC-ratio < 70%) gebruikt, gemeten tijdens de ziekenhuisopname voor de longrevalidatie of kort voor de ziekenhuisopname.

Als maat voor de comorbiditeit werd de Charlson Comorbidity Index (CCI)⁵ gebruikt, welke gevalideerd is voor verpleeghuispatiënten. De comorbiditeitsgegevens werden uit het patiëntendossier verkregen. Medicatiegegevens (gemeten bij opname en ontslag) werden uit de medicatiegegevens van de apotheek verkregen.

De Body Mass Index (BMI) bij opname werd gebruikt als maat voor de voedingstoestand. Gewicht werd bij opname op de revalidatieafdeling bepaald en voor lengte werd de lengte uit het identiteitsbewijs gebruikt.

Revalidatievariabelen: gegevens over opnameduur revalidatie, ontslagbestemming en heropname in ziekenhuis tijdens revalidatietraject werden uit het patiëntendossier verkregen. De ziektegerelateerde gezondheidstoestand werd bij opname en ontslag bepaald met behulp van de Clinical COPD Questionnaire (CCQ)⁶, een valide en betrouwbaar instrument en gevoelig voor verandering bij patiënten met COPD. De CCQ vraagt onder andere of de patiënt de COPD onder controle heeft en of de medicatie nog het gewenste effect heeft. De CCQ werd afgenomen door de praktijkverpleegkundige.

Data-analyse: gebruik werd gemaakt van beschrijvende statistiek om de populatie te beschrijven. De relatie tussen patiëntkenmerken bij opname en succesvolle revalidatie werd onderzocht met χ^2 -analyse (dichotome en categoriale variabelen) en de Student t-toets (continue variabelen). Een p-waarde van < 0,05 werd gehanteerd voor vaststellen van significantie.

RESULTATEN

Algemene patiëntkenmerken (zie tabel 1)

In de periode tussen 1 november 2010 en 31 oktober 2011 werden 49 patiënten geïdentificeerd die voldeden aan de inclusiecriteria. Van deze patiënten was 24 vrouw en de gemiddelde leeftijd was 72 (range 57-91) jaar. De gemiddelde verblijfsduur voor de revalidatie in het verpleeghuis was 93 (range 5-413) dagen. Het overgrote deel van de geïnccludeerden betrof patiënten met ernstige tot zeer ernstige COPD: 35% GOLD III en 48% GOLD IV. De overige patiënten hadden een mildere vorm van COPD.

Van de 49 patiënten zijn er 9 patiënten (her)opgenomen in het ziekenhuis; hiervandaan zijn zij elders gaan revalideren (n = 2), in een verpleeghuis gaan wonen (n = 2) of overleden (n = 5). Van de 30 patiënten die weer zelfstandig zijn gaan wonen, keerden 23 naar hun eigen huis terug en 7 patiënten gingen naar een verzorgingshuis.

Tabel 1. Kenmerken van de geïnccludeerde patiënten.

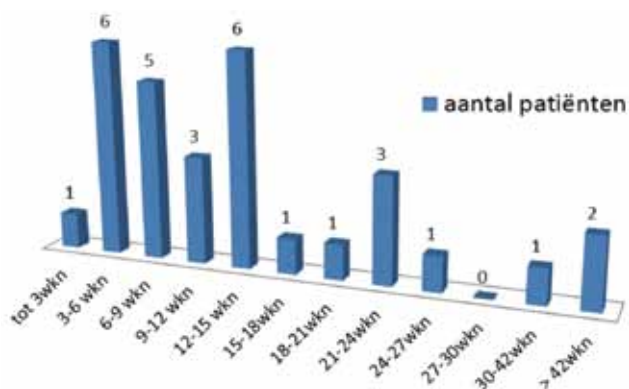
Kenmerk	
Gemiddelde leeftijd (n=49)	72 jaar (range 57-91)
Geslacht (n=49)	
- Vrouw	24 (49%)
- Man	25 (51%)
Ernst van de COPD (Gold) (n=49)	
- Gold II	8 (16%)
- Gold III	17 (35%)
- Gold IV	24 (49%)
Voedingstoestand (n=42) n (%)	
- BMI < 20 (ondergewicht)	13 (31%)
- BMI 20-29 (normaal gewicht)	22 (52,3%)
- BMI > 29 (overgewicht)	7 (16,7%)
Comorbiditeit (Charlson Morbidity Index) (n = 49)	2,71 (range 1-6)
Longfunctie (FEV ₁) (n = 20)	36% (range 16-70%)
Aantal medicamenten bij opname per patiënt (n = 49)	13,1 (4,4)
Ontslagbestemming/verblijfsduur (n = 49)	
- Overleden (verblijfsduur 112 dagen) (range 7-308)	10 (20,3%)
- Huis/verzorgingshuis (verblijfsduur 105 dagen) (range 19-413)	30 (61,3%)
- Ziekenhuis (verblijfsduur 33 dagen) (range 5-81)	9 (18,4%)

Succesvolle revalidatie

Bij ontslag naar huis/verzorgingshuis wordt gesproken van succesvolle revalidatie. Een significante relatie tussen patiëntkenmerken bij opname en al dan niet succesvolle revalidatie werd gevonden voor de CCI-score: patiënten met een CCI-score < 4 revalideerden vaker succesvol dan met een CCI-score van 4 of hoger ($p < 0,01$). Andere relaties werden niet gevonden.

Revalidatieduur

De gemiddelde duur van de revalidatie in de groep die naar huis ontslagen werd bedroeg 115 dagen overeenkomend met circa 16,5 week. In figuur 1 is de spreiding van de revalidatieduur grafisch weergegeven. Er lijkt een patroon te bestaan van 'vlotte revalidatie' (< 15 weken) en 'langzame revalidatie' (> 15 weken). Er bestaat echter geen significante relatie tussen snelheid van revalidatie en CCI-score bij opname.



Figuur 1. Revalidatieduur (n = 30).

Ziektegerelateerde gezondheidstoestand

Van slechts 17 patiënten (statistische toetsing derhalve niet zinvol) is de CCQ-score bij opname en ontslag gemeten: alleen patiënten die succesvol gerevalideerd zijn (zie tabel 2). Bij deze patiënten was sprake van een verbetering van de ziektegerelateerde gezondheidstoestand. Een duidelijke verklaring voor deze selectie lijkt er niet te zijn. Mogelijk dat onvoldoende borging van afname van de CCQ-vragenlijst bij ontslag de oorzaak is.

Tabel 2. Ziektegerelateerde gezondheidstoestand CCQ = Clinical COPD Questionnaire (CCQ).

CCQ score	CCQ opname	CCQ ontslag
Revalidatie succesvol (n = 17)	3,2	2,6

BESCHOUWING

Dit onderzoek beschrijft voor het eerst een grotere groep longrevalidanten in het verpleeghuis. Het betreft een relatief nieuwe groep patiënten – kwetsbare ouderen met COPD die voor longrevalidatie in aanmerking komen – waar nog weinig onderzoek naar gedaan is.

Uit ons onderzoek komt naar voren dat het een bijzonder kwetsbare groep patiënten betreft, waarvan ruim 60% uiteindelijk succesvol revalideert, bijna 20% tijdens de revalidatie weer heropgenomen wordt in het ziekenhuis en ruim 20% overlijdt (zelfs 28% als ook de mensen die na ziekenhuisopname tijdens de revalidatieperiode overlijden worden meegeteld).

Vergelijking met een eerder beschreven veel kleinere populatie in Medisch Contact⁷ toont een iets hoger succespercentage van revalidatie in dat onderzoek: 82% (14 van de 17 patiënten).

Ook valt het hoge overlijdenspercentage op in onze groep (28%). Een verklaring hiervoor is de kwetsbaarheid van de populatie, gelet op de ernst van de COPD, en het feit dat er veel comorbiditeit voorkomt bij de patiënten. Vergelijking met de studie van Van Dam is op deze punten slechts beperkt mogelijk door ontbreken van data daarover.⁷ (Onze bevinding dat een hoog percentage van de patiënten overlijdt gedurende longrevalidatie duidt erop dat de kwetsbaarheid van deze patiëntengroep bijzonder hoog is en dat de overgang tussen longrevalidatie en palliatieve zorg als behandelopties bij deze patiëntengroep regelmatig plaatsvindt. Dat vraagt om deskundigheid van arts en team op beide vlakken en openheid om van een activerende revalidatieaanpak te switchen naar een meer terughoudende aanpak gericht op palliatie van klachten.

De mate van comorbiditeit blijkt gerelateerd aan al dan niet succesvol revalideren. De verblijfsduur, relatief lang in de studipopulatie, lijkt ook gerelateerd aan de ernst van de comorbiditeit, echter dit is nu niet significant gebleken.

Voor de patiënt is naast ontslag naar huis ook de ziektegerelateerde gezondheidstoestand een belangrijke uitkomstmaat. Deze is helaas slechts bij 17 van de succesvol gerevalideerde patiënten afgenomen bij opname en ontslag. Bij deze patiënten blijkt sprake van een significante verbetering.

Beperkingen van dit onderzoek

Een eerste beperking is dat, vanwege onvoldoende beschikbare gegevens, functionele uitkomstmaten (spierkracht, loopvermogen, ADL-zelfstandigheid en dergelijke) niet zijn meegenomen in deze studie. Functionele uitkomstmaten, indien afgenomen bij opname en ontslag (zoals de zes minuten looptest, quadricepskracht en handknijpkracht), kunnen meer inzicht geven in de effecten van de longrevalidatie.

Een tweede beperking betreft het feit dat er een verpleeghuis betrokken is bij het onderzoek (geconcentreerde COPD-zorg) dat de patiënten uit met name twee perifere ziekenhuizen doorverwezen krijgt. De samenwerking met de twee ziekenhuizen is in de loop der jaren gegroeid en heeft geleid tot het ontstaan van deze gespecialiseerde afdeling.

CONCLUSIE

Longrevalidatie in het verpleeghuis wordt verleend aan een bijzonder kwetsbare groep COPD-patiënten. Zij verkeren allen in een gevorderd stadium van de ziekte en hebben een hoge mate van comorbiditeit.

Uitkomst van revalidatie is in ruim 60% van de gevallen succesvol, maar overlijden komt ook veel voor. Dat vraagt kennis van geriatrische revalidatieprincipes en palliatieve zorg en flexibiliteit van behandelteams. Bij de patiënten met succesvolle revalidatie bij wie de ziektegerelateerde gezondheidstoestand was gemeten, was sprake van een duidelijke tendens tot verbetering. Dit lijkt tevens de groep patiënten, zoals te verwachten, met lagere scores op de comorbiditeitsindex.

In een prospectieve studie zullen de effecten van longrevalidatie bij deze patiëntengroep verder door ons onderzocht worden, waarbij ook naar functionele uitkomstmaten gekeken zal worden en naar effecten van longrevalidatie op de langere termijn. Bij dit laatste is, behalve functiebehoud en kwaliteit van leven, ook het preventief effect op ziekenhuisopnames vanwege exacerbaties een belangrijke uitkomstmaat.

LITERATUUR

1. <http://www.nhg.nl>. COPD. NHG-Standaard COPD. [Online] 2007.
2. Zorgstandaard COPD. Amersfoort : 2012 Long Alliantie Nederland, 2012.
3. <http://statline.cbs.nl/statweb/>. CBS. [Online] 2012.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). <http://www.goldcopd.org/>. From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. [Online] 2011.
5. Groot V de, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. March 2003, *Journal of Clinical Epidemiology*, pp. Vol. 56, Issue 3, Pages 221-229.
6. Molen T van der, Willemse BW, Schokker S, Hacken NH ten, Postma DS, Juniper EF. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. 28 Apr 2003, *Health Qual Life Outcomes*, p. 1:13.
7. Dam van Isselt EF van, Groenewegen-Sipkema KH, Visschedijk JHM, Achterberg WP. Specifieke geriatrische aanpak moet draaideurpatiënten voorkomen. Nr. 36:sn, 09 september 2010, *Medisch Contact*, pp. 1791-93.

Correspondentieadres
jvrancken@axioncontinu.nl

Schakelen

Annet Wind, huisarts, coördinator NHG-kaderopleiding ouderengeneeskunde LUMC

Autorijden met manlief op de bijrijdersstoel? Het blijft een hachelijke zaak. Ik pas mijn snelheid aan aan de omstandigheden en schakel graag op door mij te bepalen momenten. Maar er zijn grenzen. In de vierde versnelling op de snelweg rijden is niet aan te bevelen.

Hetzelfde gevoel van 'schakelen!' bekwam me deze week twee keer. De eerste keer toen een specialist ouderengeneeskunde vroeg: 'Zitten de huisartsen nou echt op onze inzet te wachten in de eerste lijn?' en later toen een huisarts bekende: 'Ik heb nog nooit een specialist ouderengeneeskunde in consult gevraagd, ik stuur ouderen liever naar een geriater als ik er niet uitkom'. Het samenwerken in de eerste lijn is ook wennen voor beide partijen. Voor specialisten ouderengeneeskunde kan het eng zijn om het vertrouwde intramurale terrein te verlaten en huisartsen zijn geneigd om problemen zelf op te lossen of om het ziekenhuis in te schakelen. 'Bij mij gaat alles goed in de ouderenzorg' hoor ik weleens van huisartsen.

Zou dat echt zo zijn? De cijfers spreken boekdelen: het volume ouderen in de eerste lijn, de multimorbiditeit en complexiteit nemen in rap tempo toe. Onbewust onbekwaam? Onvoldoende zicht op de verschillende mogelijkheden voor complexe medische zorg thuis? Ook het inzetten van ergotherapeuten thuis, verpleegkundig specialisten en casemanagers dementie kan veel beter. Natuurlijk zijn er allerlei hobbels te nemen. Financiële schotten, samenwerkingsissues, taalproblemen, zorgorganisaties die terughoudend zijn, et cetera. Maar niet geschoten is altijd mis en met een beetje vasthoudendheid en eelt op de ziel gebeurt er uiteindelijk echt wel wat.

Het moet van twee kanten komen. Huisartsen: zie de problemen en werk samen met anderen, liefst in de eerste lijn. Specialist ouderengeneeskunde: laat je zien! Kom naar gezamenlijke scholingen en bijeenkomsten, overleg met het management van je instelling, maak een visitekaartje, durf! Wel graag een paar spelregels in acht nemen. Het zou jammer zijn als de prille samenwerking in de kiem gesmoord wordt door onhandigheid.

Een belangrijke spelregel voor het werken in de eerste lijn is: overleg met de huisarts voordat je contact hebt met een oudere of iemand bespreekt in een MDO. Dit nalaten zet kwaad bloed. Niet omdat 'onze patiënten' uitsluitend 'van



ons' zijn, maar omdat daarmee voorbijgegaan wordt aan de kennis en deskundigheid van de huisarts en diens zicht op deze oudere in zijn/haar context. Dan worden huisartsen niet erkend in hun regiefunctie.

De eerste lijn heeft de deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde absoluut nodig. In december 2013 heeft de ledenvergadering van de landelijke huisartsenvereniging (LHV) een notitie aangenomen dat huisartsen bij ouderen met een ZZP 3 en 4 moeten overwegen om een specialist ouderengeneeskunde als medebehandelaar te vragen (ook tijdens ANW-diensten!) en bij ouderen met een ZZP 5 en hoger zelfs als hoofdbehandelaar. Dit omdat de problematiek te ingewikkeld en tijdrovend is en omdat de meeste huisartsen hiervoor onvoldoende competenties hebben. Dat zegt toch genoeg over de knelpunten in de eerstelijns-ouderenzorg?

Lekker autorijden betekent je snelheid aanpassen aan de omstandigheden en soepel schakelen op je eigen moment, op het moment dat het goed voelt. Dat moment ligt echter binnen bepaalde grenzen. Te vroeg geeft snelheidsverlies, te laat geeft oververhitting. Als je het lastig vindt het goede moment te bepalen, is een automaat aan te bevelen. Maar schakelen moet. Het 'pientere pookje' van DAF bestaat nu eenmaal niet meer.

Correspondentieadres
A.W.Wind@lumc.nl

Appropriate prescribing for older people

Proefschrift Clara Drenth-van Maanen

Dr. A.C. (Clara) Drenth-van Maanen, klinisch geriater i.o., klinisch farmacoloog

Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In deze rubriek wordt aan het proefschrift 'Appropriate prescribing for older people' van Clara Drenth-van Maanen aandacht besteed.

Het optimaal voorschrijven van geneesmiddelen is het maken van medicatiekeuzes die leiden tot een maximale gezondheidswinst voor de patiënt. Ouderen hebben een verhoogd risico op inadequate farmacotherapie wat kan leiden tot ongewenste uitkomsten, zoals bijwerkingen of zelfs medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames. Polyfarmacie, veranderde farmacokinetiek en -dynamiek (bijvoorbeeld door een verminderde nierfunctie, veroudering, polymorbiditeit), en momenten van medicatieoverdracht zijn bekende risicofactoren voor inadequate farmacotherapie. Voor elke patiënt moet een arts beslissen welke geneesmiddelen in welke doseringen het meest optimaal zijn, op basis van het behandel doel, comorbiditeit en contra-indicaties.

De studies in dit proefschrift hadden als doel de frequentie en aard van risicofactoren voor inadequate farmacotherapie bij ouderen te onderzoeken, met een focus op polyfarmacie, medicatieoverdracht en verminderde nierfunctie. Interventies ter verbetering hiervan werden ontwikkeld en onderzocht op effectiviteit.

In de eerste studie worden de resultaten beschreven van een onderzoek naar de Polyfarmacie Optimalisatie Methode (POM). De POM is een voorschrijfmethode die bestaat uit zes open vragen met additionele controlelijsten. De vragen zijn gericht op therapietrouw, onderbehandeling, overbehandeling, bijwerkingen, interacties, en ten slotte dosering, doseerfrequentie en toedieningsvorm van medicatie. 45 huisartsen optimaliseerden eerst de medicatielijst van een casus zonder gebruik van de POM. Vervolgens kregen ze onderwijs over de POM, waarna ze met behulp van de POM de medicatielijst van een tweede casus optimaliseerden. De medicatiewijzigingen door de huisartsen werden vergeleken met de adviezen van een expert panel bestaande uit vier klinisch geriater-klinisch farmacologen. Keuzes voor ongeschikte medicatie (doseringen) werden significant minder gemaakt bij gebruik van de POM: het percentage correcte beslissingen steeg met 13,4%, terwijl het aantal potentieel schadelijke beslissingen daalde met bijna één per patiënt.

Het volgende onderwerp betrof de medicatieoverdracht. Wanneer de zorg voor een patiënt wordt overgedragen van de ene naar de andere zorgverlener, dan is het belangrijk dat er een complete, heldere en snelle medicatieoverdracht plaatsvindt. Er werd een studie uitgevoerd die gericht was op de medicatieanamnese bij opname in het ziekenhuis.

Het aantal verschillen (discrepancies) tussen de reguliere medicatieanamnese en een gestructureerde medicatieanamnese (GMA) werd onderzocht onder 100 patiënten bij opname op de afdeling geriatrie van het UMC Utrecht. Discrepancies werden gevonden bij 92% van de patiënten, met een mediaan van drie per patiënt. Bijna driekwart van deze discrepanties was potentieel klinisch relevant. Meer dan één op de vijf patiënten ontwikkelde ook daadwerkelijk aan de discrepantie gerelateerde klachten, zoals het heroptreden van hallucinaties nadat het gebruik van quetiapine ten onrechte niet uit de reguliere medicatieanamnese naar voren was gekomen, of het stijgen van de bloeddruk doordat nifedipine ontbrak in de reguliere medicatieanamnese.

De GMA werd ook in de ouderenspsychiatrie onderzocht. Voor deze studie werden vijftig 55-plussers geïnccludeerd. De resultaten van dit onderzoek bevestigden dat de GMA een betere methode is voor het afnemen van de medicatieanamnese dan de reguliere medicatieanamnese. Discrepancies werden gevonden bij 78% van de patiënten, met een mediaan van twee per patiënt: 82% van de discrepanties was potentieel klinisch relevant. Dit leidde in 14% van de discrepanties tot daadwerkelijke klinische gevolgen voor de patiënt, zoals het heroptreden van pijn na het ontbreken van fentanyl in de reguliere medicatieanamnese.

Vervolgens werd het effect van een uitgebreide medicatieoverdracht bij ontslag op de incidentie en aard van discrepanties tussen de ontslagmedicatie en het daadwerkelijk medicatiegebruik in de thuissituatie onderzocht. Bij 41 patiënten in de controlegroep verliep de medicatieoverdracht bij ontslag via reguliere zorg: er werd een lijst opgesteld van de ontslagmedicatie, die zowel werd verzonden naar de apotheek en huisarts, alsook werd meegegeven aan de patiënt. Daarna werd bij 44 andere patiënten de interventie toegepast: een uitgebreide medicatieoverdracht, bestaande uit

een medicatieontslaggesprek met de patiënt en/of mantelzorgers en een gestructureerde schriftelijke medicatieoverdracht voor zowel patiënt, huisarts, als apotheker, waarin per geneesmiddel werd aangegeven of het geneesmiddel nieuw, gewijzigd, ongewijzigd of gestopt was, en de reden hiervoor. Deze interventie bleek geen significante invloed te hebben op het aantal medicatiediscrepancies direct na ontslag uit het ziekenhuis. De incidentie van discrepanties was 13,5% in de controlegroep ten opzichte van 10,9% in de interventiegroep. Uit nadere analyse bleek dat er een significante reductie was in discrepanties veroorzaakt door patiëntgerelateerde factoren, zoals het onbedoeld doorgebruiken van gestopte geneesmiddelen, van 2,4% naar 0,8%. Er was echter geen afname in discrepanties door systeemgerelateerde factoren zoals toedieningsfouten door de thuiszorg.

Aansluitend werd onderzocht in hoeverre medicatieveranderingen tijdens ziekenhuisopname ingevoerd werden in de patiëntendossiers van huisartsen en openbare apothekers. Bij huisartsen en apothekers werd van patiënten die geparticipeerd hadden in de voorgaande studie een medicatieoverzicht vanaf het moment van ontslag uit het ziekenhuis opgevraagd. Apothekers voerden wijzigingen in het medicatiebeleid door in 84,0% van de gevallen in de controlegroep. In de interventiegroep voerden zij 84,1% van de wijzigingen door. Dit was een niet-significant verschil. Huisartsen voerden wijzigingen in het medicatiebeleid door in 64,4% van de gevallen in de controlegroep, ten opzichte van 67,5% in de interventiegroep, eveneens niet significant. Aldus kan geconcludeerd worden dat uit dit onderzoek niet blijkt dat een uitgebreide en gestructureerde medicatieoverdracht bij ontslag leidt tot een betere verwerking van de medicatieoverdracht in de eerste lijn.

Het proefschrift wordt afgesloten met onderzoek gericht op patiënten met een verminderde nierfunctie. Deze patiënten lopen door hun verminderd vermogen om medicatie renaal te klaren een verhoogd risico op accumulatie tot toxische concentraties. Het correct meten van de nierfunctie is echter niet eenvoudig. De glomerulaire filtratiesnelheid (GFR) van de nieren wordt vaak gebruikt om de nierfunctie mee uit te drukken. De gouden standaard voor het meten van de GFR is de intraveneuze toediening van een exogene marker, zoals inuline, die volledig gefilterd wordt door de glomeruli en niet gereabsorbeerd of actief uitgescheiden wordt. Aan de hand van plasma- en urineconcentraties over de tijd kan gemeten worden hoe snel deze stof uit het lichaam gefilterd wordt door de glomeruli. Deze meetmethode is echter niet geschikt voor de dagelijkse praktijk. Daarom wordt meestal gebruik gemaakt van formules om de GFR te schatten. Deze formules zijn gebaseerd op plasmacreatininespiegels, leeftijd, geslacht en vaak nog aanvullende variabelen.

De meest gebruikte formules zijn de Cockcroft-Gault (CG), Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) en de Chronic Kidney Disease-Epidemiology (CKD-EPI) formule. Deze formules zijn echter ontwikkeld op basis van data van jongere volwassenen. Het is niet goed bekend of deze formules ook gebruikt kunnen worden bij oudere, geriatrische patiënten. Daarom werd een studie uitgevoerd waarbij de sinistrineklaring gemeten werd bij zestien patiënten met een gemiddelde leeftijd van 82 jaar. Sinistrine is een stof analoog aan inuline. Bij deze patiënten is ook de GFR geschat aan de hand van de CG, MDRD en CKD-EPI formules. De formules geven alle een milde overschatting van de GFR: CG + 0,05 (95% BI -28 tot +28) ml/min/1,73 m²; MDRD + 9 (95% BI -16 tot +34) ml/min/1,73 m²; en CKD-EPI +5 (95% BI -20 tot +29) ml/min/1,73 m². Deze resultaten suggereren dat gemiddeld gezien deze drie formules de GFR goed schatten bij geriatrische patiënten. In individuele gevallen kunnen zij echter alle drie de GFR zowel aanzienlijk onderschatten als overschatten. Voor het nemen van klinische beslissingen voldoet de CKD-EPI iets beter dan de CG en MDRD. Als echter de 'Ideal Body Weight' (IBW) gebruikt wordt voor het berekenen van de Cockcroft-Gault, dan komt deze formule als beste uit de bus.

In de laatste studie is onderzocht of doseringsadviezen uit de G-standaard 'verminderde nierfunctie', een richtlijn ontwikkeld door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), worden opgevolgd voor de ontslagmedicatie bij patiënten met een verminderde nierfunctie. Bij 1327 patiënten zijn de voorgeschreven medicatiedoseringen tijdens de laatste 24 uur voor ontslag uit het ziekenhuis vergeleken met de doseringsadviezen volgens de G-standaard. Deze adviezen worden slechts bij 54% van de patiënten volledig opgevolgd. Bijna driekwart van de te hoog gedoseerde geneesmiddelen had de potentie om matige tot ernstige problemen te veroorzaken. De richtlijn werd voornamelijk niet opgevolgd bij geneesmiddelen die frequent voorgeschreven worden, zoals metoclopramide en colchicine. Met name bij patiënten met een ernstige nierinsufficiëntie (eGFR 10-30 ml/min/1,73 m²) werden de adviezen matig opgevolgd: in 46,0% van de gevallen ten opzichte van 58,1% bij patiënten met een matige nierinsufficiëntie (eGFR 30-50 ml/min/1,73 m²). Sinds april 2009 wordt de eGFR automatisch weergegeven in de laboratoriumuitslagen en wordt de richtlijn beter opgevolgd: 50,7% versus 57,0%.

In de algemene discussie wordt ingegaan op hoe we de resultaten van dit proefschrift kunnen interpreteren en wat we nog kunnen doen om farmacotherapie voor de oudere patiënt te verbeteren. Communicatie, kennis en betere ICT-ondersteuning zijn de belangrijkste basisvoorwaarden voor betere farmacotherapie voor de oudere patiënt. Bij communicatie gaat het niet alleen om communicatie tussen zorgverleners onderling, maar zeker ook tussen patiënten/mantelzorgers en zorgverleners. Ter verbetering van de kennis

kunnen voorschrijfcriteria zoals de POM gebruikt worden, die inmiddels doorontwikkeld is tot de STRIP (Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing) en als zodanig opgenomen is in de multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij Ouderen'. Tevens zijn er belangrijke ontwikkelingen gaande om het farmacotherapieonderwijs aan medisch studenten te verbeteren. Betere ICT-ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van een nationaal Elektronisch Patiënten-

dossier (EPD), waarin centraal één medicatieoverzicht per patiënt wordt bijgehouden en waarin voorschrijfcriteria ingebouwd kunnen worden, is absoluut noodzakelijk voor betere farmacotherapeutische zorg voor de oudere patiënt.

Correspondentieadres
a.c.maanen@umcutrecht.nl

Broodjes voor aios in Leiden

Nieuws van de regio Randstad Zuid

Drs. Cornella Visser-Mol, voorzitter Verenso regio Zuid-Holland-Zuid, 1e specialist ouderengeneeskunde Schiehoven Wilgenplas, Aaffe, Thuiszorg, Huizen, Zorghotels, Rotterdam

De besturen van de regio's Den Haag en omstreken en Zuid-Holland-Zuid werken intensief samen. U kon dit goede nieuws al lezen in het afgelopen decembernummer van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde. Bestuurslid Sa'eeda Versluis deed verslag over het gezamenlijk gehouden symposium in september 2013, met als thema geriatri-sche revalidatie.

Tijdens een gezamenlijke bestuursvergadering eind 2013 werd het idee geopperd om te zorgen voor het intensiveren van de contacten met de toekomst van ons mooie vak: de aios. Deze goede voornemens werden begin januari direct in de praktijk gebracht. Bij de wekelijkse terugkomdag voor de aios van de opleiding in Leiden werd hen namens de gezamenlijke regio's een lunch aangeboden. Daarbij hoorde uiteraard een praatje van de kant van het bestuur van de regio's. De aios werd gewezen op de mogelijkheid om aan te kunnen kloppen bij Verenso-leden in de regio, de mogelijkheid van netwerken tijdens de door de regio georganiseerde activiteiten, et cetera. Het netwerken kon gelijk in de praktijk worden gebracht, omdat ook de opleiders tijdens de lunch aanwezig waren.

In maart hebben de gezamenlijke besturen van de twee regio's een cursus gevolgd, waarin zij handvatten hebben gekregen om de samenwerking verder vorm te geven en om als regio een goed toekomstbeleid te kunnen maken.

Voor uw agenda besluit ik met het vermelden van de al door de regio's geplande activiteiten:

30 september

Het jaarlijkse middag en avondsymposium in De Bieslandhof in Delft, met als thema: palliatieve zorg.

3 november

De Burcht Rotterdam

11 november

De Eshoeve Den Haag, met als thema: wetenschappelijk onderzoek.

Ik hoop u op deze dagen te mogen begroeten!

Correspondentieadres
cvissermol@planet.nl

Medische zorg voor ouderen

Reactie op artikel in het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde - december 2013

André M.G. Meulendijks, specialist ouderengeneeskunde, Stichting Land van Horne, Weert

Met grote interesse heb ik het bovengenoemde artikel van collega Plagge gelezen. Voor wat betreft de inleiding en de ontwikkelingen ben ik het grotendeels met hem eens. De specialisten ouderengeneeskunde zullen zich steeds meer moeten gaan begeven in de eerste lijn. In onze organisatie doen we dat al vanaf 2006 en de samenwerking met de meeste huisartsen verloopt goed. Het afgelopen jaar hebben we ongeveer 300 AWBZ-consulten gedaan voor de huisartsen en zijn we betrokken bij de ouderenmodules van veel huisartsen in onze regio. Daar constateren we ook dat er in de thuissituatie nog veel mensen verblijven met complexe problematiek die meer specialistische zorg nodig hebben en dat nu geleidelijk aan steeds meer gaan krijgen. Het is dan ook belangrijk om met deze huisartsen in gesprek te blijven en samen te kijken hoe we dat op een goede manier in kunnen gaan vullen. Daarbij is de facilitering door de zorgorganisatie en zorgverzekeraar een heel belangrijke component.

Een separate vergoeding voor de extra inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn vanuit de zorgverzekeringswet zou een heel goede ontwikkeling zijn. Er zullen wel duidelijke afspraken gemaakt moeten worden wie dan de hoofdbehandelaar zal zijn: de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde. Je zou ook nog kunnen denken aan een situatie waarbij de specialist ouderengeneeskunde deel uit gaat maken van de maatschap huisartsen en daar dan de complexe ouderen voor zijn/haar rekening neemt. Een belangrijke voorwaarde is dan dat de financiering eenduidig geregeld is. Daarnaast zien we dat er in het verpleeghuis en ook in de kleinschalige woonvormen (waar verblijf met behandeling geboden wordt) steeds meer mensen met toenemende complexe problematiek worden opgenomen. Dat alleen al vereist de inzet van een gespecialiseerde generalistische arts: de specialist ouderengeneeskunde.

In de instellingen met verblijf en behandeling overlijdt jaarlijks ongeveer een derde deel van de populatie. Palliatieve zorg, anticiperend/pro actief van karakter is een belangrijk onderdeel van het werk van de specialist ouderengeneeskunde. Bij ongeveer 80-90% van de mensen met een demantie komen in meer of mindere mate gedragsproblemen voor die heel veel verschillende oorzaken kunnen hebben. Het is dan ook van belang om alle factoren mee te wegen, zowel patiënt- als niet-patiëntgebonden. Een belangrijk as-

pect waar de heer Plagge aan voorbij gaat betreft het feit dat de manier van werken van een huisarts en specialist ouderengeneeskunde heel verschillend is: de huisarts werkt meestal reactief en de specialist ouderengeneeskunde proactief. Een uitzondering hierop kan zijn de kaderhuisarts ouderengeneeskunde. Deze is extra geschoold in complexe problematiek bij ouderen.

Het verschil in werkoriëntatie is ook een belangrijk onderscheidend criterium tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde. Ik kan dan ook niet mee gaan in de suggestie om bij opname in een verblijfssetting met behandeling (verpleeghuis of kleinschalig wonen) de huisarts de algemene medische zorg te laten doen en de specialist ouderengeneeskunde de specialistische zorg. De corebusiness van de specialist ouderengeneeskunde is de hele patiënt en niet een deelaspect hiervan. Als er door een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde basisartsen of huisartsen ingezet worden, moet dit mijn inziens onder supervisie van een specialist ouderengeneeskunde, en slechts tijdelijk tot dat er een specialist gevonden is.

Het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde is een belangrijke reden waarom de heer Plagge het wenselijk vindt dat de huisarts de algemene medische zorg in kleinere locaties gaat bieden. Een alternatief is om het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde bij de oorzaak aan te pakken en te investeren in voldoende specialisten ouderengeneeskunde. Uiteraard moet er gekeken worden hoe de deskundigheid en meerwaarde van de specialist ouderengeneeskunde het meest efficiënt vorm kunnen krijgen. Door het verschuiven van de medische zorg naar de huisarts in de kleinschalige woonvorm wordt het kind met het badwater weggegooid, want ook binnen de instellingen met verblijf en behandeling ligt onze corebusiness en expertise.

Zolang de patiënt thuis woont, is het samenwerkingsmodel huisarts en specialist ouderengeneeskunde dienstbaar. Zodra de ziekte van de patiënt dermate complex wordt dat thuiswonen niet meer mogelijk is, moeten de zorg en behandeling ook afgestemd zijn op deze complexe problematiek. Een kenmerk voor goede zorg voor ouderen met complexe problematiek (ZZP 5 t/m 10 AWBZ) wordt mede bepaald door de mate waarin je vanuit dezelfde regio zorg en behandeling biedt. Dit versterkt de noodzaak om de ver-

antwoordelijkheid ook bij de specialist ouderengeneeskunde te laten. Een eenduidige financiering voor alle professionals kan hierbij faciliteren.

Ten slotte ben ik het er mee eens dat je op basis van een aantal samen opgestelde uitgangspunten met alle betrokken partijen lokaal tot goede afspraken moet kunnen komen. Dan moeten ook wel **alle** partijen erbij betrokken worden. Het is onduidelijk door wie de set uitgangspunten die in tabel 1 staan aangegeven opgesteld is en welke partijen

daar allemaal bij betrokken zijn geweest. Om draagvlak te creëren, is het aan te bevelen om dit onderwerp via Verenso en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op de rol te krijgen zodat de beroepsgroep zelf ook een bijdrage kan leveren aan de ontwikkeling van een toekomstbestendige ouderenzorg.

Correspondentieadres
a.meulendijks@landvanhorne.nl

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

Het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde zoekt een

redactielid

Taken redactielid

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

Profiel redactielid

- Het redactielid is een geregistreerd specialist ouderengeneeskunde/sociaal geriaters en lid van Verenso.
- Hij/zij heeft belangstelling voor ontwikkelingen en innovaties in de ouderengeneeskunde/sociale geriatric en aanverwante vakgebieden.
- Hij/zij heeft belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek in de ouderengeneeskunde/sociale geriatric en aanverwante vakgebieden.
- Hij/zij beschikt over redactionele- en schrijfvaardigheden of toont ambitie deze te ontwikkelen.
- Hij/zij is sociaal vaardig.
- Hij/zij heeft belangstelling voor, kennis van en ervaring met nieuwe media.

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

Reacties en informatie

Informatie kunt u inwinnen bij Martin van Leen, hoofdredacteur (e-mail m.van.leen@avoord.nl of telefonisch 076-5135150).

U kunt uw sollicitatiebrief per post of e-mail zenden aan:
Redactiesecretariaat TvO Judith Heidstra
Postbus 20069
3502 LB UTRECHT
redactie@verenso.nl

Kauwen en mondgezondheid bij ouderen met een vorm van dementie

De relatie met cognitie en kwaliteit van leven

Dr. Roxane Weijnenberg, Faculty of Psychology and Education, VU, Amsterdam

Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In deze rubriek wordt aandacht besteed aan het proefschrift 'Kauwen en mondgezondheid bij ouderen met een vorm van dementie' van Roxane Weijnenberg.

Dit artikel is een samenvatting van het proefschrift van dr. R. Weijnenberg, met als promotoren prof. dr. E.J.A. Scherder en prof. dr. F. Lobbezoo.

Mondzorg is een belangrijk onderdeel van de dagelijkse zorg voor ouderen. Maar de mondzorg is vaak onvoldoende, zowel bij nog zelfstandig wonende ouderen als bij bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen. Als de mondgezondheid verslechtert, neemt het risico op (onder andere) longontsteking, cardiovasculaire problemen zoals endocarditis (dat wil zeggen een ontsteking van de binnenkant van het hart en/of de hartkleppen) en beroertes, diabetes en zelfs de ziekte van Alzheimer (AD) toe. Het verlies van kauwvermogen is geassocieerd met het verlies van cognitieve vermogens. Aangezien de cognitieve vermogens bij ouderen met dementie, zoals AD, kwetsbaar zijn, is het van groot belang om hen van adequate mondzorg te voorzien, om zo de algemene gezondheid en mogelijk de cognitie te behouden.

In dit proefschrift is de relatie tussen kauwen, cognitie en kwaliteit van leven (QoL) bij ouderen met dementie onderzocht, zowel in de literatuur als in de klinische praktijk. Het onderwerp wordt geïntroduceerd in **hoofdstuk 1**, waar ook een beschrijving van de meest voorkomende subtypen van dementie wordt gegeven. In **hoofdstuk 2** wordt een overzicht van de beschikbare literatuur over de relatie tussen kauwen en cognitie gegeven. Uit dierexperimenteel onderzoek blijkt dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen verminderde kauwactiviteit en cognitieve prestaties. Deze studies laten zien dat het stresssysteem (dat wil zeggen de hypothalamus-hypofysebijnieras) waarschijnlijk een belangrijke rol speelt in deze relatie. Zo wordt bijvoorbeeld de neuronale groei beperkt door stress, een negatief effect dat kan worden tegengegaan door te kauwen. In studies met gezonde volwassenen bleek dat cognitieve prestaties verbeterden tijdens, of direct na het kauwen op kauwgom. Dit tijdelijke effect verdwijnt nadat de deelnemer stopt met kauwen. Hoewel niet alle studies dezelfde effecten rappor-

teren en er bijvoorbeeld verschillen zijn met betrekking tot de specifieke cognitieve domeinen, is er consensus over het bestaan van een algemeen positief acuut effect van kauwen op cognitie.

De individuele verschillen in studieontwerp worden als een verklaring gegeven om de soms ogenschijnlijk tegenstrijdige resultaten te verklaren. Naast dit kortdurende effect van kauwen wordt er ook een langdurig effect gemeld, namelijk dat van een verbeterde cognitie door een verbeterde kauwfunctie als het gevolg van tandheelkundig herstel. Ouderen met een beter kauwvermogen presteren beter op een groot aantal neuropsychologische taken. En na een tandheelkundige herstelbehandeling met een prothese vertoonden deelnemers verhoogde doorbloeding van de hersenen, die geassocieerd is met betere cognitieve uitkomsten. Naast verminderde stress zijn andere mogelijke fysiologische mechanismen die deze resultaten kunnen verklaren: het positieve effect van een verrijkte omgeving als gevolg van sensorische input vanuit de mond, het positieve effect van toegenomen doorbloeding als gevolg van de kauwactiviteit of een mediërend effect van voeding.

Het is ook mogelijk dat pijn een rol speelt. De aanwezigheid van pijn is echter moeilijk te diagnosticeren als deze niet spontaan aangegeven wordt (zelf-rapportage). Doordat ouderen met dementie vaak verminderd communicatief zijn, wordt hun pijn in het algemeen ondergediagnosticeerd en onderbehandeld. Er zijn een paar observatieschalen voor pijn diagnostiek bij ouderen met dementie beschikbaar voor de klinische praktijk; deze worden besproken in **hoofdstuk 3**. Geen van deze schalen besteedt echter specifiek aandacht aan orofaciale pijn (dat wil zeggen pijn aan de mond en het gezicht). Typische algemene pijnkenmerken zijn: een verwrongen gezichtsuitdrukking of snel knipperen, een zware ademhaling, verbale uitingen (roepen, huilen) en afweer- of terugtrekkingsgedrag. Het verdient aanbeveling om typisch gedrag dat op orofaciale pijn kan duiden, zoals een veranderd eetpatroon, het maken van voorzichtige

(dat wil zeggen kleine en/of langzame) mondbewegingen, het aanraken van het aangedane orofaciale gebied met de handen en/of het zich verzetten tegen mondzorg, in de observatieschalen op te nemen.

Behalve literatuuronderzoek is er in het kader van dit proefschrift ook klinisch onderzoek gedaan. In meerdere Nederlandse verzorgings- en verpleeghuizen werd in een longitudinale studie een interventie onderzocht gericht op het verhogen van de kauwactiviteit, door het dieet aan te passen en de 'Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen' van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen uit 2007 te implementeren. De primaire uitkomstmaten waren cognitie en QoL. Het protocol voor dit onderzoek, een gerandomiseerde klinische trial (RCT) is beschreven in **hoofdstuk 4**. Meer dan honderd ouderen met een vorm van dementie hebben meegedaan aan dit onderzoek. Zij bezochten een dagbestedingvoorziening of woonden in een ouderenzorginstelling. Deelnemers werden gedurende een periode van 6 maanden gevolgd en herhaaldelijk op vooraf geplande momenten (namelijk tijdens een basismeting, na 6 weken, na 12 weken en na 24 weken) onderzocht. Er werd speciaal voor dit onderzoek een test ontwikkeld die het vermogen test om tweekleurige kauwgom (roze en blauw) te vermengen door te kauwen, om zo objectief het kauwvermogen te kunnen meten. De test was voldoende gevoelig voor verandering en ook betrouwbaar, zoals wordt beschreven in **hoofdstuk 5**. De validiteit dient nog verder te worden onderzocht.

De associaties tussen kauwvermogen, gemeten met de mengvermogenstest, en cognitie, gemeten met een testbatterij van neuropsychologische taken, werden bestudeerd aan de hand van de gegevens van de basismeting. Er werden positieve relaties gevonden tussen kauwvermogen en de cognitieve functies 'globale cognitie' en 'verbale fluency'. Dit wordt besproken in **hoofdstuk 6**. De resultaten van de interventiestudie waren vergelijkbaar met recente andere publicaties over het implementeren van de richtlijn. Het bleek dat het aanbieden van klinische lessen en begeleiding aan de dagelijkse verzorgenden in ouderenzorginstellingen niet genoeg was om de mondzorg wezenlijk te veranderen. Er waren ernstige zorgen met betrekking tot het implementatiesucces; dit wordt beschreven in **hoofdstuk 7**. Op basis van deze bevindingen werd besloten om de RCT te beëindigen en om te focussen op het vinden van alternatieve benaderingen.

De uiteindelijke aanbeveling van dit proefschrift, zoals beschreven in **hoofdstuk 8**, is om de dagelijkse mondverzorging van ouderen met dementie te organiseren in één persoon; een daartoe aangewezen, toegewijde mondverzorgende. Dit is bij voorkeur iemand die gespecialiseerde training heeft gehad, zowel op het gebied van mondzorg als ook in het omgaan met weigerachtig, tegenwerkend en afwerend gedrag. Wij stellen voor dat dit een apart beroep of een nieuwe functieomschrijving wordt, de 'Denticure'.

Correspondentieadres
r.a.f.weijnenberg@vu.nl

Veldnormen en inspectie, altijd correct?

Martin van Leen, specialist ouderengeneeskunde, Avond Zorg en Wonen te Etten-Leur

Als u de berichtgevingen goed bijhoudt leest u regelmatig dat ziekenhuizen of verpleeghuizen onder verzwaaard toezicht worden geplaatst door de Inspectie voor de volksgezondheid (IGZ). Dit levert extra werk op voor verpleeghuizen, brengt vaak kosten met zich mee voor externe adviezen en kan een negatief effect hebben op de publiciteit rond het verpleeghuis. De grote vraag is natuurlijk of de maatregelen altijd terecht zijn.

In de afgelopen 10 jaar zijn er door de IGZ een groot aantal wijzigingen in de manier van toetsen doorgevoerd. Aanvankelijk bracht een inspecteur een bezoek aan de instelling gedurende een of twee dagen, doorliep alle protocollen, toetste de uitvoering van de BOPZ, keek in patiëntendossiers en had gesprekken met medewerkers. Aansluitend diende er een verbeterplan geschreven te worden en werd dit na een afgesproken periode getoetst. In de laatste jaren was er een duidelijke verschuiving naar thematisch onderzoek, bijvoorbeeld naar BOPZ of medicatie. In het begin werden deze bezoeken nog aangekondigd, maar de laatste twee jaar heeft men dit omgezet in onaangekondigde bezoeken.

De inspectie toetst bij onaangekondigde bezoeken de processen in ziekenhuizen en verpleeghuizen en spreekt hierbij altijd uit, dit te doen aan de hand van 'veldnormen'. Uit gesprekken met meerdere inspecteurs blijkt dat er voor 2014 twee topics zijn voor de verpleeghuizen: de invoering van de Landelijke standaard ketenzorg antistolling (LSVK) en het hygiënebeleid. Voor de ziekenhuizen komt daar nog de medische overdracht tussen ketenpartners bij.

Als we de eerste signalen uit het land horen aangaande de LSVK, blijkt dat inspecteurs al bezig zijn met bezoeken aan de verschillende trombosediensten, en kondigen zij aan deze uit te breiden met het bezoeken van een aantal ziekenhuizen en verpleeghuizen. Tot verbazing van het veld hanteert de inspectie bij bezoeken aan de trombosediensten 'eigen' veldnormen, beschrijft deze in hun voorlopig verslag, en plaatst men dit verslag op de website van de inspectie. Dit gebeurt voordat de bezochte instelling verweer heeft kunnen geven. Een erg storende kwestie. Dit is toch niet de manier waarop we met elkaar om moeten gaan? En wat betekent dit voor verpleeghuizen als deze bezocht gaan worden? Zijn hier door Verenso of door de KNMP al veldnormen voor geformuleerd?

Binnen het verpleeghuis dienen we als specialisten ouderengeneeskunde alert te zijn op de procedure rond het voorschrijven van vitamine K-antagonisten, aspirine en de nieuwe orale anticoagulantia. Een gericht beleid zou er

moeten zijn, of kunnen we ons beroepen op hoofdstuk 6 uit de LSVK? Hierin staat exact beschreven waar de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde ligt, namelijk hoe te handelen bij opname; twejaarlijkse controle op indicatie, medicatieoverdracht bij tijdelijke opname elders en de te maken afspraken met de trombosedienst. Het is aannemelijk dat hier de actieve rol van de specialist ouderengeneeskunde in de LSVK stopt, maar hoe gaat de inspectie er mee om? Ketenafspraken dienen in de regio gemaakt te worden, waaronder het starten van zogenaamde 'rondetafeloverleggen'. In veel regio's is het initiatief hier toe nog niet genomen. De bal tot organiseren ligt bij de lokale trombosediensten.

In de afspraken van de KNMP staat dat sinds augustus 2013 aftekenlijsten aangaande medicatie door twee personen afgetekend moet worden als antistollingmedicatie niet in een Baxterrol zit. Moeten wij als specialisten ouderengeneeskunde ook hierop gaan controleren of is dat de verantwoordelijkheid van de bestuurders? Helaas ontbreekt het antwoord. In onze regio is het normaal dat de apotheek direct medicatiewijzigingen per fax doorgeeft aan de trombosedienst, maar dat laat onverlet dat in de LSVK staat dat de specialist ouderengeneeskunde ook hierin een bewakende rol heeft. Mogelijk is er binnen verpleeghuizen wel een goede logistiek, maar het valt te betwijfelen of deze schriftelijk is vastgelegd. Laten we maar verwijzen naar de LSVK.

In veel verpleeghuizen wordt tegenwoordig de INR zelf bepaald met behulp van de Coagucheck. Middels het doorgeven van de metingen kan de trombosedienst efficiënt de doseringen bepalen. Maar wat als de bepaling niet opzettelijk foutief wordt uitgevoerd en er complicaties ontstaan? Waar ligt dan de verantwoordelijkheid? Een goed contract kan hierbij behulpzaam zijn. Voor specialisten ouderengeneeskunde kan een te hoge INR aanleiding zijn om sneller in te grijpen. Om problemen over wie wat in zo'n geval doet zijn formele afspraken tussen trombosedienst en specialist ouderengeneeskunde nodig.

En hoe zit het nu met de hygiëne? Al vele jaren worden er door de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) van het RIVM allerlei richtlijnen gepubliceerd ter ondersteuning van het beleid in verpleeghuizen. Een van deze richtlijnen, 'persoonlijke hygiëne', wordt momenteel herschreven. Het concept laat behalve enige aanpassingen rond nagels, nagellak en het wassen van kleding, geen nieuwe items zien. Maar in hoeverre is deze richtlijn evidence-based? Eind februari 2014 kwamen zes toonaangevende microbiologen

met de opmerking dat het dragen van ringen en horloges waarschijnlijk geen effect heeft op het ontstaan van infecties en dat een goede handhygiëne met zeep en/of alcohol voldoende is. Toch mocht ik recent vanuit een verpleeghuis vernemen dat één van de redenen voor verzaamd toezicht het dragen van ringen was. Is het geen tijd om alleen ‘veldnormen’ die wetenschappelijk goed onderbouwd zijn te hanteren?

In december 2013 heeft de IGZ het document ‘Verbetering van hygiëne en infectiepreventie in ouderenzorg snel realiseerbaar’ gepubliceerd; een lijvig stuk van 60 pagina’s. Aanleiding tot het schrijven van dit document waren onaangetoonde bezoeken aan 21 verpleeghuizen. Alom bleek de naleving van hygiëne- en infectiepreventiemaatregelen te laag. Reden tot dit onderzoek was de wereldwijde toename van resistente bacteriën. Bij de bezoeken heeft men gekeken naar het correct wassen van handen en kleding, het bewaren van steriel medisch instrumentarium, de aanwezigheid van een goed samengestelde infectiecommissie (microbioloog, hygiënist, specialist ouderengeneeskunde, manager zorg), de registratie van infecties, et cetera. Bij het doorlezen van dit lijvige document komt men afspraken tegen als het hebben van een beleidsplan infectie, een MRSA-beleid, een getoetst antibioticumbeleid en registratie van infecties.

Het is de grote vraag hoever we moeten gaan. Uit gesprekken met microbiologen blijkt dat zij grote voorstanders zijn van het opsporen van mogelijk resistente bacteriën zoals MRSA en ESBL. Routinematige kweken zouden dan tweemaal per jaar bij alle patiënten verricht moeten worden. Voor een middelgrote instelling betekent dit al snel een extra kostenpost van € 30.000 en dan is het nog niet eens duidelijk wat voor impact het heeft op de kwaliteit van leven en het sociale leven van een patiënt in een kleinschalige woonomgeving.

Nu blijkt hoeveel impact een uitbraak van het NORO-virus heeft op het leefklimaat, moet er toch een duidelijke meerwaarde zijn van dit soort onderzoeken. Laten we ons richten op zaken die snel een effect laten zien. Er zijn inmiddels voldoende e-learningpakketten aangaande handhygiëne. Afspraken met een microbioloog of GGD bij een uitbraak zijn geen probleem.

Tot slot wat over de medische overdracht. Dit is een topic waar patiënten echt wat aan hebben. Bij overdracht van de ene hoofdbehandelaar naar de ander is een complete overdracht een must. Bij onvoldoende gegevens loopt de patiënt risico onder- of overbehandeld te worden. Sinds 2009 heeft de KNMG gepleit voor de overdracht van het gehele patiëntendossier als er een nieuwe hoofdbehandelaar is, zelfs zonder tussenkomst van de patiënt zelf. Als specialist ouderengeneeskunde hebben we een belangrijke rol in het signaleren van de compleetheid. Zo niet, dan dient er op bestuurlijk niveau actie ondernomen te worden.

Voor 2015 staan er voor de IGZ ook weer thema’s vast. Bij verpleeghuizen komt onder andere aan de orde hoe u het bewegen voor de individuele oudere patiënt hebt gefaciliteerd en hoe u dit hebt vastgelegd in het zorgleefplan. Gelukkig hebben we nog tijd om aanpassingen in de huidige werkwijze te realiseren. Laten we hopen dat alle onverwachte bezoeken aan zorginstellingen leiden tot gedachte-uitwisseling waarbij de te realiseren zorg zo kwalitatief mogelijk kan worden uitgevoerd, en instellingen niet geconfronteerd worden met hoge kosten die terug kunnen vloeien op de zorg.

Correspondentieadres
m.van.leen@avoord.nl

Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

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

TIPS & TRICKS

Pocket: Save for Later

Via social media is het eenvoudig om snel veel nieuws te consumeren. Door je te abonneren op *tweets*, *timelines* en *feeds* van je keuze, kun je gemakkelijk op de hoogte blijven van het laatste nieuws in de wereld, je vakgebied en je interesses. Deze snelle toegang tot informatie heeft echter als nadeel dat je al snel overspoeld raakt door informatie en vaak niet de tijd hebt om een nieuw bericht op dat moment rustig te lezen. Als je die tijd later wel hebt, zijn er weer zoveel nieuwe berichten dat je dat ene bericht niet meer terug kunt vinden. De applicatie **Pocket** biedt dan uitkomst.

Pocket biedt een zogenaamde *Lees Later*-functie, waarmee je berichten kunt opslaan om later rustig te lezen op een moment dat het jou uitkomt. Door een account aan te maken op de Pocket-website (www.getpocket.com) krijg je toegang tot een eigen dashboard – een inbox eigenlijk – waar alle berichten die je naar Pocket hebt gestuurd worden opgeslagen (zie bijgevoegd voorbeeld van mijn Pocket-inbox).

Pocket haalt automatisch het achterliggende artikel op van de URL's die je naar Pocket stuurt. Je kunt dus direct het volledige artikel lezen. Door handige synchronisatie met je browser en de Pocket-apps voor iOS, Android, BlackBerry en Windows (maar ook de Kobo e-reader en Kindle tablets) kun je op nagenoeg ieder ander apparaat het artikel teruglezen. Eenmaal gelezen kun je het weer uit je leeslijst verwijderen of bijvoorbeeld doorsturen naar Evernote als je het wilt archiveren. Er zijn drie manieren om artikelen (maar ook video's) in Pocket op te slaan: via je browser (via een plugin), door het naar je pocket-inbox te e-mailen (via

een uniek e-mailadres) en via apps met een geïntegreerde Pocket-functie. Er zijn inmiddels meer dan 500 (nieuws en social media) apps die Pocket ondersteunen (waaronder Twitter, Tweetbot, Flipboard, Pulse, Newsify en Feedly). Je kunt via de eerder in deze rubriek besproken *If This Than That* recepten (www.ifttt.com) ook automatisch door jou gewenste berichten in Pocket laten opslaan. Het gebruik van Pocket is gratis.

APPS

De Nederlandse ziekenhuizen timmeren aardig aan de weg als het gaat om de inzet van apps ter ondersteuning van patiëntenzorg. Een kleine greep uit het aanbod.

Nausea Care App

Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam bracht onlangs een app op de markt die patiënten erop attendeert medicatie in te nemen ter voorkomen van misselijkheid en braken tijdens chemotherapie. De **Nausea Care App** heeft een CE-certificering en wordt op dit moment getest in verschillende patiëntengroepen van het OLVG. De NCA geeft een signaal zodat de patiënt weet wanneer hij welke medicatie in welke hoeveelheid moet of mag gebruiken. Ook kan de patiënt rapporteren wanneer hij misselijk was en hoe ernstig hij dat ervaart. De app verstuurt dit rapport naar het ziekenhuis. De arts of verpleegkundig specialist gebruikt deze informatie om het medicatiebeleid zo nodig aan te passen. De app is bedacht door een verpleegkundig specialist van het OLVG in het kader van haar afstudeerscriptie. De app is gratis te downloaden voor iOS en Android smartphones en (op dit moment) alleen bruikbaar voor patiënten van het OLVG.

Palliatie App

Medisch Centrum Haaglanden (MCH) heeft de **Palliatie App** ontwikkeld, ter ondersteuning van terminaal zieke patiënten. De app, geschikt voor zowel smartphone als tablet, bestaat uit een lijst met vragen over lichamelijke klachten en sociale omstandigheden. Zo staan er vragen op over angst, vermoeidheid en slaapproblemen, maar ook over begeleiding door de huisarts en opvang thuis. De antwoorden worden vervolgens besproken met een palliatief verpleegkundige en gebruikt om patiënten beter te adviseren en begeleiden. De gratis app (iOS) is op dit moment alleen te gebruiken door patiënten van de poliklinieken Radiologie, Oncologie en Longziekten van het MCH, maar wordt indien succesvol later wellicht uitgerold naar andere ziekenhuizen.



Hospitality App

De **Hospitality App**, bedacht door chirurg Marlies Schijven van het AMC in Amsterdam en gelanceerd in februari 2014, ondersteunt oudere patiënten in hun afspraken met het ziekenhuis. Via een beveiligde verbinding met de poli-



kliniek worden afspraken met de app en agenda van de cliënt gesynchroniseerd. De patiënt kan via een druk op een knop contact opnemen met de polikliniek of een taxi van en naar het ziekenhuis bestellen en wordt dan binnen twee minuten teruggebeld. Desgewenst kan ook een *Hospitality Host* aangevraagd worden. Deze medische student haalt de patiënt in het ziekenhuis op en begeleidt hem of haar naar de juiste polikliniek in het ziekenhuisdoolhof. De student kan indien gewenst bij het consult aanwezig blijven en de informatie nog eens met de patiënt nabespreken. Zo krijgt de patiënt zowel logistieke als mentale ondersteuning. De Hospitality App wordt op dit moment uitgerold binnen de poliklinieken van het AMC en is gratis te verkrijgen voor iOS en Android smartphones.

Correspondentieadres

lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

Twitter: @ouderengnk

Facebook: ouderengeneeskunde

Samen staan we sterk

Nienke Nieuwenhuizen, voorzitter Verenso

Met enige regelmaat vraagt een van onze leden zich hardop af wat het voor zin heeft om lid te zijn van onze beroepsvereniging. Een begrijpelijke vraag. Veel mensen hebben moeite met de hoogte van het lidmaatschapsgeld, zeker als het niet lukt om dit vergoed te krijgen binnen de arbeidsvoorwaarden. Instellingen zijn tegenwoordig een stuk minder toeschietelijk als het gaat om financiën. Daarnaast verwijst Verenso naar de Landelijke Artsen in Dienstverband (LAD) als het gaat om het salaris. En nu ook de richtlijnen en handreikingen van Verenso openbaar zijn geworden, kan de vraag zich nog meer opdringen: 'Wat heb ik er nu aan om lid te zijn?'

Een vereniging richt je op met een bepaald doel voor ogen. Dat doel gaat verder dan het individuele doel. Het is een gezamenlijk belang dat je beter kan bereiken als de krachten worden gebundeld. Uiteraard zal het individu hiervan meeprofiten. Onze beroepsvereniging heeft ten doel: het ondersteunen van de leden in het verlenen van de medische zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken. Ons vak is onder leiding van belangrijke leden als Stoop, Schreuder, Michels en Oostvogel geworden tot wat het nu is. Lobbyen was daarin onontbeerlijk. Net als een visie op hoe het beter kon, een wetenschappelijke onderbouwing en een opleiding. Dat lukte niet vanzelf en slaagde alleen door gezamenlijk optreden, als groep.

Ook nu is het belangrijk op de juiste momenten ons geluid te laten horen, de opleiding (nog meer) te verbeteren en wetenschap te bedrijven. Voor de positionering van ons vak, maar natuurlijk ook voor de kwaliteit van de medische zorg voor kwetsbare ouderen in Nederland. Met een groep gaat dat uiteraard veel beter dan alleen.

De noodzaak van een vereniging die opkomt voor het belang van de beroepsgroep en de doelgroep waar zij voor staat is mijns inziens heel helder. Zeker nu we de snelle veranderingen zien die door de wet Langdurige Zorg te gebeuren staan. Zelfs een totale overheveling van de gehele AWBZ-zorg naar de ZVW wordt nu voorbereid. We proberen de impact voor u te vertalen en zullen u proberen uit te leggen wat een dergelijke ommekeer kan gaan betekenen. Voor u, voor de uitoefening van ons vak en voor onze doelgroep. En dan hoor ik graag wat u daarvan vindt.



Maar ondersteunen gaat verder dan lobbyen. Een belangrijk onderdeel van de ondersteuning is de ontwikkeling van de richtlijnen en handreikingen. Zonder vereniging zou het niet lukken die te ontwikkelen. Of ze nu al dan niet openbaar zijn, het komt zeker ten goede aan de medische zorg voor onze doelgroep! Maar we willen meer. U wil wellicht meer. De toekomst van ons vak is het onderwerp van de voorjaarsvergadering op 22 mei. Verenso is een vereniging van individuele specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters. Verenso, dat bent u. U bent het visitekaartje van onze beroepsgroep. Verenso wil graag weten welke opdracht u ons (en dus uzelf) meegeeft voor de toekomst. Nou ja, toekomst? Voor 2020. Dat klinkt ver weg, maar is nog maar vijf jaar weg.

Binnenkort wordt u uitgenodigd. Om mee te denken; Out of the box en heel praktisch. Met 'oude rotten', jonge blagen en alles ertussen in. Want 2020 is dichtbij. Als groep kunnen we samen verder groeien. In het belang van die kwetsbare ouderen, terminale patiënten, geriatrische revalidanten en andere specifieke doelgroepen. Want dat is waarvoor u lid bent!

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

Leergang Ouderengeneeskunde

24 april	Discussiebijeenkomst; Wat kom je tegen bij een COPD-patiënt (PAO Heyendael) <i>Vertalen van kennis en inzicht naar een regionale werkwijze rond COPD-patiënten.</i>
25 april & 20 juni	Multidisciplinaire Masterclass Bewegen, beleven rond het sterven (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Een multidisciplinaire masterclass (2 dagen) voor artsen, verpleegkundigen niveau 4/5, geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers, psychologen, andere disciplines, op weg van kennis en kunde naar kunst. Een boeiend proces waarin bewustzijn en bewust zijn een grote rol spelen. Door een interactieve aanpak wordt bewuste kwaliteit en onbewuste kracht gestimuleerd. 'Het afscheid, de stilte die ongemakkelijk voelt. Bij jezelf blijven en er voor de ander zijn' De eerste dag gaat over eenzaam zijn en voelen, verplaatsen en verbinden. Over bewegen richting patiënt en naar jezelf. Over situaties die empathie vereisen en een beroep doen op eigen kwetsbaarheid en benaderbaarheid. De tweede (vervolg)dag gaat dieper in op het toepassen en trainen van situaties in de praktijk. Accreditatie 12 punten.</i>
9 mei	Hersenschade en gedrag; moderne inzichten en hun toepassingen in de praktijk (PAO Heyendael) <i>Als ergens de wetenschappelijke ontwikkelingen snel gaan, is het op dit grensvlak van neurologie en psychiatrie. Nieuwe inzichten, theorieën en wetenschappelijke ontdekkingen over hoe de hersenen zich kan aanpassen aan veranderingen en beschadigingen, bieden nieuwe therapeutische mogelijkheden.</i>
26 juni	Onderwijscyclus PIJN EN LAST BIJ TUMOREN (PAO Heyendael) <i>Tijdens deze bijeenkomst (19:00–21:50) wordt een update gegeven over vóórkomen, diagnostiek en behandeling van de veel voorkomende tumorsoorten.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Pijn en last bij mammacarcinoom
26 juni	Diagnostische strategieën (Boerhaave nascholing)
Najaar	Geriatrische revalidatie, 5-daagse cursus (GERION) <i>Verdieping van de kennis en vaardigheden op het gebied van geriatrische revalidatiezorg.</i>
5 september	Beyond frailty: the future of old age (GERION) <i>Symposium ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde bij GERION, afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, VU medisch centrum. In de ochtend bekende internationale en nationale sprekers. In de middag 20 parallelsessies met zeer uiteenlopende onderwerpen, en aansluitend een feest. De voorbereidingen zijn in volle gang. Noteert u de datum alvast in uw agenda!</i>
12 september	Hart- en longgeluiden (Boerhaave nascholing)
12 september, 10 oktober, 14 november, 12 december 2014 en 16 januari 2015	AAN DE SLAG ! Specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen sterk voor kwetsbare ouderen thuis (GERION) <i>Een unieke en uitdagende cursus voor specialisten ouderengeneeskunde die in samenwerking met de huisarts een sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen thuis en in het verzorgingshuis voor nu en in de toekomst willen realiseren.</i>
25 september	Onderwijscyclus PIJN EN LAST BIJ TUMOREN (PAO Heyendael) <i>Tijdens deze bijeenkomst (19:00–21:50) wordt een update gegeven over vóórkomen, diagnostiek en behandeling van de veel voorkomende tumorsoorten.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Pijn en last bij prostaatacarcinoom
25 september	Vorderingen in het specialisme ouderengeneeskunde (Boerhaave nascholing)
2 t/m 3 oktober	Masterclass filosofie: Lijden en dood in de filosofie (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>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. Met tenslotte misschien de troostende boodschap dat we gelukkig moeten zijn met onze sterfelijkheid. Onvermijdelijk en onophoudelijk worden we in ons leven geconfronteerd met lijden en dood, als twee 'gegevens' die we van ons lijf willen houden. Ze zijn in velerlei opzicht ongrijpbaar, en eigenlijk alleen maar te 'begrijpen' in hun kwaadaardige zinloosheid. Die absurditeit is ook beschreven door de filosofen. Maar die stelden tevens de (gevaarlijke) vraag naar de mogelijke zin van het lijden en de dood 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. De volgende filosofen worden tijdens deze cursus besproken: Levinas over de mens als kwetsbaarheid; Schopenhauer en de nutteloosheid van het lijden; Nietzsche en het nut van het lijden; Levinas over het nutteloze en 'nuttige' lijden; Heidegger en Levinas over authenticiteit in verband met de dood. Accreditatie 12 punten.</i>

6 t/m 9 oktober & 8 december	<p>Multidisciplinaire Masterclass Teaching the Teacher Palliatieve Zorg (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg)</p> <p><i>Training in het omzetten van ervaring in palliatieve zorg naar praktijkgerichte onderwijsvormen. In deze training spelen de inhoudelijke aspecten uiteraard een belangrijke rol, de nadruk ligt echter op de wijze waarop deze specifieke problematiek van palliatieve zorg onderwijskundig vorm kan krijgen. Deze multidisciplinaire cursus vertrekt vanuit het learning style model van David Kolb en bouwt verder op een methodiek die Ruthmarijke Smeding, educatief specialist, de afgelopen jaren tijdens diverse internationale cursussen heeft ontwikkeld. De cursus is waardevol voor professionals met enige onderwijservaring en voor consulenten palliatieve zorg. Accreditatie: 31 punten</i></p>
8 oktober	<p>Ouderenpsychiatrie (PAO Heyendael)</p> <p><i>Tijdens deze eendaagse cursus krijgt u handvatten om beter met psychiatrische problematiek in de eerste lijn om te gaan. Doelstelling van deze nascholingsdag luidt dan ook: Het vergroten van de kennis van vaak voorkomende psychiatrische problematiek en behandelmethoden bij oudere patiënten en het bieden van handvatten om ouderen met psychiatrische problematiek in de dagelijkse praktijk beter te kunnen begeleiden.</i></p>
16 t/m 17 oktober	<p>Masterclass filosofie: Levinas Zekerheid over onzekerheid (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg)</p> <p><i>Voortdurend neemt u als arts, verplegende of geestelijk 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 mogelijke helpen verwezenlijkt kan worden. Accreditatie 12 punten.</i></p>
30 oktober	<p>Interne geneeskunde (Boerhaave nascholing)</p>
10 t/m 14 november	<p>Multidisciplinaire Masterclass Palliatieve Zorg Renesse (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg)</p> <p><i>Palliatieve zorg is de zorg die het lijden probeert te verlichten van patiënten, hun naasten én van de betrokken hulpverleners. Zorg die nodig is opdat ruimte ontstaat voor dat wat essentieel is: het leven op een eigen wijze afronden en afscheid nemen van dat wat belangrijk is.</i></p> <p><i>Er wordt ingegaan op de verlichting van symptomen en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze zorg goed te organiseren. Ethiek, communicatie en aandacht voor tijdig anticiperen, duidelijke coördinatie en continuïteit van de (vaak intensieve) zorg, zijn hierbij kernaspecten.</i></p> <p><i>De cursus is des te waardevoller indien de cursist reeds enige praktijkervaring heeft. In de cursus wordt immers gewerkt met casusbesprekingen waarin ruimte is om te reflecteren op de eigen ervaringen. De cursus bestaat reeds sinds 1994. Ruim 600 specialisten ouderengeneeskunde hebben deze cursus gevolgd. Sinds enkele jaren staat de cursus ook open voor palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundigen (niveau 4/5).</i></p> <p><i>Cursisten verhogen hun Kennis Kunde Kunst over: Somatiek, psyche, begeleiding van naasten, rouw en nazorg, spiritualiteit, organisatie, communicatie en ethiek: samen keuzes maken ten aanzien van dehydratie, palliatieve sedatie, euthanasie; met wie, waarom, hoe en wanneer. Accreditatie 35 punten.</i></p>
13 november	<p>Degeneratieve aandoeningen (Boerhaave nascholing)</p>
10 t/m 14 november	<p>Multidisciplinaire Masterclass Palliatieve Zorg Renesse (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg)</p> <p><i>Palliatieve zorg is de zorg die het lijden probeert te verlichten van patiënten, hun naasten en van de betrokken hulpverleners. Zorg die nodig is opdat ruimte ontstaat voor dat wat essentieel is: het leven op een eigen wijze afronden en afscheid nemen van dat wat belangrijk is.</i></p> <p><i>Er wordt ingegaan op de verlichting van symptomen en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze zorg goed te organiseren. Ethiek, communicatie en aandacht voor tijdig anticiperen, duidelijke coördinatie en continuïteit van de (vaak intensieve) zorg, zijn hierbij kernaspecten.</i></p> <p><i>De cursus is voor alle specialisten ouderengeneeskunde van belang. Zij is des te waardevoller indien de cursist reeds enige praktijkervaring heeft. In de cursus wordt immers gewerkt met casusbesprekingen waarin ruimte is om te reflecteren op de eigen ervaringen.</i></p> <p><i>Cursisten verhogen hun Kennis Kunde Kunst over: SOMATIEK, PSYCHE, SOCIAAL: begeleiding van naasten, rouw en nazorg, SPIRITUALITEIT, ORGANISATIE, COMMUNICATIE en ETHIEK: moeilijke beslissingen ten aanzien van dehydratie, palliatieve sedatie, euthanasie; met wie, waarom, hoe en wanneer.</i></p>

11 december	<p>'Kopzorgen': Hoofdproblematiek en ouderengeneeskunde (PAO Heyendael)</p> <p>Tijdens deze eendaagse cursus krijgt u als specialist ouderengeneeskunde handvatten hoe met vaak voorkomende hoofdgerelateerde klachten in het verpleeghuis om te gaan. Wat kunt u zelf doen, wanneer door te verwijzen. Wat zijn mogelijkheden en onmogelijkheden? Aan bod komen onder andere oog- en KNO-problematiek.</p>
18 december	<p>Onderwijscyclus PIJN EN LAST BIJ TUMOREN (PAO Heyendael)</p> <p>Tijdens deze bijeenkomst (19:00-21:50) wordt een update gegeven over vóórkomen, diagnostiek en behandeling van de veel voorkomende tumorsoorten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pijn en last bij longcarcinoom
2 t/m 5 februari 2015 en terugkomdag najaar	<p>Multidisciplinaire Masterclass Spiritualiteit (stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg i.s.m. prof. Carlo Leget, Joep van de Geer, geestelijk verzorger MC Leeuwarden en met het IKNL)</p> <p>Binnen de zorgsector zijn geestelijk verzorgers bij uitstek deskundig op dit terrein. Vanuit de eigen ervaring van de deelnemers op het gebied van palliatief terminale zorg, stervensbegeleiding, rouwverwerking en geestelijke verzorging, zoeken we naar een passende invulling van het begrip spirituele zorg in de huidige context van de Nederlandse gezondheidszorg, met specifieke aandacht voor de (ondersteunende) expertrol van geestelijk verzorgers. U krijgt zeer concrete handvatten aangereikt waardoor u zelf, maar ook in samenwerking met andere disciplines, uw zorg kan verbeteren.</p> <p>Sinds 2013 (zeer succesvolle) 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 34 punten.</p>



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 Word-bestand.
- 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 blijken.
- Het is niet mogelijk om na de goedkeuring van de proefversie nog wijzigingen in tekst, volgorde of illustraties aan te brengen.

PLAATSING

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