

37e jaargang no. 1 | februari 2012



Wondzorg in het verpleeghuis: een continu aandachtsveld

PSA-bepaling zinvol als screeningsinstrument bij ouderen?

Verbinden in de ouderengeneeskunde

CVA-patiënten 50% actiever in het verpleeghuis dan in het ziekenhuis

verenSo  
specialisten in  
ouderengeneeskunde

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

de nieuwe  
doorbraak bij obstipatie

# MOVICOLON<sup>®</sup> Liquid Orange

nieuwe formule

- snelle bereiding
- plakt en vlekt niet
- significanter effectiever dan lactulose<sup>1</sup>
- beter verdraagbaar dan lactulose<sup>1</sup>
- eenvoudige flexibele dosering

het vertrouwde  
macrogol nu in  
uniek  
CONCENTRAAT



**MOVICOLON<sup>®</sup>**  
Liquid Orange

macrogol 3350 (13,125 g), natriumchloride (350,7 mg),  
natriumwaterstofcarbonaat (178,5 mg), kaliumchloride (46,6 mg)

# Colofon

## Hoofredacteur

Dr. Jos W.P.M. Konings

## Redactie

Prof. dr. Wilco P. Achterberg  
Drs. Agda M.J. van Dijk  
Drs. Jacobien F. Erbrink  
Drs. Aafke J. de Groot  
Drs. Martin W.F. van Leen  
Dr. Dika H.J. Luijendijk  
Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

## Eindredactie

Drs. Marjolijn Bontje, DCHG  
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

Abonnementen € 63,00 per kalenderjaar.  
Abonnement buitenland € 90,00 per kalenderjaar.  
E-mail: info@dchg.nl

## Uitgever, eindredactie en advertenties

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

## Fotografie

Mieke Draijer: Mustafa Gumussu

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

Copyright© 2012

# Inhoudsopgave

## 2 Redactioneel

### Klinische praktijk

#### 3 Wondzorg in het verpleeghuis: een continu aandachtsveld

### Boekbespreking

- 5 Jeuk
- 11 Het laatste raam
- 16 Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk
- 41 Diabetes mellitus, nieuwe inzichten en behandelopties
- 49 Epidemiologisch onderzoek

### Cat

#### 7 PSA-bepaling zinvol als screeningsinstrument bij ouderen?

### Inaugurele rede

#### 9 Verbinden in de ouderengeneeskunde

### Klinische praktijk

#### 12 CVA-patiënten 50% actiever in het verpleeghuis dan in het ziekenhuis

### Onderzoek

#### 18 De geschiktheid van toetsmethodes voor beslisvaardigheid bij (beginnende) dementie

### Afscheidsrede

#### 23 De academisering van de ouderengeneeskunde

### AIOTo's stellen zich voor

- 26 De weg naar de ouderengeneeskunde is een weloverwogen keuze
- 27 De ethische vraagstukken en de zorg rondom het levenseinde maken het werk erg boeiend
- 28 'Specialist ouderengeneeskunde?!' riep de neuroloog uit. 'What a waste of talent!'

### Buitenland

#### 30 Oud en der dagen zat: Gluren bij de Buren

### Forum

- 34 Vergewissen van bevoegdheid en deskundigheid in de praktijk: haalbaar of vogelvrij?
- 35 Reactie op ingezonden brief

### Amuse

#### 37 Het appèl

### Hora est

#### 40 New in Old, evaluation of a multidisciplinary integrated care model and studies in residential care homes

### Wetenschap en Praktijk

#### 42 Samenwerking in universitaire netwerken

### Klinische praktijk

#### 44 Urineweginfecties in een psychogeriatrisch verpleeghuis: vaker kweken, minder vaak blind behandelen

### Bureau Verenso

- 38 Verenso-werkbezoek Berlijn, 26-29 oktober 2011
- 48 Visitatie geeft inzicht in verbetermogelijkheden vakgroep

### Van de voorzitter

#### 50 Er is er een jarig...

### Leergang Ouderengeneeskunde

#### 51 Leergang Ouderengeneeskunde

### Richtlijnen voor de auteurs

# Continuïteit en groei

Jos Konings, hoofdredacteur



Wilco Achterberg sprak als aankomend hoogleraar op 23 september jongstleden aan de Universiteit van Leiden zijn oratie uit bij de aanvaarding van zijn ambt als hoogleraar in de Institutionele zorg en Ouderengeneeskunde. De titel van zijn oratie was "Verbinden in de ouderengeneeskunde". Hij besprak dat verbindingen in de medische as zich vanuit het specialisme ouderengeneeskunde vooral hebben ontwikkeld rondom consultatiemomenten van revalidatieartsen, internisten, geriateren, dermatologen en psychiaters. Focus lag daarbij erg op samenwerking met het ziekenhuis. Hij gaf tevens aan dat het aantal consultaanvragen vanuit de huisartsenpraktijk sinds begin jaren 90 niet of nauwelijks was toegenomen en dat terwijl het aantal ouderen met multimorbiditeit, kwetsbaarheid en beperkingen was gestegen en zal blijven stijgen. Specialisten ouderengeneeskunde zullen zich, zo beweerde hij, de komende jaren vooral moeten richten op taakdelegatie naar andere disciplines, zoals verpleegkundig specialisten, en op behandelingsituaties waar zij als adviseur of consulent optreden voor zowel huisarts als medisch specialist. Verbinding en samenwerking met andere medische professionals zijn daarbij het adagium. Alleen dan zijn de toekomstige uitdagingen het hoofd te bieden. In dit nummer een samenvatting van zijn afscheidsrede.

Ruim drie maanden later op 9 december nam Miel Ribbe na 22 jaar hoogleraarschap verpleeghuisgeneeskunde aan de Vrije Universiteit op 65-jarige leeftijd afscheid met zijn rede onder de titel "De academisering van de ouderengeneeskunde". Miel heeft een grote klus geklaard en ons vak nationaal en internationaal op de kaart gezet. Onder zijn leiding is zowel op onderwijs als op onderzoeksgebied veel tot stand gekomen. Zijn afdeling is fors gegroeid en er is een aanzienlijk aantal proefschriften gerealiseerd. Bij zijn benoeming in 1989 was hij de enige hoogleraar op ons vakgebied, er zijn er nu inmiddels vier en de vijfde is in aantocht. Miel gaf in zijn afscheidsrede een overzicht van hetgeen tot stand is gebracht. Ook van zijn rede is in dit nummer een samenvatting opgenomen.

In de jaren van academisering van verpleeghuisgeneeskunde/ouderengeneeskunde is er van het begin af aan vanuit de universitaire afdelingen hard gewerkt aan netwerkvorming en samenwerking met ouderenzorginstellingen. In dit nummer vindt u onder de kop "Wetenschap en praktijk" een eerste bijdrage van Lizette Wattel van het VUmc over "Samenwerking in universitaire netwerken". Zij geeft inzage in de organisatie van het netwerk, lopende onderzoeksprojecten en hoe verbetering van de praktijk kan plaatsvinden door uitwisseling en ontwikkeling van 'best practices'-ervaringen. In volgende tijdschriftnummers verschijnen bijdragen over dit thema van de netwerken van het UMC St. Radboud en het LUMC.

Een nieuwe loot aan de academische boom is de AIOTO. Dat is de arts in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde en tevens tot onderzoeker. Het betreft een opleiding van in totaal zes jaar waarin vorming tot geregistreerd specialist ouderengeneeskunde plaatsvindt en tevens scholing tot onderzoeker met als eindresultaat de productie van een dissertatie. Drie jonge enthousiaste toekomstige collega's presenteren zich in dit nummer.

Verenso heeft inmiddels het initiatief genomen om als push ter kwaliteitsverbetering vakgroepen specialisten ouderengeneeskunde te visiteren. De eersten die met de billen bloot durfden waren onze collega's van Respect Zorggroep. In dit nummer een kort verslag.

In 2012 bestaat onze vereniging 40 jaar. Er is in die 40 jaar veel gerealiseerd. Gezien het huidige en toekomstige maatschappelijke belang van een voorspoedige ontwikkeling van ons vakgebied is het continueren van de groei zowel kwalitatief als kwantitatief bittere noodzaak.

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl

# Wondzorg in het verpleeghuis: een continu aandachtsveld

Drs. Ester de Jong, specialist ouderengeneeskunde OsiraGroep

## INLEIDING

Wondzorg in het verpleeghuis is voor de specialist ouderengeneeskunde dagelijkse realiteit. Naast het voorkomen van acute chirurgische wonden (bijvoorbeeld na orthopedische ingrepen) bestaat het grootste deel uit chronische wondzorg zoals decubitus en ulcus cruris venosum. Decubitus is een gelokaliseerde beschadiging van de huid en/of onderliggend weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel, als gevolg van druk of druk in samenhang met schuifkracht.<sup>1</sup> De meeste decubitusletsels ontstaan binnen de eigen instelling.<sup>2</sup> In sommige gevallen komen patiënten die chirurgische ingrepen hebben ondergaan binnen in het verpleeghuis met decubitusletsel aan de stuit of hielen.

Er zit een groot verschil per soort zorginstelling in het voorkomen van decubitus. Uit een landelijke prevalentiemeting blijkt tevens dat tussen de verschillende instellingen ook een verschil zit in het voorkomen van de vier categorieën decubitus.

Onder ulcus cruris venosum verstaan we een defect in pathologisch veranderd weefsel aan het onderbeen op basis van chronische veneuze insufficiëntie. Er zijn geen gegevens gevonden over het voorkomen van ulcus cruris venosum specifiek in het verpleeghuis. In onderzoeken wordt een algemene prevalentie van het ulcus cruris opgegeven van 1% van de bevolking, maar bij personen ouder dan 80 jaar een prevalentie van 4-5%.<sup>4</sup> De prognose is niet erg goed. Ongeveer 50% van de ulcera geneest binnen vier maanden. Het jaarlijks recidief wordt opgegeven tussen de 6 en 15%. De meerderheid van de ulcera recidiveert ten minste één keer.<sup>4</sup>

De specialist ouderengeneeskunde is grotendeels afhankelijk van de signalerende functie van de verzorgende die de patiënt(e) dagelijks ziet. Het instrueren en opleiden van verzorgenden in het herkennen, voorkomen en behandelen van wonden vormt dan ook een belangrijk, zo niet het belangrijkste, onderdeel in het opzetten van een goede wondzorg binnen het verpleeghuis.

Doel van het artikel is om inzicht te geven hoe de ontwikkeling van het opzetten van een wondprotocol binnen een zorginstelling kan verlopen. Tevens laat het zien welke leidraad het protocol vormt voor specialisten ouderengeneeskunde, het management, verpleegkundigen en verzorgenden om op een overzichtelijke en naar verwachting kostenbesparende manier wondzorg te gaan verrichten.

## PROBLEEMSTELLING

Binnen OsiraGroep was vóór het invoeren van een wondprotocol sprake van het gebruik van maar liefst 80 verschillende producten van verschillende fabrikanten. De verzorgenden, verpleegkundigen en artsen maakten gebruik van een mengeling van diverse wondproducten zonder in feite een gemeenschappelijk protocol te volgen. Het gebruik was onoverzichtelijk, inefficiënt en bracht veel kosten met zich mee. Bovendien was de kennis van wondzorg niet overal op het gewenste niveau. Wondproducten werden deels bij de apotheek besteld en deels bij een medische groothandel. Het gevolg was dat er geen continuïteit in de afgeleverde producten bestond. Er bleef veel in de kast liggen en er was geen goede registratie van de hoeveelheid wondmateriaal dat per afdeling gebruikt werd.

Het plan vanuit OsiraGroep was om een wondcommissie op te richten die zich bezig zou gaan houden met de vraag

Instelling	Prevalentie	Prevalentie excl. Categorie I	Prevalentie excl. Categorie I voor risicopatiënten
Acute zorg - Academische ziekenhuizen	12.0	7.6	14.9
- Algemene ziekenhuizen	9.3	5.5	9.7
Chronische zorg Woonzorg en welzijn	7.7	3.3	5.1
Thuiszorg	4.3	1.9	3.4
Totaal	7.8	3.9	6.5

Tabel 2. Verschillende vormen van prevalentie van decubitus in 2010 (%).<sup>3</sup>

hoe de wondzorg binnen OsiraGroep beter georganiseerd kon worden. Belangrijk hierbij was dat de kwaliteit voorop stond en dat het kostenbesparend moest zijn.

## METHODE

OsiraGroep wilde het liefst met één fabrikant werken die een nieuw wondprotocol optimaal kon ondersteunen, scholing zou gaan geven, service zou gaan bieden en prijsverlappend in de kosten zou zijn. Verpleeg- en verbandmiddelen zouden voortaan alleen via de groothandel geleverd gaan worden en niet meer via de apotheek. Hierdoor kon de omzet goed worden geregistreerd en kon een standaard pakket en prijs gewaarborgd worden, hetgeen voorheen ontbrak. Om te komen tot één leverancier voor de specialistische wondproducten werd een wondcommissie opgesteld waarin onder andere vertegenwoordigd waren de manager zorg & dienstverlening, de specialist oudergeneeskunde, verpleegkundigen en een accountmanager van de medisch speciaalzaak.

De commissie had als taak de algemene kennis voor wondzorg en de kwaliteit van de wondzorg binnen OsiraGroep te verbeteren. De kosten worden naar verwachting lager door een eenduidige werkwijze met protocollen, schrappen van een groot aantal producten en goede scholing en begeleiding, zodat verzorgenden zich meer bewust worden van de producten waar ze mee werken.

Een randvoorwaarde voor het slagen van de implementatie was het aanstellen van aandachtsvelders wond/decubitus door verzorgenden of verpleegkundigen. Het streven was om dit per afdeling te doen. Tevens werd gestart met het trainen van de artsen en de aandachtsvelders. De training bestond uit klinische lessen en zogenaamde 'bedside teaching'. Een instelling moet echter wel blijven investeren in externe bijscholing. Wondzorg binnen het verpleeghuis is immers een continu proces. Het bestellen van wondproducten op afdelingsniveau gebeurt via de webwinkel zodat er inzicht komt in de kosten per afdeling en per verpleeghuis.

## RESULTATEN

De invoering van het wondprotocol binnen OsiraGroep is inmiddels bijna een jaar actief. Er is unaniem gekozen voor de wondproducten van één firma vanwege de kwaliteit, de beschikbaarheid van eenvoudig en eenduidig wondassortiment, ondersteuning bij scholing, protocollering, implementatie, innovatie van producten en ten slotte de prijs.

Resultaten dienen voorzichtig geïnterpreteerd te worden, omdat nog niet in alle verpleeghuizen binnen OsiraGroep gewerkt wordt met hetzelfde wondprotocol.

De eerste geluiden zijn voorzichtig optimistisch. Door de inhoudelijke ondersteuning, klinische lessen en de extra aandacht is de algemene kennis van wondbehandeling bij de verpleegkundigen toegenomen. Dit bevordert de kwaliteit van de wondbehandeling. Het gebruiksgemak van een protocol met producten van één fabrikant wordt als een voordeel gezien. Aangezien iedere verpleegkundige en verzorgende nu volgens protocol dezelfde kwalitatieve wondzorg levert is de verwachting dat de wonden sneller zullen genezen dan voorheen.

De samenwerking van OsiraGroep met één medische groothandel en één fabrikant geeft een goed inzicht in het verbruik van de materialen op afdelingsniveau en helpt bij het managen van overmatig wondmateriaalgebruik. Wel blijven de aandachtsvelders een constante, belangrijke factor in het geheel om de kwaliteit te waarborgen. In de praktijk blijkt dat ze kwetsbaar zijn (door bijvoorbeeld ziekte en hoge werkdruk). De arts moet bij een wondprotocol regelmatig de wonden zelf blijven zien en indien nodig het wondbeleid aanpassen.

## DISCUSSIE

Wondverzorging in het verpleeghuis moet eenvoudig en doeltreffend kunnen zijn. Het werken met een wondprotocol en producten van één fabrikant maken wondverzorging in de praktijk beter uitvoerbaar. Essentieel is het vormen van een wondcommissie die het aantal wondproducten binnen de instelling onder de loep neemt.



Figuur 1. Schematische weergave implementatieperiode.

Het aanstellen van een gemotiveerde aandachtsvelder onder de verpleegkundigen c.q. verzorgenden is minstens zo belangrijk. De zorginstelling moet blijven investeren in continue scholing om hen geschoold en gemotiveerd te houden.

Door het invoeren van een wondprotocol en het maken van goede afspraken met medische leveranciers is het mogelijk geworden om een nulmeting te doen waarbij de kosten van verpleeg- en verbandmiddelen per afdeling inzichtelijk worden gemaakt. Het blijft de vraag of deze veranderingen zorgen voor een afname van de decubitusduur voor de patiënt(e) en een significante afname van de kosten voor wondzorg. Tevens is het een interessante discussie of het verstandig is dat artsen meewerken aan een vastgelegd wondprotocol om kosten te besparen in plaats van de vrijheid te hebben uit meerdere wondmaterialen het beste te kiezen.

#### LITERATUUR:

1. Quataert P, Dekkers JM, Oomens C, Kolnaar B, Post MA ANP H, Lichtendahl D, Sluis T et al. Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling. Utrecht, uitgevoerd door Landelijke Expertisecentrum Ver-

pleging & Verzorging, juli 2011 (<http://www.nursing.nl/verpleegkunde/richtlijnen>).

2. Halfens RJG, Schoonhoven L, Weststrate J, Groen H. Hoe vaak komt decubitus voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid, Bilthoven, 29 mei 2007 (<http://www.nationaalkompas.nl>).
3. Halfens RJG, Schols JMGA, Meijers JMM, Nie NC van, Neyens JCC, Rijckens S.
4. Rapportage Resultaten. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Universiteit
5. Maastricht, 2010.
6. Maessen-Visch MB, Zelm RT van, Bartelink MEL, Boer EM de, Daniëls-Marckmann A, Gent WB van, Gerwen HJL van et al. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het ulcus cruris venosum. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, Utrecht 2005.

Correspondentieadres  
erdejong@osiragroep.nl

# Jeuk

## Diagnostiek en behandeling

Martin van Leen



Auteurs: B. Thio, E. Ronner, H. van Os-Medendorp, E. van der Snoek  
Aantal pag: 135 in A5 formaat  
Uitgeverij: Elsevier Gezondheidszorg  
ISBN: 978 90 252 2992 1  
Prijs: € 25,95  
Aantal sterren: 3

Dagelijks worden specialisten ouderengeneeskunde geconfronteerd met (on)begrepen jeuk.

In 11 hoofdstukken, waarvan 8 geschikt voor onze doelgroep, worden alle oorzaken en behandelopties besproken. Gestart wordt met een uitgebreide anamnese, gevolgd door huidafwijkingen en overige lichamelijke en psychische ziekten die gepaard gaan met jeuk, de anogenitale jeuk. De laatste 5 pagina's gaan in op de verschillende behandelmethoden.

Het boekje kan dienen als naslagwerk, op momenten dat we de jeuk niet kunnen behandelen.

Correspondentieadres  
m.vanleen@avoord.nl

# Wij zoeken een leider en specialist



Iemand die alles weet van Ouderengeneeskunde... en meer. U bent niet alleen uitvoerend Specialist Ouderengeneeskunde, maar geeft met name leiding aan de medische en gedragswetenschappelijke praktijk van De Zorgcirkel. Dit betekent: innoveren, overleg in het veld, kennis en kunde ontwikkelen en consolideren in samenwerking met vele professionele medewerkers.

De Zorgcirkel heeft een Kenniscentrum dat daar ondersteunend in kan zijn middels projectbegeleiding en onderzoek. Bent ú onze nieuwe

## Praktijkhouder en specialist ouderengeneeskunde

(vacaturenummer 1112906)

Dienstverband	: Bepaalde tijd, 1 jaar, met uitzicht op vast dienstverband
Contracturen	: 32 à 36 uur per week, wisselend rooster
Salaris	: Indeling in FWG 75
Inlichtingen	: Hans van Amstel, manager Behandelcentrum, T 06 16 541 262

U kunt direct solliciteren via onze website: [www.zorgcirkel.com](http://www.zorgcirkel.com)

De Zorgcirkel is een vernieuwende organisatie. Wij bieden senioren diverse vormen van wonen, welzijn, services, behandeling en zorg, variërend van beperkte ondersteuning bij cliënten thuis tot aan intensieve verpleging van mensen met een chronische ziekte. Wij zijn werkzaam in de gemeente Purmerend, Edam-Volendam, Zaanstreek, Landsmeer, Zeevang, Beemster, Schermer, Alkmaar, Heiloo en Wormerland.



Acquisitie naar aanleiding van deze publicatie wordt niet op prijs gesteld.



# PSA-bepaling zinvol als screeningsinstrument bij ouderen?

Drs. Jurriaan Bos, bewegingswetenschapper en AIOS Ouderengeneeskunde, Viva Zorggroep, Heemskerk, en Gerion, Amsterdam

## INLEIDING

Prostaatscarcinoom is vooral een ziekte van ouderen; de incidentie ervan stijgt boven de 65 jaar. Sinds het gebruik van het prostaat specifieke antigeen (PSA) als screeningsmethode is het aantal mannen dat zich presenteert met metastasen en sterfte dientengevolge de laatste 20 jaar enorm afgenomen. In groot contrast met deze positieve ontwikkeling is er ook een negatieve trend; er is sprake van overdiagnostiek en overbehandeling. Autopsies laten zien dat bij 70% van de mannen ouder dan 70 jaar prostaatscarcinoom latent aanwezig is. Dit roept de vraag op of en in welke gevallen screening met PSA zinvol is. Een eigen observatie is dat in ons verpleeghuis regelmatig PSA wordt geprikt, ook bij mensen ouder dan 70 jaar. De vraag is of dit zinvol is.

## VRAAGSTELLING

Is prostaatspecifiek antigeen (PSA) een effectief screeningsinstrument om bij ouderen met prostaatscarcinoom de levensverwachting te verlengen ten opzichte van ouderen die niet gescreend worden?

## METHODE

Om de vraagstelling te beantwoorden werd op 22 december 2011 gezocht in Pubmed-Medline aan de hand van de volgende syntax:

((screening)) AND ((prostate-specific antigen)OR (Prostate-Specific Antigen) OR (PSA)) AND (Prostate cancer)) AND ((Life expectancy) OR (mortality) OR (survival)) AND ((RCT) OR (random clinical trial) OR randomized controlled trial))

## Inclusiecriteria

Alleen 'randomized controlled trials' werden meegenomen naar het effect van screening op prostaatscarcinoom met PSA op de levensverwachting of het risico op mortaliteit vergelijkend met geen screening.

Het resultaat was 412 hits, waarvan 87 reviews. Na bestudering hiervan werden op basis van de inclusiecriteria twee recente meta-analyses geselecteerd voor deze CAT en twee recentere studies. De overige 11 reviews uit 2011 bleken, na bestudering, geen nieuwe feiten aan het licht te brengen en werden daarom niet meegenomen in deze CAT. Veertien studies vormen de basis voor het bewijs op dit moment.

## EVIDENCE

In twee reviews (1,2) werd een meta-analyse gedaan van de studiegroepen 1-5. (zie tabel 1). Vier van de vijf studiegroepen (studiegroepen 2-5) vonden geen verhoogd risico op de -eindpunten prostaatspecifieke of totale sterfte. Het meest positieve resultaat (RR 0,56-0,86) werd gevonden in studiegroep 1. Er werd in deze studie door PSA-screening een sterftevermindering van 20 tot 25% geconstateerd. Echter, het absolute effect op overleving blijft klein: 0,71 doden minder per 1000 mannen. 503 Mannen dienen te worden gescreend, en bij 18 mannen de diagnose prostaatscarcinoom te worden gesteld, om één prostaatkankerdode na 12 jaar te voorkomen. Prostaatkankerspecifieke sterfte werd niet beïnvloed door de leeftijd waarop de deelnemers werden gescreend (45, 50, 55 jaar). Slechts twee studies werden als methodologisch goed beoordeeld (zie tabel 1).

## DISCUSSIE

De screening leidt tot overdiagnostiek: 29-56% relatieve toename van de diagnose prostaatscarcinoom in de screeningsgroep ten opzichte van geen screening. Er wordt meer prostaatscarcinoom in de vroege fase (stadium-1-prostaatscarcinoom) gediagnosticeerd. In de ERSPC-studiegroep werd voor 70 tot 74 jarigen een RR van 1,26 met betrouwbaarheidsinterval van 0,8 tot 1,99 gevonden. Dit kan 100% toename van het risico op sterfte betekenen. Daarom is terughoudendheid met PSA-bepaling gerechtvaardigd bij deze groep oudere mannen. De toename van met diagnostiek gevonden carcinomen wordt waarschijnlijk multifactorieel bepaald; gedeeltelijk gerelateerd aan het langdurige en relatief langzame beloop van een laaggradig prostaatscarcinoom.

## Methodologische tekortkomingen in het onderzoek

Gezien de variatie in de het design van de studies en het verschil in kwaliteit, kan er discussie zijn over het wel of niet samenvoegen van de vijf studiegroepen in één meta-analyse. Echter toen een 'intention to screen'-analyse werd toegepast op de studies afzonderlijk werd ook geen vermindering in de prostaatkankerspecifieke sterfte gevonden. Daarom, maar ook gezien de grote invloed van studiegroep 1, lijkt samenvoegen gerechtvaardigd. Het 'cross-over effect' heeft effect gehad op de resultaten; doordat mensen uit de controlegroep besloten te starten met PSA-meting, of bij niet-adequate randomisatie. Ook werd PSA-meting in de verschillende studies niet consequent op dezelfde ma-

Studiegroepen 1-5	Methodologische kwaliteit (risico op 'bias', zie criteria in de tekst)	Relatief risico op prostaatkanker specifieke en (S) totale sterfte (T) bij screening
<b>1. European Randomised study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) (Schroder, Zhu, Hugosson e.a. 2011):</b> - 9 jarige follow-up, n= 82816 vs 99184 Leeftijd 55-69 jaar, subgroep 70-74 jaar - 12 jarige follow-up, n= 42376 vs 38350 Leeftijd 55-64 jaar	<b>Goed.</b> Weinig risico op bias: weinig details over data omtrent allocation concealment, wel in eerdere pilot-studie goed beschreven	<b>S:</b> RR 0,86; niet-significant, RR 0,56, significant subgroep 70-74 jaar: RR 1,26, niet-significant <b>T:</b> RR 0,99, RR 1,05, beide niet-significant
<b>2. Prostate, Lung, Colorectal and Ovary screening trial (PLCO) (Andriole 2009)</b> 11,5 jarige follow-up, n= 38343 vs 38350 Leeftijd 50-74 jaar	<b>Goed.</b> Weinig risico op bias	<b>S:</b> RR 1,14, significant <b>T:</b> RR 0,98, niet-significant
<b>3. Norrköping (Sandblom, 2011)</b> 20 jarige follow-up, n=1494 vs 7532 Leeftijd: 50-69 jaar	<b>Hoog risico op bias:</b> door randomisatieprocedure en beperkte allocation concealment	<b>S:</b> RR 1,04 en RR 1,16, beide niet-significant <b>T:</b> RR 1,15, niet-significant
<b>4. Quebec (Labrie, 2004)</b> 11 jarige follow-up, n= 311133 vs 15353 Leeftijd 45-80 jaar	<b>Hoog risico op bias:</b> door beperkte allocation concealment en data analyse, waarbij geen intention tot treat principe werd gebruikt	<b>S:</b> RR 1,01, niet-significant <b>T:</b> RR 0,98, niet-significant
<b>5. Stockholm (Kjellman, 2009)</b> 15 jarige follow-up, n= 3474 vs 24772 Leeftijd: 55-70 jaar	<b>Hoog risico op bias:</b> door beperkte allocation concealment en onduidelijke randomisatieprocedure. Voorts lage externe validiteit doordat biopsie alleen gedaan werd bij PSA > 10 ng/ml en geen van de prostaatkarcinomen door PSA bepaling werd geïdentificeerd.	<b>S:</b> RR 1,09, niet-significant <b>T:</b> RR 0,98, niet-significant

Tabel 1. Overzicht van studiegroepen 1-5 (alle RCTs) naar relatief risico van PSA-screening op prostaatkankerspecifieke en totale sterfte. De follow-upduur, het aantal deelnemers in experimentele en controle groep (n), de leeftijd, en methodologische kwaliteit (risico op 'bias') wordt vermeld.

nier gedaan (bijvoorbeeld PSA na DRE [= rectaal toucher] of andersom). Dit komt mede doordat PSA-screening pas eind jaren '80 werd ingevoerd. Voorts kan een verschillende cut-offwaarde voor PSA invloed hebben gehad, wat de sensitiviteit en specificiteit voor de diagnose prostaatkarcinoom beïnvloedt. Bij beoordeling van effectiviteit werd de kosteneffectiviteit, een goede beschrijving van de neveneffecten, de kwaliteit van leven en andere onderzoeksmaten, zoals het gebruik van cut-offwaarden specifiek voor leeftijd en ras, niet meegenomen. De effectiviteit van screening op verzoek, 'active surveillance' en het optimale interval voor screening zijn niet bekend. Tot slot kan de effectiviteit van gebruikte therapieën invloed hebben gehad.

## CONCLUSIE

Het bepalen van prostaatspecifiek antigeen (PSA) is geen effectief screeningsinstrument om bij ouderen met prostaatkarcinoom de levensverwachting te verlengen.

### Relevantie voor de praktijk

Het bepalen van PSA bij ouderen in het verpleeghuis voor screening of 'active surveillance' lijkt niet zinvol. De belangrijkste argumenten: 1. er is geen overtuigend bewijs voor toename van overleving door deze vorm van screening, en 2. de screening is niet zinvol bij een levensverwachting korter dan 10 tot 15 jaar of bij een leeftijd ouder dan 70 jaar. Op

verzoek zou PSA-bepaling samen met de cliënt afgewogen moeten worden aan de hand van 'informed decision making': het kleine mogelijke voordeel van absolute ziektespecifieke overleving afwegen tegen de vele potentiële nadelen. Tot slot bevestigt het resultaat van deze CAT iets wat we al langer wisten: de meeste mannen gaan dood mét prostaatkarcinoom, niet aan prostaatkarcinoom.

## LITERATUUR

1. Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt TJ. Screening for prostate cancer: an updated Cochrane systematic review. *BJU Int.* 2011 Mar;107(6):882-91. Review.
2. Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B, Dahm P. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2010 Sep 14;341. Review.

Niet alle literatuur staat vermeld, maar is opvraagbaar bij de auteur.

Ik dank mijn opleider Robert Helle hartelijk voor het kritische commentaar dat hij mij gaf op deze CAT.

Correspondentieadres  
jurriaanbos@hotmail.com

# Verbinden in de ouderengeneeskunde

Samenvatting van de Oratie uitgesproken door prof. dr. Wilco Achterberg bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Institutionele zorg en Ouderengeneeskunde, aan de Universiteit van Leiden op 23 september 2011

## MEDISCHE ZORG VOOR DE KWETSBAARSTE OUDEREN: 'SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE PAS OP UW SAECK'

Voor thuiswonende ouderen, en voor de meeste ouderen die in het verzorgingshuis wonen, is de huisarts de hoofdbehandelaar en dus het eerste aanspreekpunt bij medische vragen. Het is wel van groot belang dat de huisarts voor deze groep het vraaggerichte model aanvult met een proactieve houding. Voor deze groep is het van groot belang dat er actief naar gezondheidsproblemen of kwetsbaarheidsrisico's gevraagd wordt. Een model dat wij als specialisten ouderengeneeskunde al van nature hanteren, en dat ook in de huisarts-kaderopleiding ouderen die aan onze afdeling is verbonden centraal staat.

Ouderen die vanwege hun ziekten en beperkingen in het verpleeghuis verblijven, krijgen de medische zorg van de specialist ouderengeneeskunde. Deze specialist ouderengeneeskunde is van origine altijd een arts geweest die zich sterk profileerde in de samenwerking. Met name de verbinding met de verzorging en verpleging, paramedici zoals fysio- en ergotherapeuten, logopedisten en psychologen heeft ervoor gezorgd dat hun competenties in medische, psychosociale en zorgdiagnostiek en -prognostiek sterk ontwikkeld zijn. De grootste kracht van de specialist ouderengeneeskunde ligt naar mijn overtuiging daarnaast in een goede multidomeinanalyse waarbij zowel lichamelijke, functionele, sociale, psychische als communicatieve factoren worden beoordeeld.

Verbindingen in de medische as hebben zich vanuit het specialisme ouderengeneeskunde vooral ontwikkeld rondom consultatiemomenten van revalidatieartsen, internisten, gerieters, dermatologen, psychiaters etc. De focus lag daarmee erg op de samenwerking met het ziekenhuis.

Uit onderzoek is gebleken dat het aantal consulten buiten het verpleeghuis (aangevraagd door de huisarts) van artsen die in het verpleeghuis werken, in de periode tussen begin jaren 90 en tien jaar later niet of nauwelijks is toegenomen, terwijl het aantal ouderen met multimorbiditeit, kwetsbaarheid en beperkingen in de thuissituatie stijgt, en zal blijven stijgen. De specialist ouderengeneeskunde zal zich meer moeten verbinden met de eerste lijn. Ik onderschrijf de visie van de KNMG dat de specialist ouderengeneeskunde zich de komende jaren sterker moet richten op taakdelegatie naar andere disciplines, zoals verpleegkundig specialisten, en op behandelingsituaties waar zij als adviseur of consulent optreden. Daar komen dus



Wilco Achterberg.

Wilco Achterberg (1963) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Utrecht. In 1996 rondde hij zijn opleiding tot verpleeghuisarts af aan het VU medisch centrum Amsterdam. Verpleeghuis Rosendaal (Utrecht) gaf hem de mogelijkheid wetenschappelijk onderzoek te doen, wat resulteerde in zijn promotie in 2004 op het proefschrift: *'Caring for quality: The use of the Minimum Data Set (MDS) for research into quality of care and patient functioning in nursing homes'*. Na zijn promotie is hij eerst werkzaam geweest als oprichter en hoofd van het Universitair Netwerk Ouderenzorg VUmc. Sinds oktober 2010 is hij in dienst van het LUMC als hoogleraar Institutionele Zorg en Ouderengeneeskunde. In deze positie houdt hij zich bezig met het verbeteren van het onderwijs aan geneeskundestudenten en artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast geeft hij leiding aan twee belangrijke onderzoekslijnen, namelijk geriatrische revalidatie en kwaliteit van leven bij de kwetsbaarste ouderen. Wilco is sinds 1996 altijd parttime werkzaam geweest als specialist ouderengeneeskunde, de laatste jaren bij Zorgspectrum (Houten) en sinds eind 2010 bij verpleeghuis Overrhyn (Topaz, Leiden). Zijn filosofie is dat samenwerking en binding altijd betere resultaten oplevert dan het gaan voor eigen gewin. Deze oratie gaat op veel van deze samenwerkings- en verbindingsthema's in. De grote vragen rondom de (dubbele) vergrijzing kunnen alleen opgelost worden door energie te steken in verwetenschappelijking van de zorgsector, veranderingen in het onderwijs van geneeskundestudenten en een verandering in de maatschappelijke verhoudingen. Er moet meer geïnvesteerd worden in onderzoek in de zorgsector en in de geneeskundestudie moeten combinaties van problemen zoals die bij de kwetsbaarste ouderen voorkomen, meer aan de orde komen. Goede zorg voor de oudste ouderen is een uitdaging voor ons allemaal!

ook andere competenties bij aan de orde. Niet alleen in het verzorgingshuis dienen de specialist ouderengeneeskunde en huisarts goed met elkaar samen te werken, ook rondom de kwetsbaarste ouderen die thuis wonen. Vanuit mijn positie binnen het LUMC zal ik proberen deze omwenteling te faciliteren. Een van de acties daartoe is de nieuwe kaderopleiding voor de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, die in januari 2012 aan het LUMC start. De specialist ouderengeneeskunde zal hierin leren om in de eerste lijn beter te consulteren, adviseren en communiceren.

## WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK: ONS FUNDAMENT VAN DE TOEKOMST

Ouderen worden vaak uitgesloten van onderzoek, en de meest kwetsbaren worden ook het meest uitgesloten. Dit geldt in sterke mate voor onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen, maar ook bijvoorbeeld in het onderzoek van het Nationaal Programma Ouderenzorg bevat de standaard instrumentenlijst relatief veel vragenlijsten. Deze zijn door mensen met communicatieve en cognitieve problemen vaak niet in te vullen. Doordat er relatief weinig observatie-instrumenten zijn geselecteerd, leidt dit ook hier tot uitsluiting van de meest kwetsbare ouderen. Zij vallen dus ook daar weer buiten de boot. Voor het onderzoek naar de kwetsbaarste ouderen dienen we te zoeken naar nieuwe onderzoeksstructuren en nieuwe onderzoeksmethoden. De universitaire verpleeghuisnetwerken zijn hierbij een belangrijk middel.

De situatie in de zorgsector waarbij een academische achtergrond ontbreekt en er sprake is van versnippering, vraagt om een stimuleringsprogramma, zoals dat na 1997 ook in de revalidatie is gestart. Na een advies van de Raad voor gezondheidsonderzoek (RGO) in 1997 is een dergelijk stimuleringsprogramma opgezet, in eerste instantie gefinancierd door het ministerie van VWS, de leden van Revalidatie Nederland, NWO, ZonMw, het Revalidatiefonds en het ministerie van OC&W. Dit heeft geresulteerd in 75 onderzoeksprojecten en de benoeming van acht hoogleraren revalidatiegeneeskunde. Enkele revalidatiecentra hebben zich mede door deze ondersteuning kunnen ontwikkelen tot actieve kenniscentra. Naast het initiëren van praktijk relevant onderzoek, helpt zo'n programma om afstemming en coördinatie te verbeteren. Het is zonneklaar dat het nu de tijd is om ook zo'n programma voor de ouderengeneeskunde te lanceren. De verwetenschappelijking van de ouderengeneeskunde dient ferm ter hand genomen te worden.

Een verschuiving van onderzoeksgelden van de cure naar de care zou gepast zijn, aangezien deze verschuiving ook in de dagelijkse zorg en behandeling plaatsvindt. Maar los daarvan moeten wij ons serieus gaan bezinnen op manieren om onze behandelingen, en de uitkomsten daarvan, meer structureel vast te gaan leggen. Wij zullen daartoe meer gebruik moeten gaan maken van goede meetinstrumenten en de resultaten daarvan elektronisch opslaan. Er bestaan goede ziekenhuisinformatiesystemen en goede huisartsinformatiesystemen

die hebben aangetoond belangrijke informatie te kunnen leveren om meer te weten te komen over de effectiviteit van behandelingen. In de zorgsector is dit nog niet gebruikelijk. Daarmee wordt onderzoek relatief kosteninefficiënt, omdat voor iedere vraag weer nieuwe gegevens moeten worden verzameld. Ik pleit daarom voor een ontwikkeling waarbij er een verpleeghuisinformatiesysteem wordt ontwikkeld, gebaseerd op patiëntuitkomsten van zorg en behandeling.

Ten slotte moeten we ons bezinnen op nieuwe onderzoeksmethoden die beter aansluiten bij de klinische praktijk dan de klassieke Randomized Clinical Trials. Meer pragmatische onderzoeksvormen lijken beter aan te sluiten bij de complexe klinische situatie van de kwetsbaarste ouderen.

Het wetenschappelijk onderzoek dat ik, samen met vele enthousiaste collega's uitvoer, valt onder de onderzoeklijn 'geriatrics in primary care', waaronder ook huisartsgeneeskundig onderzoek naar ouderen valt. Mijn onderzoek laat zich ordenen in twee speerpunten: *geriatrische revalidatie en pijn en kwaliteit van leven bij dementie*.

## ONDERWIJS: DE UITDAGING VOOR DE TOEKOMST

De al eerder geschetste demografische ontwikkelingen, waarbij we steeds meer ouderen en oudste ouderen zullen krijgen, vragen om een nieuwe dokter: tegenwoordig hebben ouderen immers de toekomst (Loesje). Helaas is de ouderengeneeskunde weinig populair bij jonge medisch studenten. Het aantal basisartsen dat kiest voor een specialisme dat aan ouderen gelieerd is, valt tegen, en in het bijzonder geldt dat de laatste jaren voor het specialisme ouderengeneeskunde.

Er moet daarom meer ouderengeneeskunde komen in de bachelor- en masterfase van het geneeskundeonderwijs. In Leiden is daar gelukkig bij de curriculumherziening rekening mee gehouden. Er komt bijvoorbeeld een verplicht verpleeghuiscoschap.

Behalve de inspanningen die wij maar ook anderen, zoals SOON, de NFU en de KNMG, doen om dit aandachtsgebied in het onderwijs onder de aandacht te brengen, zijn er ook andere bewegingen nodig. Het vak moet aantrekkelijker worden. Hierbij speelt taakdelegatie (zie eerder) een rol. Daarnaast vind ik het belangrijk dat de perspectieven voor artsen die voor ons vakgebied kiezen aantrekkelijker worden. Het versterken van de wetenschappelijke competenties en de positie van de specialist ouderengeneeskunde zijn daarbij van essentieel belang. Maar ook het begeleiden van verpleegkundig specialisten en coassistenten kan het beroep verdiepen en dus interessanter maken.

Ook mogelijkheden van additionele scholing, zoals kaderopleidingen waarin men zich kan specialiseren op een gebied zoals PG, revalidatie of werken in de eerste lijn, zijn hierbij goede ontwikkelingen.

## NAAST MEER HANDEN, OOK MEER BREIN AAN HET BED

Het is mijn stellige overtuiging dat het investeren in wetenschappelijke kwaliteiten van zowel artsen, verpleging als therapeuten, een van de belangrijkste elementen is in het waarborgen van een analytische en kritische blik op het hele zorg- en behandelproces. De voorlopers van de verpleeghuiszorg investeren hier al in, door professionals vrij te stellen voor wetenschappelijk onderzoek, door deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek of door lid te zijn van universitaire verpleeghuisnetwerken zoals het Universitair Verpleeghuisnetwerk Zuid-Holland Noord hier in de omgeving van Leiden. Het is opvallend dat deze academiseringslag bij de huisartsen, in de public Health en de GGZ gefinancierd wordt door de overheid, terwijl het in onze sector aankomt op de budgetten van de individuele zorgcentra. Deze instellingen dienen

enorm geprezen te worden in hun pogingen om verantwoord te innoveren. Tegelijkertijd dient opgemerkt te worden dat op deze wijze veel draaglast komt te liggen op enkele (niet eens zo heel) stevige schouders. Innovaties die door deze organisaties worden ontwikkeld, zijn beschikbaar voor de hele sector en dus de hele maatschappij. Het zou daarom helderder zijn als de lasten eerlijker over de sector en de maatschappij verdeeld zouden worden. Het beschikbaar maken van een degelijk budget, ten laste van de overheid en de sector voor deze verwetenschappelijking, is daarom mijns inziens onontbeerlijk. Naast meer handen, graag ook meer brein aan het bed.

Correspondentieadres  
w.p.achterberg@lumc.nl

# Het laatste raam

## Werken in een huis waar mensen sterven

Marieke Hoogenboom-Gresnigt



Auteur: Marinus van den Berg  
Uitgeverij: Ten Have  
ISBN: 978 90 259 5933 3  
Prijs: € 15,00

Marinus van den Berg is geestelijk verzorger/pastor en werkt in een huis waar mensen sterven. In de pauze van zijn lezing spreekt hij kort met een jonge vrouw. Zij stelt hem de vraag "Hoe houdt u het vol?". Dit bracht hem tot de volgende mijmering:

"Huizen waar mensen sterven  
Zijn huizen waar mensen door het laatste raam kijken.  
Hun zien wordt er anders.  
Het zijn huizen waar mensen vaarwel zeggen.  
Ze worden er varens-gasten.  
Ze komen even.  
Ze gaan voorbij...  
Aan het laatste raam gebeurt heel wat.

Werken in zo'n huis is vol betekenis.  
Uit dit leven moeten en kunnen gaan, sterven,  
Overlijden, over het lijden heen komen,  
Vraagt om kennis, kunde en de kunst van  
Het aandachtige verzorgen.  
Het vraagt veel van velen voor en achter de schermen."

De vraag van de jonge vrouw is een vraag die gesteld wordt aan velen die werken in een huis waar mensen sterven. Het begin van zijn antwoord was "Ik kan het niet volhouden zonder anderen. Je hebt mensen nodig die zien wat je doet en wat de waarde en de betekenis daarvan is. Werken in een huis waar mensen sterven, is samenwerken. Vaak met veel anderen, met heel verschillende mensen, steeds weer andere mensen op een bijzondere plaats."

Het Laatste Raam gunt ons een warme blik door het raam van het huis waar mensen werken waar mensen sterven. Een sfeerbeeld dat de aandacht vestigt op de werkzaamheden van mensen die weten wat nodig is om sterven in een huis waardig en waardevol te laten zijn; de verzorgenden, de pastor, de kok, het secretariaat, de receptioniste die met een vriendelijk gezicht zorgdraagt voor een gastvrij 'onthaal' want een goede ontvangst biedt troost, en vele, vele anderen.

Het boekje lezende deed me beseffen dat we in de jachtige tijd waarin we werken, de tijd van de ZZP's, de richtlijnen en protocollen, de commissies en werkgroepen onvoldoende aandacht hebben voor de mensen met wie we samenwerken. Allen belangrijk voor het geheel van de zorg. Velen hebben verschillende taken, dicht bij stervenden of ver van hen af. Zorgen voor stervenden vraagt ook zorgen voor elkaar. Het Laatste Raam kan ik van harte aanbevelen aan allen die daar bij stil willen staan.

Correspondentieadres  
mhgresnigt@gmail.com

# CVA-patiënten 50% actiever in het verpleeghuis dan in het ziekenhuis:

## reden voor een snelle overplaatsing binnen de keten

*Ben Fengler, MPA, physician assistant revalidatiegeneeskunde, Rudolf Magnus Instituut voor Neurowetenschappen, afdeling Revalidatie Verplegingswetenschappen en Sport, Universitair Medisch Centrum, Utrecht*

*Drs. Stijn Sicking, specialist ouderengeneeskunde, Axion Continu, locatie Albert van Koningsbruggen, Utrecht*

*Johan van Haafden, MFT, fysiotherapeut, Axion Continu, locatie Albert van Koningsbruggen, Utrecht*

*Mw. dr. Ingrid van de Port, senior onderzoeker, Rudolf Magnus Instituut voor Neurowetenschappen, afdeling Revalidatie Verplegingswetenschappen en Sport, Universitair Medisch Centrum Utrecht en Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht*

*Steven Berdenis van Berlekom, MBA, Raad van Bestuur, directeur zorg en innovatie, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht*

*Mw. dr. Anne Visser-Meily, revalidatiearts en onderzoeker, Rudolf Magnus Instituut voor Neurowetenschappen, afdeling Revalidatie Verplegingswetenschappen en Sport, Universitair Medisch Centrum Utrecht en Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht*

### INLEIDING

Het belang van oefenen en het ontplooiën van activiteiten bij mensen die getroffen zijn door een cerebrovasculair incident (CVA) is inmiddels algemeen bekend en voldoende door literatuur onderbouwd. Aanbeveling uit de CBO-richtlijn Beroerte (2009) is dat patiënten die opgenomen zijn in stroke units in het ziekenhuis, revalidatiecentra en verpleeghuizen in de gelegenheid moeten worden gesteld om minimaal twee keer per dag, 20 tot 30 minuten per behandelsessie, te oefenen onder begeleiding van een fysio- en/of ergotherapeut.<sup>1</sup> Volgens Lenze (2004) en Van de Port (2006) zijn er aanwijzingen dat inactiviteit een onafhankelijke determinant is voor achteruitgang in functionaliteit na een beroerte.<sup>2,3</sup>

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de aanbevolen hoeveelheid oefentherapie niet wordt gehaald en dat patiënten op stroke units in ziekenhuizen de tijd vaak inactief en alleen doorbrengen.<sup>4,5</sup> Ook uit een recente observatie in het Universitair Medisch Centrum Utrecht UMCU waarbij 35 patiënten geobserveerd werden, bleek dat de meeste tijd alleen (61%) en op de kamer (87%) werd doorgebracht.<sup>6</sup> Patiënten brachten 62% van de tijd liggend of zittend door in bed. Staan en lopen werd nauwelijks gedaan, slechts 2% respectievelijk 3% van de geobserveerde tijd. Patiënten sliepen bijna één vijfde van de dag en maar 3% van de geobserveerde tijd werd besteed aan therapie.<sup>6</sup> Deze gegevens zijn vergelijkbaar met de uitkomsten uit de eerder genoemde onderzoeken.<sup>4,5</sup>

De behandelintensiteit in verpleeghuizen is door de herformulering van de Zorg-Zwaarte-Pakketten (ZZP) vastgesteld op vier uur therapie per week. In Nederland is er één studie gedaan naar activiteiten op revalidatieafdelingen van twee verpleeghuizen waaruit bleek dat 80% van de tijd niet

wordt besteed aan oefenen of andere nuttige activiteiten. Daarnaast waren de patiënten ook daar 60% van de tijd alleen.<sup>7</sup>

In de stroke-keten van het UMCU zijn en worden diverse projecten ontwikkeld om het activiteitenniveau tijdens alle fasen van de revalidatie te verbeteren. Zo was er een project dat een zelfoefengids voor CVA-patiënten heeft opgeleverd en op moment van schrijven loopt een project dat als doel heeft om de zorgmomenten door de verpleging, revalidatiemomenten te laten zijn. De stroke-keten bestaat uit het UMCU, revalidatiecentrum de Hoogstraat en het verpleeghuis Albert van Koningsbruggen (AvK). Met steun van Agis en Uvit, zorgverzekeraars, startte in 2009 het zorgvernieuwingsproject 'Ontketend' wat de basis heeft gelegd voor intensievere samenwerking.<sup>8</sup> In dit project werd er gewerkt aan intensievere behandeling zowel in het verpleeghuis als in het ziekenhuis. Het AvK heeft voor dit project CVA-revalidatie 'bedden' gereserveerd waardoor patiënten snel overgeplaatst kunnen worden vanuit het UMCU. Het revalidatiecentrum is naast een centrum voor complexe en intensieve revalidatie ook als expertcentrum in de keten opgenomen. Het project heeft er in geresulteerd dat meer patiënten vanuit het AvK een (al of niet tijdelijke) overstap naar het revalidatiecentrum konden maken. In 2010 lag dit percentage op 20%. 'Ontketend' omvatte ook een uitwisselingsprogramma tussen medewerkers van de drie instellingen en een uitgebreide scholing. Dit heeft vooral geresulteerd in een kennisoverflow van het revalidatiecentrum naar het verpleeghuis waardoor in het AvK de therapie geïntensiveerd is. Concreet hierbij te noemen zijn het starten van meer groepstherapieën (ontbijtgroep, agendatraining, loopgroep, taakgeoriënteerde circuitraining). Om het actuele verschil in activiteiten bij CVA-patiënten te meten tussen de stroke

unit van het UMCU en de revalidatieafdeling van het AvK, vond dit onderzoek plaats.

## DOEL

Het doel van deze studie was om te onderzoeken of er een verschil is in activiteiten tussen patiënten opgenomen op een stroke unit in het ziekenhuis en een revalidatieafdeling in een verpleeghuis.

## METHODE

### Procedure en patiënten

Van september tot oktober 2010 werden dagelijks (ook in het weekend) tussen 8.00 uur en 16.30 uur observaties uitgevoerd bij patiënten die opgenomen waren op de afdeling Cerebro Vasculaire Ziekten in het UMCU of op de revalidatieafdeling van verpleeghuis AvK. Patiënten die geobserveerd werden, waren patiënten van 18 jaar of ouder die waren opgenomen vanwege een hersenbloeding of herseninfarct. Patiënten werden niet geobserveerd wanneer zij verplichte bedrust hadden, opgenomen waren op de medium care of wanneer er voor opname factoren aanwezig waren die het fysiek functioneren beperkten. Aan alle patiënten of familie is toestemming gevraagd voor de observaties. De patiënten waren niet op de hoogte van wat er exact werd geobserveerd, om te voorkomen dat de aanwezigheid van de observator hun gedrag beïnvloedde. Het onderzoek is voorgelegd aan de METC. Deze heeft het onderzoek beoordeeld als niet WMO-plichtig.

### Meetmethode

De patiënten werden tussen 8.00 uur en 16.30 uur, elke 10 minuten (met drie maal een pauze van 10 minuten), gedurende één minuut geobserveerd door een onafhankelijk observator.<sup>5</sup> Per patiënt werden zo 48 observatiemomenten op één dag verkregen waarin verschillende aspecten werden gescoord: locatie van de patiënt, aanwezigheid van andere personen en de activiteit of bezigheid op dat moment. Dit werd ingevuld op een gespecificeerd observatieformulier. Er zijn acht (32%) patiënten in het weekeinde geobserveerd,

waarvan vijf (38%) in het UMCU en drie (25%) in het AvK.

### Analyse

Descriptieve statistiek werd gebruikt om de data te analyseren. Verschillen tussen de gegevens van patiënten in UMCU en AVK werden getoetst met non-parametrische testen en de Chi-kwadraat toets.

## RESULTATEN

Patiënt en CVA-karakteristieken (i.e. geslacht, leeftijd, type CVA, tijd sinds CVA en barthelindex<sup>9</sup>) zijn weergegeven in tabel 1. Er werden 25 patiënten geobserveerd (13 in het UMCU en 12 in AVK). De patiëntenpopulatie in het UMCU en AVK waren gelijk wat betreft leeftijd. De barthelindex was lager in het AVK dan in UMCU maar dit verschil was niet significant. De groepen waren verschillend wat betreft geslacht, type CVA, recidief en het aantal dagen na het ontstaan van het CVA (tabel 1).

De resultaten van de observatie zijn weergegeven in tabel 2. Wat betreft locatie zijn de patiënten in het UMCU het grootste gedeelte van de dag op de patiëntenkamer, in het AVK zijn ze het meest in de gezamenlijke huiskamer. Patiënten brengen bijna driekwart (UMCU 74,8%; AvK 72,9%) van de dag alleen door. In het UMCU liggende patiënten 55,3% van de dag in bed, dit is 35,5% meer dan in het AvK ( $p=0,003$ ). Ook verschilt de tijd die zittend in bed wordt doorgebracht, in het UMCU 14,1% en in het AvK 0,2% ( $p=0,002$ ). In het UMCU werd meer tijd besteed aan verzorging, wassen en aankleden dan in het AvK ( $p=0,007$ ). In het AvK werd er meer tijd besteed aan fysiek oefenen, maar dit verschil is niet significant ( $p=0,205$ ).

## DISCUSSIE

Het doel van de studie was om te onderzoeken of er verschillen waren in het activiteitsniveau van patiënten opgenomen in het ziekenhuis (UMCU) en in het verpleeghuis (AvK). Het activiteitsniveau van de patiënten in het

	UMCU (N= 13) (%)	AvK (N= 12) (%)
<b>Gemiddelde leeftijd (jaren) (SD)</b>	61,4 (13,9)	69,4 (15,6)
<b>Geslacht**</b>		**
<b>Man</b>	9 (69%)	2 (17%)
<b>Vrouw</b>	4 (31%)	10 (83%)
<b>Type CVA*</b>		*
<b>Ischemisch</b>	6 (46%)	10 (83%)
<b>Hemorragisch</b>	1 (8%)	1 (8%)
<b>SAB</b>	6 (46%)	1 (8%)
<b>Recidief CVA</b>	2 (15%)	5 (42%)
<b>Gemiddelde barthelindex (SD)</b>	12,4 (7,5)	9,8 (7,4)
<b>Gemiddeld aantal dagen sinds CVA (mediaan)**</b>	11 (9)	131 (134)**
<b>Geobserveerd in het weekend</b>	5 (38%)	3 (25%)

Range barthelindex 0 -20, \* $P < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Tabel 1. Patiënt en ziektekenmerken.

	UMCU (% van de tijd)	AvK (% van de tijd)
<b>Locatie</b>		
Patiëntenkamer	90,6	36,6 **
Toilet/badkamer	3,7	2,3
Gang	1,4	6,1 *
Therapieruimte	1,3	10,2 *
Dagverblijf/huiskamer	0,0	41,5 **
Onderzoekskamer	0,0	0,9
Buiten de afdeling	3,1	2,1
<b>Personen aanwezig</b>		
Alleen	74,8	72,9
Bezoek	8,7	5,7
Verpleegkundige	7,7	4,9
Fysiotherapeut/ergotherapeut	2,9	9,4 *
Arts	1,4	0,7
Overige staf	3,1	2,9
Andere Patiënt(en)	1,8	4,2
<b>Activiteiten</b>		
Liggen in bed	55,3	19,8 **
Zitten in bed	14,1	0,2 **
Ongesteund zitten uit bed	9,9	14,8
Gesteund zitten uit bed	13,6	57,8 **
Transfer met tillift	0,2	0,5
Staan	1,6	1,0
Lopen	2,9	4,3
Gebruik aangedane arm	0,5	0,7
Gebruik aangedane been	0,0	0,4
<b>Bezigheden</b>		
Praten/lezen/tv kijken	37,3	31,3
Eten/drinken	7,5	11,3
Slapen	21,8	13,4
Verzorging/wassen/aankleden	10,6	5,4 **
Fysiek oefenen	4,0	7,3
Geen	15,7	25,0

Tabel 2. resultaten van de observaties die plaatsvonden tussen 8.00 en 16.30 uur. \*P< 0.05, \*\* p<0.01.

AvK lag 50 % hoger dan in het UMCU, wanneer activiteit gedefinieerd wordt als: anders dan zitten of liggen in bed.

Er is een aantal verklaringen voor het verschil in activiteit tussen het ziekenhuis en het verpleeghuis te bedenken. Patiënten in het ziekenhuis (acute stadium) hebben soms nog een verlaagd bewustzijn. Vaak hebben patiënten in het ziekenhuis nog een infuus of een katheter. Opvallend was dat de Barthelindex in beide groepen niet significant verschild. De geobserveerde patiënten in het UMCU waren dus niet ernstiger aangedaan en de hier bovengenoemde redenen voor inactiviteit zijn dan ook niet alles verklarend.

Een andere verklaring kan het 'revaliderend klimaat' in het verpleeghuis zijn.<sup>10</sup> In een revalidatie-instelling (verpleeg-

huis of revalidatiecentrum) worden patiënten meer in de gelegenheid gesteld om zo veel mogelijk zelfredzaam te zijn tijdens (ADL) activiteiten. Hierdoor zijn alledaagse handelingen (zoals wassen, kleden, handen wassen) vaker een therapie moment, waarbij de patiënt een actieve rol heeft. In het ziekenhuis wordt de zorg veel uit handen genomen. Daarnaast is er ook een belangrijk verschil in architectuur: in een verpleeghuis is vaak een huiskamer, wat activiteiten als gezamenlijk eten, groepsbehandelingen of andere groepsactiviteiten mogelijk maakt. Patiënten worden gestimuleerd zichzelf te verplaatsen (lopen of met rolstoel) bij aanwezigheid van verschillende ruimten binnen een instelling.

Er zijn ook kanttekeningen te plaatsen bij de gevonden verschillen omdat de onderzoeksgroepen klein waren en ver-



schilden wat betreft karakteristieken, zoals het gemiddeld aantal dagen na het CVA. Dit verschil was inherent aan het feit dat patiënten in de acute fase waren opgenomen in een ziekenhuis en daarna naar een instelling gingen om te revalideren.

De opnameduur in het ziekenhuis wordt de laatste jaren steeds korter. Met de uitkomst van dit onderzoek is het vanuit revalidatie oogpunt ook wenselijk om patiënten zo snel mogelijk over te plaatsen naar een revalidatiecentrum of verpleeghuis. Om dit proces te versnellen is een adequate en snelle triage nodig. De 'Beslissing Beroerte' kan helpen om deze triage evidence-based en efficiënt te doen.<sup>11</sup> Daarnaast is een goed functionerende keten van groot belang.

Het 'Ontketend'-project dat in 2010 startte in de stroke-keten van het UMCU, heeft geresulteerd in intensivering van de therapie in het AvK. Dit project heeft zeker ook invloed gehad op de uitkomst van dit onderzoek, waardoor de resultaten niet zomaar geëxtrapoleerd mogen worden op andere stroke-ketens.

De verwachting is dat in 2013 de intramurale geriatrische revalidatiezorg, bekostigd vanuit de AWBZ, ZZP9 wordt overgeheveld naar de ziektekostenverzekeraar, waarbinnen vanaf 2014 financiering zal plaatsvinden op basis van DBC's. Reden van overheveling is dat de revalidatiezorg behandeling, onder regie van de zorgverzekeraar, meer in een keten kan worden georganiseerd en dat daarmee de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg wordt verbeterd. Vooruitlopend op dit proces zijn wij al gestart met 'Ontketend', ondanks dat onze keten niet als proeftuin voor het vernieuwde aanbod is geaccepteerd.

Revalidatie begint op dag één. Om de revalidatie in het UMCU te intensiveren, werd in 2009 het project 'Snel in Beweging' gestart. Dit project heeft, de inmiddels landelijk geïmplementeerde, zelfoefengids voor CVA-patiënten opgeleverd.<sup>12</sup> Hiermee kunnen patiënten (met hun naasten) vanaf dag één zelfstandig oefenen. Het boek wordt uitgereikt in het ziekenhuis en blijkt van grote meerwaarde gedurende de revalidatieperiode in het verpleeghuis.

De benadering en expertise van het revalidatieteam, maar met name van de verpleging in het ziekenhuis, is heel belangrijk. Een recent artikel van Askim et al liet zien dat het mogelijk is om op een stroke unit tijdens de eerst 14 dagen na een CVA het activiteitsniveau met 20% te verhogen.<sup>13</sup> We willen bereiken dat de zorgmomenten oefenmomenten worden. Dit vraagt om een andere attitude van de verpleging en daarvoor is scholing noodzakelijk. Twee 'knowledge brokers' vanuit de ergotherapie en de verpleging worden opgeleid binnen het project 'Richtlijn CVA in de praktijk'<sup>14</sup> om deze cultuuromslag te faciliteren. Indien dit project slaagt, zal ook deze kennis verder de keten in worden gedragen. Daarnaast wordt er met de geplande nieuwbouw van de

stroke-unit rekening gehouden met de realisatie van een huiskamer en een oefenzaal.

## CONCLUSIE

Het activiteitsniveau van patiënten met een beroerte kan nog altijd beter. Belangrijk is het creatief omgaan met de middelen en zorgverleners om patiënten zo intensief mogelijk te revalideren. Op dit moment blijkt dat in de stroke-keten van het UMCU het activiteitsniveau in het verpleeghuis 50% hoger is dan in het ziekenhuis. Dat vraagt aandacht voor de aanpak in het ziekenhuis maar pleit nog meer voor een snelle overname door het verpleeghuis van CVA-patiënten. Een goed draaiende stroke-keten met snelle hertriage en intensieve samenwerking is hiervoor van essentieel belang.

Met dank aan: Karen van Luijn, studente fysiotherapie, die de observaties heeft gedaan.

## LITERATUUR

1. Nederlandse vereniging voor neurologie, kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte. 2009. Ref Type: Report.
2. Lenze EJ, Munin MC, Quear T, Dew MA, Rogers JC, Begley AE, et al. Significance of poor patient participation in physical and occupational therapy for functional outcome and length of stay. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85(10):1599-1601.
3. Port IG van de, Kwakkel G, Wijk I van, Lindeman E. Susceptibility to deterioration of mobility long-term after stroke: a prospective cohort study. *Stroke* 2006;37(1):167-171.
4. Bernhardt J, Chan J, Nicola I, Collier JM. Little therapy, little physical activity: rehabilitation within the first 14 days of organized stroke unit care. *J Rehabil Med* 2007;39:43-48.
5. Bernhardt J, Dewey H, Thrift A, Donnan G. Inactive and alone: physical activity within the first 14 days of acute stroke unit care. *Stroke* 2004;35:1005-1009.
6. Porta I van der, Valkenet K, Bassa-den Besten M, Visser-Meilya JMA. De CVA patiënt geobserveerd. Geaccepteerd. TvZ, 2011.
7. Huijben-Schoenmakers M, Gamel C, Hafsteinsdottir TB. Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day? *Clin Rehabil* 2009;23:1145-1150.
8. Brinkhof, E. Ontketend, <http://www.dehoogstraat.nl/onderzoeken/innovatie/ontketend>.
9. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J*. 1965 Feb;14:61-5.
10. Tervel M. Alles is revalidatie, ISBN 978 90 5972 485 3, Eburon, Delft 2011.
11. Fengler RKB, Meijer R, Berdenis van Berlekom SH, Visser-Meily JMA. Slim meten bij CVA patiënten in het ziekenhuis: software voor besluitvorming, overzicht en overdracht. *Revalidata* 2010; 155 :1-4.

12. Zinger DH, Kerstens H, Rijnsbergen L van, Westerink A, Willems M, Visser-Meily JMA. Intensief oefenen na een beroerte. *Fysiopraxis*, jaargang 20, nummer 5, 2011; 22-25.
13. Askim T, Bernhardt J, Løge AD, Indredavik B. Stroke patients do not need to be inactive in the first two-weeks after stroke: results from a stroke unit focused on early rehabilitation. *Int J Stroke*. 2012 Jan;7(1):25-31.
14. Willems M, Brinkhof E, Richtlijn CVA in praktijk, [http://www.dehoogstraat.nl/onderzoeken/innovatie/richtlijn\\_cva](http://www.dehoogstraat.nl/onderzoeken/innovatie/richtlijn_cva).

Correspondentieadres  
rfengler@umcutrecht.nl

## Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk

Martin van Leen



Auteurs: Redactie B. Wanrooij en overige  
Aantal pag: 323  
Uitgeverij: BSL  
ISBN: 978 90 313 4031 6  
Prijs: € 54,95  
Aantal sterren: 4

De kennis rond palliatieve zorg is in Nederland nog niet optimaal ontwikkeld, terwijl artsen er toch vrijwel dagelijks mee worden geconfronteerd. De laatste jaren zijn er veel nieuwe richtlijnen rond palliatieve zorg verschenen.

De auteurs van dit boek (37) hebben getracht om na een algemeen hoofdstuk over symptomen, symptoomanalyse en symptoombehandeling aan de hand van casuïstiek heel veel problemen in de palliatieve zorg te beschrijven. Niet alleen palliatieve zorg bij kanker maar ook ernstige ziektes als COPD, hartfalen, CVA, depressie, dementie en cliënten met een verstandelijke beperking. Mijns inziens zijn de au-

teurs hierin geslaagd middels een zeer prettig leesbare en vooral in de praktijk herkenbare wijze.

Voor specialisten ouderengeneeskunde die regelmatig met alloctonen werken, is er een verhelderend hoofdstuk over de cultuursensitieve problematiek rond palliatie en sterven. Voor mij gaf dit hoofdstuk een verheldering rond de wensen van deze doelgroep.

Voor artsen die vaak problemen hebben met familie rondom niet meer eten/drinken in de terminale fase van dementie, is een interessant hoofdstuk toegevoegd wat ons mogelijkheden geeft tot een verantwoorde besluitvorming. Dit hoofdstuk kan tevens bij vragen van familie ter lezing worden aangeboden.

Aan het eind, pal voor het plezierige register, is nog een pagina met interessante websites toegevoegd. Ik beveel dit boek dan ook ten zeerste aan en zeker op een hospice mag dit boek niet ontbreken.

Correspondentieadres  
m.vanleen@avoord.nl



# Griep? In 15 minuten weet je meer.

## BioSign® Influenza A + B sneltest

- Zeer eenvoudig in gebruik
- Prestatiekenmerken:  
Sensitiviteit >95%  
Specificiteit >95%  
t.o.v. RT-PCR

### PBM

Princeton BioMeditech Corporation  
4242 U.S. Hwy 1  
Monmouth Junction  
NJ 08852, VS

Telefoon: + 1 (732) 274-1000  
www.pbmc.com

BioSign® is een gedeponeerd handelsmerk van Princeton BioMeditech Corporation.

Gedistribueerd door:

HemoCue Diagnostics BV, Gestelsestraat 16H, 5582 HH Waalre, Nederland

Telefoon: 040 228 59 80, Fax: 040 228 59 88, info@hemocue.nl, www.hemocue.nl



CHANDRAPAL (11) UIT INDIA DOET  
WEER MEE. KIJK HOE U KUNT

**MEEDOEN.NL**

**Liliane  
Fonds**

open de wereld  
voor een kind  
met een handicap



gratis plaatsing Foto: Morad Bouchakour

# De geschiktheid van toetsmethodes voor beslisvaardigheid bij (beginnende) dementie

Noor Bouwmeester, BSc, Masterstudent Geneeskunde, Universiteit Utrecht

Prof. dr. Hans van Delden, hoogleraar Medische Ethiek, Julius Centrum, UMC Utrecht en specialist ouderengeneeskunde

## INLEIDING

Tot de lastigste taken van een specialist ouderengeneeskunde behoort de beoordeling van de beslisvaardigheid van zijn patiënt. Wanneer is iemand nog in staat zijn of haar eigen autonome keuzes te maken? Respect voor de autonomie van de cliënt is een belangrijk element van de arts-cliënt relatie, maar soms moet de cliënt tegen zichzelf beschermd worden. Dit geeft zowel het belang als het risico van de beoordeling aan: een onjuiste beoordeling beneemt teveel vrijheid of laat juist teveel vrijheid.

Op dit moment wordt de beslisvaardigheid van een cliënt beoordeeld door de behandelend arts en het behandelend team op basis van observaties, uitkomsten van tests of neuropsychologisch onderzoek, of naar aanleiding van een beslissing van de cliënt met mogelijk negatieve gevolgen voor de cliënt. Er is gebleken dat artsen vaak moeite hebben met het vaststellen van het moment waarop de beslisvaardigheid van een cliënt beoordeeld moet worden.<sup>1</sup> Een aantal jaar geleden is daarom door de toenmalige Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen (nu Verenso) een handreiking voor verpleeghuisartsen en sociaal geriaters opgesteld om steun te bieden in het proces van het beoordelen van de beslisvaardigheid van een cliënt.<sup>2</sup> In dit document worden verschillende toetsmethodes genoemd die daarbij als ondersteuning zouden kunnen worden gebruikt. Deze toetsmethodes zijn vaak georiënteerd op de cognitieve vermogens van een cliënt, hetgeen uiteraard juist het domein betreft waarin een dementerende tekortschiet.

Het doel van onze literatuurstudie was na te gaan welke methodes op dit moment beschikbaar zijn voor het toetsen van beslisvaardigheid bij dementerenden en op welke gebieden deze zich richten. We hebben bestudeerd of er in deze methodes ruimte is voor een beoordeling van andere dan de cognitieve vaardigheden van een cliënt om vast te stellen of hij in staat is zijn eigen keuzes te maken. Op deze manier willen we bezien of deze methodes een ondersteuning bieden voor de praktijk of niet.

## METHODE

We hebben de beschikbare instrumenten gevonden via een

systematische literatuurstudie. Daarbij zijn de volgende zoektermen gebruikt: dementie, wilsbekwaamheid, dementia, decision making capacity, Alzheimer, mental competence, reasoning. Er is gezocht op de volgende plaatsen: PubMed, Cochrane, Philosopher's Index, KNMG richtlijnen, Burgerlijk Wetboek en er is gebruik gemaakt van bronvermeldingen van relevante artikelen.

In deze literatuurstudie is met name onderzocht welke instrumenten worden gebruikt bij de beoordeling van beslisvaardigheid inzake behandeling, en niet zozeer bij de beoordeling van beslisvaardigheid voor het geven van informed consent bij wetenschappelijke onderzoek. Dit onderscheid is gemaakt om het onderwerp van deze literatuurstudie te beperken, maar waarschijnlijk zijn voor beide toepassingen dezelfde competenties nodig.

De termen beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid worden in de literatuur door elkaar heen gebruikt. Wij kiezen voor de term beslisvaardigheid omdat deze beter de lading dekt van hetgeen beoordeeld moet worden. De term wilsbekwaamheid duidt letterlijk genomen op de bekwaamheid om een wil te hebben en dat is niet waar het in dit geval om draait.

Voor het nemen van een beslissing is een bepaald niveau van cognitief functioneren nodig, dat doorgaans in de literatuur met behulp van de vier in figuur 1 genoemde criteria wordt beoordeeld.

De in de literatuur gehanteerde criteria voor beslisvaardigheid zijn:<sup>3</sup>

1. Het vermogen om een keuze te maken en uit te drukken;
2. Het vermogen relevante informatie te begrijpen (understanding);
3. Het vermogen om de aard van de situatie en de mogelijke gevolgen te waarderen (het toepassen van de gegevens op de eigen situatie, appreciation);
4. Het vermogen om informatie rationeel te hanteren.

Figuur 1. Criteria voor beslisvaardigheid.

De verschillende toetsmethodes zijn door ons beoordeeld op inhoud (waarvan een korte samenvatting wordt gegeven), validiteit, domein en de mate waarin nadruk wordt gelegd op cognitieve vermogens. Uiteindelijk is bekeken of de methodes in de praktijk toepasbaar zijn bij demente cliënten.

## RESULTATEN

De volgende toetsmethodes hebben we in de literatuur gevonden. Ze worden ook opgesomd in de systematische review van Dunn et al. en beschreven door Astrid Vellinga:<sup>4,5</sup>

- MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment<sup>3,6,7</sup>
- Hopkins Competency Assessment Test<sup>8</sup>
- Competency to Consent to Treatment Instrument (Standardized Consent Capacity Instrument)<sup>9</sup>
- Vignetmethodes:
  - Vignetmethode beschreven door Schmand et al.<sup>10</sup>
  - Vignetmethode beschreven door Vellinga et al.<sup>11,12</sup>
  - ‘Clinical vignette’ beschreven door Fitten en Waite<sup>13</sup>
- Aid to Capacity Evaluation door Etchells et al.<sup>14</sup>
- Assessment of Capacity to Consent to Treatment (ACCT) interview door Karel et al.<sup>15</sup>

Een overzicht van de gevonden resultaten is te vinden in tabel 1. Hieronder worden de onderdelen van de tabel, zo nodig, verder toegelicht.

### *Inhoud toetsmethode*

Alle toetsmethodes zijn op een verschillende manier opgezet. In tabel 1 is hiervan een korte samenvatting gegeven.

### *Validiteit*

De validiteit van de beschreven toetsmethodes is niet goed vast te stellen omdat voor inclusie van proefpersonen informed consent nodig is, iets wat juist moeilijk te verkrijgen is bij een wilsonbekwame persoon. Dit leidt bij deze onderzoeken dus tot een inclusiebias.<sup>3</sup> Daarnaast is ook het feit dat er geen gouden standaard is. Een moeilijk gegeven in onderzoeken naar beslisvaardigheid. De meeste onderzoeken gebruiken of geen, of een zelfgekozen afkappunt, of het oordeel van een of meerdere clinici als referentiewaarde. De manier waarop de uitkomsten van de toetsmethode wordt geïnterpreteerd is afhankelijk van de toepassing van de toetsmethode, namelijk of deze als aanvulling op het oordeel van de clinicus wordt gebruikt of als vervanging van het oordeel van de behandelend arts. De validiteit van het onderzoek van Karel et al. is moeilijk te beoordelen, omdat er zowel een vergelijking wordt gemaakt tussen de waarden van de cliënt en de genomen beslissing, als een evaluatie van de correlatie tussen mentale status (dementie of schizofrenie) en de mate waarin een beslissing op rationele gronden wordt genomen.

### *Domein*

In tabel 1 wordt per toetsmethode het onderzoeksdomein aangegeven.

### *Nadruk op cognitieve vermogens*

Alleen de methode van Karel et al. neemt andere aspecten mee dan de cognitieve functies (zoals genoemd in figuur 1). De beschreven vignetmethodes maken vaak gebruik van een hypothetische situatie waarin de cliënt zich moet kunnen inleven om een beslissing te nemen. In de praktijk zullen deze methodes waarschijnlijk weinig toegevoegde waarde hebben omdat het de vraag is in hoeverre een demente cliënt in staat is zich in te leven in een hypothetische situatie. Uit onderzoek is gebleken dat een cliënt in een hypothetische situatie volledig rationele keuzes en beslissingen kan nemen, maar bij informatie en behandelingen betreffende de eigen persoon een volledig gebrek aan ziekte-inzicht heeft waardoor hij alsnog wilsonbekwaam bevonden kan worden.<sup>16</sup>

---

### *Er is geen gouden standaard, een moeilijk gegeven*

---

Bovendien doet een hypothetische situatie die ernstig of complex is een groter beroep op het inlevingsvermogen en de emoties van de cliënt dan een simpele situatie. Dit resulteert in het nemen van ‘rationelere’ beslissingen bij een complexe (hypothetische) situatie dan wanneer een simpele hypothese wordt voorgelegd. Dit betekent dat dezelfde persoon bij een ‘simpel’ vignet eerder onbekwaam wordt bevonden dan bij een ‘complex’ vignet.<sup>12,17</sup> Uit het onderzoek van Karel et al. blijkt daarnaast dat er vaak een correlatie bestaat tussen de waarden die de cliënt belangrijk vindt en de genomen beslissing in een hypothetische situatie. Dit impliceert dat bij het beoordelen van beslisvaardigheid van de cliënt ook zijn of haar waarden die de beslissing beïnvloeden meegenomen moeten worden.

### *Toepasbaarheid*

De meeste toetsmethodes zijn te uitgebreid om in de praktijk te gebruiken want de gemiddelde tijdsduur van een toetsmethode is 20 minuten of langer. Ze lijken daarom alleen geschikt voor wetenschappelijk onderzoek. Een uitzondering hierop vormt de Aid to Capacity Evaluation (ACCT) van Etchells et al. die 10-20 minuten duurt, afhankelijk van degene die de test afneemt. De ACCT van Karel et al. is in zijn geheel te lang voor gebruik in de praktijk, maar elementen, zoals het actief vragen naar de waarden van de cliënt en het vragen naar de wens om betrokken te worden in het nemen van een beslissing zijn in een gemodificeerde vorm mogelijk wel bruikbaar in de praktijk.

## KAN HET ANDERS?

Bovenstaande bevindingen maken duidelijk dat alle beschreven toetsmethodes ongeschikt zijn als op zichzelf staande beoordeling van beslisvaardigheid van demente mensen in de klinische praktijk. Het belangrijkste bezwaar is de exclusieve oriëntatie op de cognitieve vermogens. Bij cliënten met dementie is juist het cognitief functioneren aangetast, waardoor de cliënt dus al snel tekortschiet op al

deze punten. Het is echter de vraag of een achteruitgang in deze cognitieve functies de beslisvaardigheid van een dementerende cliënt onmogelijk maakt, of dat er voldoende andere elementen overblijven die het adequaat nemen van een beslissing wel mogelijk maken. Een beslissing wordt immers vrijwel nooit op puur rationele argumenten genomen. Naast de eerder genoemde cognitieve (rationele) eigenschappen spelen ook altijd emoties een rol, waaronder de eigen waarden, overtuigingen, emoties en levenservaring van een persoon.<sup>15,17,18</sup> Wanneer deze waarden verduidelijkt worden, kan op basis hiervan de cliënt aangesproken worden en is het mogelijk met de cliënt in dialoog te treden en zo de beslisvaardigheid te beoordelen. De kritiek van Widdershoven en Berghmans op huidige methodes voor het toetsen van beslisvaardigheid sluiten hierbij aan. Ook zij beargumenteren dat de huidige toetsmethodes die gebruikt worden om de beslisvaardigheid van demente cliënten te beoordelen te eenzijdig cognitief zijn georiënteerd.<sup>17</sup>

Agnieszka Jaworska schrijft dat de beoordeling van competentie voor het nemen van beslissingen bij demente cliënten afhankelijk moet zijn van de beoordeling of de cliënt nog zijn eigen waarden (*values*) kan formuleren.<sup>19</sup> Dit behoeft enige uitleg. Jaworska gaat namelijk in op de bewering van Ronald Dworkin dat men bij (ernstig) demente cliënten altijd uit moet gaan van wat de cliënt gewild zou hebben toen hij nog niet ziek was, en niet in moet gaan op de huidige wensen van de cliënt.<sup>20</sup> Volgens Dworkin kan een persoon alleen autonoom zijn (en dus beslissingen nemen) als deze waarden kan creëren die uiting geven aan een levensdoel (de *critical interests*). Een cliënt met dementie (in een gevorderd stadium) is volgens Dworkin hier niet meer toe in staat, omdat deze cliënt geen besef heeft van zijn eigen levensloop. Jaworska weerlegt dit door te stellen dat dit laatste voor het formuleren van *critical interests* niet van belang is, maar dat het voldoende is eigen waarden (*values*) te kunnen formuleren.

Het hebben van een besef van de eigen levensloop is in het geding bij bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer, omdat gebeurtenissen niet meer in het langetermijngeheugen kunnen worden opgeslagen door schade aan de hippocampus. Hierdoor ontstaat als het ware een 'gat' in de levensloop. Of een cliënt aangesproken kan worden op zijn waarden, is dus afhankelijk van de mate waarin de cliënt in staat wordt geacht eigen waarden te formuleren.

Een beslissing wordt bijna nooit alleen genomen. Juist demente patiënten worden begeleid in het proces van het nemen van een beslissing door behandelaars, familie en andere naasten, zoals beschreven is door Kapp.<sup>21,22</sup> Hierbij rijst de vraag of er überhaupt een toetsmethode nodig is om beslisvaardigheid te kunnen bepalen. De waarden van een cliënt zijn te achterhalen door er simpelweg naar te vragen, of door goed te observeren hoe de cliënt reageert in verschillende situaties. Wanneer een cliënt aangeeft wat voor

hem of haar een belangrijk element is dat mee moet wegen in een (behandel)beslissing, is het dus mogelijk om samen met de demente cliënt, de familie en betrokken behandelaars hierover te overleggen zodat iedereen zich kan vinden in het uiteindelijk gekozen beleid.

Ook Widdershoven en Berghmans geven aan dat het belangrijk is omstandigheden te creëren die zodanig zijn dat de cliënt wordt bevorderd in zijn beslisvaardigheid. Dit betekent dat men moet achterhalen wat de drijfveren en de waarden van de cliënt zijn om een bepaalde beslissing te nemen, zodat een eventuele discussie over die beslissing kan aangrijpen op de waarden van de cliënt. Want op het moment dat iemand niet meer in staat is rationeel te redeneren, moet je die persoon aanspreken op wat hij nog wel heeft, en dat zijn de eigen waarden en emoties.<sup>17</sup>

De vraag of er een handreiking kan worden gecreëerd om de hulpverlener te ondersteunen in het achterhalen van de waarden en emoties van de cliënt verdient nader onderzoek. Het formuleren van een top drie uit negen waarden, zoals in het onderzoek van Karel et al. is gebeurd, is al een begin.<sup>15</sup> In de praktijk zullen meer waarden een rol spelen, dus waarschijnlijk moeten meer dan negen waarden aan de cliënt voorgelegd worden. Daarnaast is, zoals genoemd in de artikelen van Karel et al. en Kapp, van belang de cliënt te vragen of hij of zij zelf een beslissing wil nemen, of dit samen met arts en/of familie wil, of dat de beslissing volledig aan de arts en/of familie overgelaten moet worden.<sup>21,22</sup>

## CONCLUSIE

Zijn de huidige toetsmethodes die worden gebruikt om beslisvaardigheid te toetsen te cognitief georiënteerd voor demente cliënten? Het antwoord hierop is eenduidig: ja. Zijn deze toetsmethodes nodig om de beslisvaardigheid van de cliënt te toetsen? Het antwoord hierop is: nee. De handreiking van de NVVA uit 2008 stelt dat een toetsmethode als ondersteuning kan worden gebruikt bij het beoordelen van de beslisvaardigheid van een cliënt. Dit literatuuronderzoek biedt daarvoor echter geen steun. Uiteindelijk zouden de waarden en emoties van de cliënt de doorslag moeten geven bij de beoordeling van de beslisvaardigheid van de cliënt voor de gegeven situatie en bij de uiteindelijk genomen beslissing.

## LITERATUUR

1. Akerboom CPM, Dute JCJ, Gevers JKM, Nys H, Winter HB, Woestenburg NOM. *Thematische Wetsevaluatie: Wilsonekwaamheid en vertegenwoordiging*. Den Haag: ZonMw, augustus 2011, 344-348.
2. Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen. *Beginsselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag. Een handreiking voor verpleeghuisartsen en sociaal geriaters*. 2008.
3. Appelbaum, Grisso. *The MacArthur Treatment Competence Study I. Law and Human Behavior* 1995; Vol. 19,

Studie	Inhoud toetsmethode	Validiteit	Domein onderzoek	Nadruk op cognitieve vermogens	Toepasbaarheid
MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)	Uitgebreide vragenlijst bestaand uit verschillende onderdelen, die wordt afgenomen na het voorlezen van een standaard vignette voor de betreffende ziekte.	Niet vergeleken met gouden standaard, eigen afkappunten gebruikt.	Depressie en psychose.	Alleen de vier besluitvaardigheidscriteria worden getoetst. *	Te uitgebreid voor de praktijk. Voor demente patiënten te cognitief, toetsmethode niet getest bij demente patiënten.
Hopkins Competency Assessment Test (HCAT)	Voorlezen van tekst waarin rechten van patient m.b.t. behandeling en weigering hiervan wordt uitgelegd. Ook wordt mogelijkheid van een wilsverklaring uitgelegd.	Vergeleken met oordeel van ervaren psychiater. Een afkappunt van 3 van de HCAT gaf 100% correlatie met het oordeel van de psychiater.	Patiënten op geriatriesch-psychiatrische afdeling.	Alleen reproduceerbaarheid van de voorlezen tekst wordt gemeten.	Niet geschikt als vaste maatstaf voor besluitvaardigheid, wel bruikbaar als aanvulling op het oordeel van een clinicus met weinig ervaring op dit gebied.
Competency to Consent to Treatment Instrument (Standardized Consent Capacity Instrument) (CCTI)	Voorlezen van een vignette, waarna 5 competenties (LS, Legal Standards) zijn gemeten. LS1 Een keuze maken; LS2 een redelijke (rationele) keuze maken; LS3 Consequenties aan keuze kunnen verbinden; LS4 Ratio-neel de keuze beredeneren; LS5 Begrip van behandeling en behandelingsopties.	Er is een afkappunt van 2 SD onder de score van de controlegroep genomen. Er is dus niet vergeleken met het oordeel van een clinicus.	Demente patienten.	De vijf criteria die zijn getoetst zijn alle zeer cognitief georiënteerd.	Zeer cognitief georiënteerd. Beperkt aantal proefpersonen maakt betrouwbaarheid van de uitslag beperkt. Daarnaast kost het afnemen van de test veel tijd (20-25 min per patient, exclusief verwerken en scoren van uitkomst).
Vignettethodes: Vignettmethode beschreven door Schmand et al. Vignettmethode beschreven door Vellinga et al.	Bij deze vignettethodes is gebruik gemaakt van een vignette dat werd voorgelezen, waarna de patient een keuze moest maken voor de erop te volgen behandeling. Het proces van deze beslissing is gescoord aan de hand van de 4 beoordelingscriteria*.	Schmand et al.: =0,04 tussen clinicus en toetsmethode, wat toetsmethode objectiever zou maken en dus beter. Vellinga et al.: Vignettmethode zit qua oordeel tussen dat van familieleden en arts in. Fitten en Waite: Vignettmethode is strenger dan oordeel van artsen.	Verschillend, van dementen tot geriatrische patienten in het ziekenhuis, tot niet-demente ouderen in het algemeen.	Alleen de vier besluitvaardigheidscriteria worden getoetst. *	Vignettethodes zijn in het algemeen strenger in hun oordeel over besluitvaardigheid dan artsen. Ze zouden als aanvulling op het oordeel van de arts gebruikt kunnen worden, maar waarschijnlijk is het in de praktijk een omslachtige methode om besluitvaardigheid te beoordelen.
Etchells et al. Aid to Capacity Evaluation	Deze methode bestaat uit twee onderdelen, een vragenlijst die de ACE wordt genoemd, en een Standardized Minimal Mental State Examination (SMMSE).	Bij combinatie van de uitkomst van de ACE en de SMMSE, kwamen de resultaten (wel of niet wilsbekwaam) goed overeen met het oordeel van een aantal professionals.	Alle patienten op een afdeling Interne Geneeskunde.	De ACE en SMMSE bestaan beide uit vragen die gericht zijn op cognitieve vaardigheden.	Omdat deze methode niet getest is op dementen is het de vraag of dit in de praktijk bruikbaar is. Deze methode lijkt wel betrouwbaarder dan het oordeel van de supervisor van de afdeling en de vragenlijsten kunnen door iedereen die erin getraind wordt worden afgenomen, echter de vragenlijsten zijn volledig cognitief georiënteerd.
Karel et al. Assessment of Capacity to Consent to Treatment (ACCT) interview	Cognitieve en psychiatrische assessment door middel van een Modified Mini-Mental State Examination en een Brief Symptom Inventory. Besluitvaardigheid werd getoetst door de ACCT; waarbij 3 vignetten werden voorgelegd. Daarbij werd specifiek gevraagd naar de top 3 van waarden die de patient belangrijk vond voor een beslissing en naar 4 onderdelen belangrijk voor redeneren.	Er is vergeleken met een controlegroep van patienten die geen cognitieve of psychiatrische afwijkingen hadden. De uitkomst was het overeenkomen van de door de patient genoemde belangrijkste waarden vergeleken met de genomen beslissing.	Mannelijke patienten met dementia, schizofrenie en een cognitief gezonde controlegroep.	Zowel het kunnen onderbouwen van een keuze als het gebruik van waarden bij het nemen van een beslissing zijn getoetst.	Niet direct bedoeld voor toepasbaarheid in de praktijk. De duur van het interview met de patient was een uur, dus in de kliniek waarschijnlijk niet bruikbaar. De vragen naar de waarden van de patient zijn mogelijk wel bruikbaar als handvat om actief hiernaar te vragen.

Tabel 1. Overzicht toetsingsmethodes en analyse van de bruikbaarheid hiervan.

- No. 2: 105-126.
4. Hijdra et al. *Neurologie. Derde, herziene druk. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen 2003.*
  5. Dunn, Nowrangi, Palmer et al. *Assessing Decisional Capacity for Clinical Research or Treatment: A Review of Instruments. Am J Psychiatry 2006 August; 163:1323-1334.*
  6. Vellinga A, Smit JH, van Leeuwen E, van Tilburg W, Jonker C. *Instruments to assess decision-making capacity: an overview. Int Psychogeriatr. 2004 Dec;16(4):397-419.*
  7. Appelbaum, Grisso. *The MacArthur Treatment Competence Study II Measures of Abilities Related to Competence to Consent to Treatment. Law and Human Behavior 1995; Vol. 19, No. 2:127-148.*
  8. Appelbaum, Grisso. *The MacArthur Treatment Competence Study III Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments. Law and Human Behavior 1995; Vol. 19, No. 2: 149-174.*
  9. Janofsky JS, McCarthy RJ, Folstein MF. *The Hopkins competency assessment test: a brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent. Hospital and Community Psychiatry 1992; 43: 132-136.*
  10. Marson DC, Ingram KK, Cody HA, Harrell LE. *Assessing the competency of patients with Alzheimer's disease under different legal standards: A prototype instrument. Arch Neurol 1995; 52: 949-54.*
  11. Schmand B, Gouwenberg B, Smit JH, Jonker C. *Assessment of mental competency in community-dwelling elderly. Alzheimer Disease and Associated Disorders 1999; 13: 80-87.*
  12. Vellinga A, Smit JH, Leeuwen E van, Tilburg W van, Jonker C. *Competence to consent to treatment of geriatric patients: judgements of physicians, family members and the vignette method. Int J Geriatr Psychiatry 2004; 19: 645-654.*
  13. Vellinga A, Smit JH, Leeuwen E van, Tilburg W van, Jonker C. *De beoordeling van wilsbekwaamheid bij ouderen met en zonder cognitieve stoornissen: de vignetmethode nader bekeken. Tijdschr Gerontol Geriatr 2002 Nov; 33: 207-211.*
  14. Fitten LJ, Waite M. *Impact of medical hospitalization on treatment decision-making capacity in the elderly. Archives of Internal Medicine. 1990; 150: 1717-1721.*
  15. Etchells E, et al. *Assessment of patient capacity to consent to treatment. Journal of General Internal Medicine 1999; 14: 27-34.*
  16. Karel MJ, Gurrera RJ, Hicken B, Moye J. *Reasoning in the Capacity to Make Medical Decisions: The Consideration of Values. The Journal of Clinical Ethics; 21, no. 1 (Spring 2010): 58-71.*
  17. Berghmans RLP. *Bekwaam genoeg? Wils(on)bekwaamheid in geneeskunde, gezondheidsrecht en gezondheidsethiek. Nederlandse Vereniging voor bio-ethiek, 23 juni 2000*
  18. Widdershoven G, Berghmans R. *Wilsbekwaamheid in de ouderenzorg. Tijdschr Gerontol Geriatr 2002 Nov; 33: 201-206.*
  19. Frijda N. *Wilsbekwaamheid: de psychologie van het nemen van een weloverwogen beslissing. Tijdschr Gerontol en Geriatr 2002; 33: 196-200.*
  20. Jaworska A. *Respecting the Margins of Agency: Alzheimer's Patients and the Capacity to Value. Philosophy and Public Affairs 28, no 2: 105-138.*
  21. Ronald Dworkin. *Life's Dominion. Harper Collins Publishers 1993.*
  22. Kapp, MB, Mossman D. *Measuring decisional capacity: Cautions on the construction of a capacimeter. Psychology, Public Health and the Law; 1996, 2: 73-95.*
  23. Kapp. *Assessing Assessments of Decision-Making Capacity: A Few Legal Queries and Commentary on "Assessment of Decision-Making Capacity in Older Adults". Journal of Gerontology; 2007, Vol. 62B, No. 1: 12-13.*

**Samenvatting** In de huidige samenleving komen er steeds meer ouderdomsziektes voor, waaronder demantie, waarbij ook steeds vaker een beroep wordt gedaan op de arts om de beslisvaardigheid van een cliënt vast te leggen. De beoordeling van beslisvaardigheid zou geholpen kunnen worden door verschillende toetsmethodes. In dit artikel is de bruikbaarheid van de toetsmethodes voor de beoordeling van beslisvaardigheid onderzocht. Hieruit is gebleken dat deze toetsmethodes erg cognitief georiënteerd zijn en dat we voor een betrouwbare vaststelling van beslisvaardigheid op zoek moeten naar andere uitingen van beslisvaardigheid door de dementerende oudere, zoals bijvoorbeeld waarden en emoties. Door in dialoog te treden met de cliënt, kan deze betrokken blijven in het proces van beslissingen rond dagelijkse bezigheden en medische behandeling.

**Abstract** *The suitability of current instruments to assess decision making capacity in (early) dementia.* In our current society there is an increasing number of old age diseases, like dementia, and an increasing appeal on doctors to assess decision making capacity of dementing elderly. The assessment of decision making capacity is thought to be able to be aided by several instruments. In this article a number of these instruments have been investigated for their usefulness in everyday practice. It is noted that the current instruments are mainly oriented on cognitive skills, but we actually need other expressions like the values and emotions of the dementing elderly to be able to assess decision making capacity. By starting a dialogue with the client, it will be possible to involve the elderly in decisions concerning everyday activities and medical treatments.

**Correspondentieadres**  
N.H.Bouwmeester@students.uu.nl



# De academisering van de ouderengeneeskunde

Samenvatting van de afscheidsrede van prof. dr. Miel Ribbe, hoogleraar verpleeghuiskunde aan de Vrije Universiteit, uitgesproken op 9 december 2011.

Hierbij neem ik afscheid van een project (opbouw van een afdeling Verpleeghuisgeneeskunde aan de Vrije Universiteit en academisering van het vakgebied verpleeghuisgeneeskunde), waaraan ik 22 jaar met een enthousiast, creatief en vooral deskundig team heb gewerkt.

Toen wij in 1989 begonnen, was er geen afdeling. Thans is de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde van het VU medisch centrum een feit. De afdeling werd opgericht op 1 september 1989 en groeide van destijds zes naar thans meer dan 80 medewerkers voor verpleeghuisgeneeskunde.

Vier maanden eerder, 28 april 1989, had de KNMG het vakgebied officieel erkend en was er een nieuw medisch specialisme ontstaan. De overheid bevestigde de erkenning met een publicatie in de Staatscourant van 6 maart 1990.

De start van de afdeling betekende niet alleen het ontwikkelen van studentenonderwijs en wetenschappelijk onderzoek, maar ook de start van de specialistenopleiding tot verpleeghuisarts, thans opleiding tot specialist ouderengeneeskunde geheten.

Een belangrijke vraag was natuurlijk vanuit welke overwegingen en uitgangspunten wij de afdeling gingen opbouwen en het vakgebied gingen academiseren?

Deze uitgangspunten zijn:

1. gezondheidskarakteristieken en zorgvragen verpleeghuispatiënten
2. noodzaak van specifieke deskundigheid bij verpleeghuisartsen voor medische zorg in verpleeghuizen
3. specifieke deskundigheid bij medische studenten voor medische ouderenzorg
4. wetenschappelijke onderbouwing vakgebied
5. academische werkplaatsen voor uitwisseling van onderwijs en onderzoek met de praktijk
6. ontwikkeling van innovatieve producten voor de verpleeghuiszorg, zoals bijvoorbeeld een geautomatiseerd praktijkondersteuningssysteem (GeriMedica).

## ACADEMISERING VAN VERPLEEGHUISGENEESKUNDE

Vanuit deze zes overwegingen begonnen wij aan een proces dat met de term 'academisering van de ouderengeneeskunde' aangeduid kan worden.

Onder academisering van de ouderengeneeskunde versta ik



Miel Ribbe.

de wetenschappelijke onderbouwing van onderwijs en patiëntenzorg door wetenschappelijk onderzoek. Wetenschappelijke onderzoek, overdracht van de aldus verkregen kennis en consensus over de toepassing van die wetenschappelijke kennis op onze specifieke patiëntenpopulatie staan daarbij centraal.

Academisering van de ouderengeneeskunde kan niet zonder samenwerking met de dagelijkse praktijk van de verpleeghuiszorg. Hiervoor hebben we het Universitair Netwerk Ouderenzorg, dus de academische werkplaatsen, opgericht. Academisering impliceert namelijk een nauwe verwevenheid van triasonderzoek, onderwijs en patiëntenzorg.

Academisering van de ouderengeneeskunde is daarbij vooral geënt op onderzoek ingegeven door de beroepspraktijk en vereist een attitude waarin het academisch debat wordt gevoerd. Is ons handelen wel juist, is ons handelen wel wetenschappelijk onderbouwd?

Deze wisselwerking met de praktijk betekent het signaleren van lacunes in kennis en vaardigheden in de medische ouderenzorg en het aandragen van vraagstellingen uit de dagelijkse zorgpraktijk. En die zijn dan vervolgens weer onderwerp van onderzoek.

Academisering is dus een continu, cyclisch proces van signaleren, verwonderen, onderzoeken, onderwijzen en innoveren.

## AMBITIE AFDELING VERPLEEGHUISGENEESKUNDE VUMC

De ambitie van onze afdeling is:

Het zijn van een toonaangevende medisch-multidisciplinaire afdeling op het gebied van de ouderengeneeskunde, waarbij de afdeling onderscheidend is door:

- excellent wetenschappelijk onderwijs en onderzoek
- disseminatie van onderzoeksresultaten ten behoeve van studenten, artsen, multidisciplinaire teamleden, ouderen en ouderenorganisaties
- academische patiëntenzorg in de vorm van 'best practices' in samenwerking met het veld van de verpleeghuiszorg; die gaf ik reeds aan als academische werkplaatsen.

### Wat is ouderengeneeskunde eigenlijk?

Onder ouderengeneeskunde versta ik de medisch-multidisciplinaire behandeling en zorg voor kwetsbare ouderen met complexe gezondheidsproblemen, waarbij kenmerkend zijn: ziekte- en symptoomdiagnostiek, gevolgendiaagnostiek - dat is het vaststellen van de effecten van ziekten op lichamelijk, psychisch, emotioneel en sociaal gebied -, het monitoren van gezondheidsproblemen in de tijd en, het proactief opsporen van risicofactoren voor achteruitgang en anticiperend zorgbeleid. Ouderengeneeskunde vindt dus bij uitstek in multidisciplinair teamverband plaats en kan zowel binnen als buiten het verpleeghuis worden gepraktiseerd; het is een generalistisch vakgebied voor een specifieke patiëntenpopulatie.

Overigens is aardig om te melden dat het specialisme ouderengeneeskunde inmiddels in grootte het 5<sup>e</sup> medisch specialisme is van de 28 specialismen die wij in Nederland hebben, na huisartsgeneeskunde, psychiatrie, bedrijfsgeneeskunde en interne geneeskunde.

Belangrijk in de ouderengeneeskunde is niet alleen wat je allemaal wel doet als arts, maar ook wat je niet doet: bijvoorbeeld het niet instellen of het staken van een behandeling. Ik illustreer dit aan de hand van het onderzoek van Jenny van der Steen van onze afdeling over het wel of niet behandelen van een longontsteking bij demente verpleeghuispatiënten.

Wel/niet behandelen longontsteking bij demente verpleeghuispatiënten			
Niet behandelen longontsteking bij dementie		Insturen naar ziekenhuis voor longontsteking bij dementie	
NL	USA	NL	USA
23 %	15 %	< 1%	26 %

Tabel 1.

Uit dit onderzoek blijkt dat in 23% van de demente verpleeghuispatiënten met een longontsteking, dus één op de vier patiënten, de specialist ouderengeneeskunde had besloten om de patiënt *niet* met antibiotica te behandelen. Uit een vergelijkingsonderzoek dat wij met de Universiteit van Missouri deden, bleek dat Amerikaanse artsen in 15% van de gevallen soortgelijke patiënten *niet* behandelden, dus aanzienlijk *minder vaak* niet behandelen. Uit ander onderzoek met de Verenigde Staten vonden wij dat dit lagere getal bij Amerikaanse artsen vooral bepaald werd door de universiteit waar men had gestudeerd, maar ook bijvoorbeeld uit angst voor rechtsvervolgning.

Ook worden dergelijke demente patiënten voor een longontsteking in Amerika veel vaker naar het ziekenhuis gestuurd, namelijk in 26% van de pneumoniepatiënten, terwijl dat in Nederland minder dan 1% is. Uit verschillend onderzoek hebben wij aanwijzingen dat dit te verklaren is uit het feit dat wij eigen specialisten ouderengeneeskunde hebben in onze verpleeghuizen.

De omschrijving van ouderengeneeskunde en met name het in veelomvattende zin kijken naar onze patiënten betekent onder andere de eis dat instrumenten voor het in kaart brengen van de complexe gezondheidsproblemen van verpleeghuispatiënten, evenals het uitvoeren van de gevolgendiaagnostiek, ook feitelijk voor deze twee aspecten geschikt moeten zijn. Een gevalideerd instrument dat hier bij uitstek geschikt voor is, is het state of the art interRAI-instrument, dat specifiek voor de verpleeghuiszorg is ontwikkeld. Het instrument helpt ook bij het maken van behandelplannen.

De verzamelde gegevens van patiënten zijn niet alleen van belang voor behandelplannen, maar ook bij uitstek geschikt voor het doen van wetenschappelijk onderzoek en wij hebben dan ook met het interRAI-instrument voor verpleeghuizen de VURAI-database voor onderzoek gebouwd met anno 2011 ruim 6.000 patiënten, waarvan 4.000 patiënten met follow-upgegevens. De omvang van onze database valt overigens in het niet bij de internationale interRAI-database met onder andere meer dan een half miljoen gegevens van zowel verpleeghuis- als thuiszorgpatiënten. Door de VURAI-database zijn zes proefschriften geheel of gedeeltelijk mogelijk geworden en tal van publicaties in internationale tijdschriften.

### KENMERKEN VAN VERPLEEGHUIS-PATIËNTEN

Wie zijn het eigenlijk, verpleeghuispatiënten? Wat is er met hun gezondheid aan de hand waardoor zij in een verpleeghuis worden opgenomen?

Verpleeghuispatiënten kenmerken zich door chronische ziekten en multimorbiditeit, en door functiestoornissen, beperkingen en handicaps. Er is altijd sprake van somatopsychosociale verwevenheid en van effecten van ziekten op het dagelijks functioneren zoals ADL, mobiliteit, geheugen en sociale participatie.

In tabel 2 ziet u enkele kenmerken van verpleeghuispatiënten. De gegevens zijn afkomstig uit onze VURAI-database.

Enkele kenmerken gezondheidsprofiel verpleeghuispatiënten (VURAI-database)	% n = 3.826
ADL uitgebreid tot volledig afhankelijk	71
lopen niet of nauwelijks mogelijk	42
sterk verhoogde kans overlijden binnen zes maanden	19
incontinentie voor urine	43
geheugen matig tot ernstig gestoord	60
sociale participatie gering tot afwezig	38

Tabel 2.

### SECTIES AFDELING VERPLEEGHUIS-GENEESKUNDE VUMC

Op grond van onze opdracht voor academisering van onderwijs en patiëntenzorg door middel van onderzoek, en op

grond van de kenmerken van verpleeghuispatiënten hebben wij de volgende secties en onderdelen binnen de afdeling opgebouwd:

- 1 onderwijs basiscurriculum voor medisch studenten met bijdragen in zowel de bachelor, als de masterfase
- 2 wetenschappelijk onderzoek in de ouderengeneeskunde dat ik als de bron van het academiseringsproces beschouw
- 3 driejarige opleiding tot specialist ouderengeneeskunde met bijna 100 artsen in opleiding en ik kan u zeggen dat dat heel veel artsen zijn
- 4 nascholing en advies voor professionals in de ouderenzorg met onder andere 25 nascholingscursussen en 750 cursisten per jaar
- 5 het Universitair Netwerk Ouderenzorg als academische werkplaatsen; een samenwerking met 25 academische verpleeghuizen
- 6 de praktijkondersteuning GeriMedica, dat ik als een hightechnology product van onze afdeling beschouw en iedere specialist ouderengeneeskunde van harte kan aanbevelen
- 7 het Amsterdam Center on Aging onder voorzitterschap van de hoogleraar Rose-Marie Droes, een organisatiestructuur die recent binnen onze afdeling is opgericht om al het praktijkgerichte wetenschappelijk ouderenonderzoek campusbreed te bundelen en te profileren.

Verder hebben wij een uitgebreid internationaal netwerk opgebouwd, vooral in Europa en de Verenigde Staten. Onze deelname aan de interRAI-groep betekent bovendien voor ons een mondiaal netwerk met 60 onderzoekers uit 30 landen van over de hele wereld.

Daarnaast hebben wij nog drie leerstoelen aan onze afdeling kunnen vestigen, namelijk die van Jan Eefsting met de leerstoel 'Degeneratieve hersenaandoeningen', Cees Hertogh met de leerstoel 'Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen' en Rose-Marie Dröes met de leerstoel 'Psychosociale hulpverlening voor mensen met dementie'. Deze drie maatschappelijke initiatieven voor vestigingen van leerstoelen zijn van grote waarde voor ons vakgebied en een verrijking voor onze afdeling.

Vanwege de beperkte ruimte voor deze samenvatting verwijs ik voor een uitgebreidere uiteenzetting over de secties en onderdelen van de afdeling naar de binnenkort gedrukte versie van mijn rede.

## SECTIE WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Kort iets over het wetenschappelijk onderzoek. Ouderengeneeskunde bestaat relatief kort en heeft daardoor nog maar een beperkte onderzoekstraditie. Onderzoeksspeerpunten van de afdeling zijn:

1. geriatrie revalidatie
2. dementie en verwante hersenaandoeningen (zoals cerebrovasculaire aandoeningen)
3. gerontopalliatieve zorg

De geriatrie revalidatie is relevant vanwege het feit dat één op de drie patiënten na revalidatie weer wordt ontslagen. Het gaat daarbij vooral om revalidatie van patiënten met heupfracturen en CVA-patiënten. Overigens is dit ontslagpercentage veel hoger dan in veel andere landen om ons heen.

Dementie is belangrijk omdat ongeveer 60% van alle patiënten in een verpleeghuis aan één of ander vorm van dementie lijdt en palliatieve zorg is als onderzoeksgebied belangrijk omdat één op de vier Nederlanders in het verpleeghuis wordt opgenomen en daar uiteindelijk overlijdt. Geen enkele arts in de Nederlandse medische praktijk maakt zoveel sterfgevallen mee als de specialist ouderengeneeskunde, namelijk gemiddeld 21 patiënten per jaar.

Dwars door deze hoofdthema's van onderzoek heen loopt de ontwikkeling van de methodologie van onderzoek in de ouderengeneeskunde, bij ons in twee vormen, namelijk het ontwikkelen van meetinstrumenten voor onderzoek, waaronder het eerder door mij genoemde interRAI-instrument en het kwalitatieve onderzoek, in onze afdeling vooral gericht op ethische dilemma's, ethiek van besluitvorming en zorgethiek.

In tabel 3 ziet u de kerngetallen van de sectie wetenschappelijk onderzoek.

## SLOT

In het voorgaande heb ik u de academisering van de ouderengeneeskunde, de kenmerken van verpleeghuispatiënten en de opbouw van de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde geschetst en daarmee een beeld gegeven van wat er in de afgelopen 22 jaar aan het VUmc betreffende ons vakgebied is ontwikkeld. Wij hopen hiermee een passende bijdrage te leveren aan het deskundigheidsniveau van professionals in de ouderenzorg en de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen in onze samenleving.

Kerngetallen wetenschappelijk onderzoek	Aantal
wervend vermogen Euro	3 milj. /jr
wetenschappelijke publicaties internationaal	22/jr
wetenschappelijke publicaties nationaal	10/jr
proefschriften periode 1989 – 2011	24
EU-projecten (2010)	6
VENI / VIDI projecten	2
promotieprojecten (2010)	26
overige onderzoeksprojecten	10

Tabel 3.

Correspondentieadres  
mw.ribbe@vumc.nl

# Specialisten ouderengeneeskunde in opleiding tot onderzoeker

Annelore van Dalen-Kok (27 jaar), sectie ouderengeneeskunde, afdeling public health en eerstelijns geneeskunde, LUMC

Per 1 september 2011 behoor ik tot een van de eerste aioto's (arts in opleiding tot onderzoeker) binnen het specialisme ouderengeneeskunde in Nederland, waarin de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde wordt gecombineerd met promotieonderzoek. De weg naar de ouderengeneeskunde is een weloverwogen keuze geweest.

Tijdens mijn middelbare schoolperiode heb ik een aantal jaren als verpleeghulp in een verpleeghuis gewerkt en ik ben dit blijven doen tijdens mijn studie geneeskunde. Je kunt dus wel zeggen dat ik al zeer geruime tijd van mijn leven met het verpleeghuis 'geconfronteerd' ben en zolang als ik mij kan herinneren draag ik de oudere mens een zeer warm hart toe.

---

## *De weg naar de ouderengeneeskunde is een weloverwogen keuze*

---

Tijdens mijn coschappen is dit gevoel nooit veranderd. Hoewel er veel specialismen zijn die oudere patiënten behandelen, waaronder de neurologie, bleef het toch de 'neurologie van de oudere' wat mij het meest fascineerde. De neurologie was dan ook een logische keus geweest, ware het niet dat de eenzijdige verdieping in de somatiek mij geen voldoening gaf. Ik miste de verdieping in de psyche, het sociale en maatschappelijke netwerk van de patiënt. Dit resulteerde in een keuze coschap in het verpleeghuis. Toen wist ik het zeker: ik word specialist ouderengeneeskunde.

Op 1 september 2010 ben ik gestart met de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde binnen het LUMC te Leiden. Tijdens het eerste jaar van de opleiding leerde ik onze zeer diverse aios-groep goed kennen. Het werd een hechte groep waarin we veel van elkaars ervaringen konden leren. Toch vond ik niet genoeg verdieping en uitdaging binnen het eerste jaar van de opleiding om mij verder te kunnen ontwikkelen. Via de site van de SBOH kwam ik erachter dat het mogelijk was om wetenschappelijk onderzoek te combineren met de opleiding. Dit sprak mij zeer aan en zo kwam ik in gesprek met professor Wilco Achterberg, hoogleraar Institutionele Zorg en Ouderengeneeskunde binnen onze afdeling. Hij wist mij met veel enthousiasme te interesseren voor een aioto-traject.



Mijn promotieonderzoek valt binnen de INTERCEPT studie: *INTERNational Comparisons on the Effects of Pain, behaviour and it's Treatment on quality of life in dementia*. Veel voorkomende problemen bij mensen met dementie zijn gedragsproblemen. Pijn komt echter ook zeer frequent voor, maar onder andere vanwege stoornissen in de communicatie wordt dit vaak niet goed herkend. Pijn uit zich bij dementerenden dan ook vaak als ongewenst gedrag en uiteindelijk leiden zowel gedragsproblemen als pijn tot een verminderde kwaliteit van leven. Het doel van deze studie is om de complexe relatie tussen pijn, gedrag en kwaliteit van leven van mensen met dementie in het verpleeghuis te exploreren op basis van verschillende studies, zowel in Nederland als in Duitsland.

Mijn ambities voor de toekomst zijn gericht op het worden van een goede specialist ouderengeneeskunde en daarnaast wil ik nauw betrokken blijven bij het wetenschappelijk onderzoek. Verder hoop ik een steentje te kunnen bijdragen aan het onderwijs en de erkenning van ons vak om onder andere jonge dokters enthousiast te maken voor een van de mooiste en jongste vakken.

Zoals ik leerde van mijn opleider en hij van zijn leermeester: 'Ouderengeneeskunde is soms genezen, vaak verlicht en altijd troosten' (auteur onbekend).

Correspondentieadres  
a.h.van\_dalen@lumc.nl

# Specialisten ouderengeneeskunde in opleiding tot onderzoeker

Simone Hendriks (26 jaar), GERION/ verpleeghuisgeneeskunde VUmc

Twee jaar geleden las ik voor het eerst het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, niet wetende dat ik op korte termijn mijzelf zou mogen introduceren in dit tijdschrift. Met veel plezier stel ik mij bij deze dan ook voor.

In januari 2010 ben ik afgestuurd aan de Vrije Universiteit. Ik wist al vrij snel dat ik niet in de cultuur van het ziekenhuis wilde werken, met de slechts kortstondige contacten met patiënten, en waar het met name draait om technische diagnostiek en behandeling. De keuze voor mij om in een verpleeghuis te gaan werken was snel gemaakt. Ik had al eerder ervaringen opgedaan in het verpleeghuis, middels een bijbaantje, en ik heb altijd al affiniteit met ouderen gehad. Toen ik daadwerkelijk op de werkvloer stond werd ik direct enthousiast en gegrepen door het vak. Voor mij was het een bewuste en logische keuze om een aantal maanden later, in september 2010, in opleiding te gaan tot specialist ouderengeneeskunde bij GERION in Amsterdam.

## *De ethische vraagstukken en de zorg rondom het levenseinde maken het werk erg boeiend*

Velen hebben mij vol verbazing gevraagd waarom ik voor dit vakgebied heb gekozen. Voor mij was dit echter niet zo verwonderend. Ik vind het werk divers en uitdagend. Ouderen zijn interessante mensen met een heel leven achter zich. De combinatie van zowel somatische als psychogeriatrische klachten, de complexiteit van zorg en comorbiditeit, maken het vak aantrekkelijk. Tevens maken de ethische vraagstukken en de zorg rondom het levenseinde het werk erg boeiend.

Ik heb mij niet laten afschrikken door negatieve berichtgevingen over de sector, maar ik zie het juist als een uitdaging om mee te kunnen werken aan de professionalisering en vernieuwingen binnen het vak. Juist omdat er nog zoveel mogelijkheden en uitdagingen zijn om goede zorg te kunnen geven.

Vernieuwingen, richtlijnen en protocollen zijn uiteraard gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Aangezien daar de basis ligt, vind ik het ontzettend leuk om mij daar mee bezig te gaan houden. Ik heb bij GERION de mogelijkheid gekregen om een promotieonderzoek te starten en dit te combineren met mijn opleiding. Ik vind het een uitdaging om mijzelf breder in te kunnen zetten en ook te richten op wetenschappelijk onderzoek.



Het promotieonderzoek ga ik doen bij de afdeling verpleeghuisgeneeskunde van het VUmc, onder begeleiding van prof. dr. Cees Hertogh, dr. Martin Smalbrugge en dr. Jenny van der Steen.

Het onderzoek zal gaan over het klinisch beloop van demantie in verpleeghuizen en is gebaseerd op data van andere EMGO-onderzoeksprojecten van Jenny van der Steen. Een aantal globale onderzoeksvragen zijn:

- Welke gezondheidsproblemen doen zich voor bij verpleeghuisbewoners met demantie gedurende hun verblijf?
- Welke diagnostiek en behandeling vindt plaats voor intercurrente gezondheidsproblemen?
- Wat is de incidentie en het beloop van belastende symptomen en gezondheidsproblemen als pijn, benauwdheid, agitatie, hallucinaties/wanen, voedingsproblemen en dehydratie voor bij verpleeghuisbewoners met demantie gedurende hun verblijf?

Ik verheug mij er zeer op om per 1 maart te kunnen beginnen met het onderzoek. Ik sta nu aan het begin van mijn loopbaan en wil vol enthousiasme, motivatie en goede moed aan de toekomst werken. Promoveren zou een eerste stap in de goede richting kunnen zijn.

Jonge enthousiaste collega's met ambitie en toekomstdromen, die kwaliteit gericht en vernieuwend willen werken, zijn naar mijn mening altijd nodig in een vak. Ik hoop van harte dat ik een van hen kan worden en in de toekomst een bijdrage kan leveren aan de ouderengeneeskunde.

Correspondentieadres  
sahendriks@hotmail.com

EVEN VOORSTELLEN...

# Specialisten ouderengeneeskunde in opleiding tot onderzoeker

Willemijn van Erp (26 jaar), sectie ouderengeneeskunde, afdeling eerstelijns geneeskunde, UMC St. Radboud

Ik was arts-assistent neurologie in een grote perifere kliniek. De hele dag (en soms de hele nacht) mocht ik in een wapperende witte jas rondrennen, van spoedconsult naar familiegesprek, van lumbaalpunctie naar trombolysen en van onderwijs naar overdracht. Alles kon altijd preciezer, beter en sneller en ik voelde me als een vis in het water.

Maar naarmate ik efficiënter leerde werken kwam er ook meer tijd om na te denken over het medische circus dat elke dag door ons allemaal, patiënten en medici, werd opgevoerd. Het hield een heleboel mensen van de straat, maar dat kon toch niet het enige doel zijn? Probeerden we nu echt alle ziekten te genezen, of tenminste op te sporen? Was het genoeg om mensen zich alleen beter te laten voelen? Of om ze zo goedkoop mogelijk door het leven te loodsen?

Hier had het misschien nog goed kunnen komen met mijn tweedelijns carrière, maar het bleek het begin van het eind. Ik vond heroïsche behandelingsuccessen lang niet zo interessant als de patiënten wiens problemen we juist niet weg konden toveren. De patiënten die te onherstelbaar waren aangedaan of te kwetsbaar voor verdere onderzoeken en interventies. Deze mensen vroegen om meer aandacht, meer creativiteit en meer overleg. Tot overmaat van ramp las ik liever een boek over filosofie dan over fysiologie. Het enthousiasme waarmee ik mijn werk deed was er niet minder om, maar het leek toch niet helemaal de bedoeling.

---

*'Specialist ouderengeneeskunde?!' riep de neuroloog uit. 'What a waste of talent!'*

---

De tijd om te solliciteren brak aan. Er circuleerde een lijstje professoren waar je mee kon praten om je slagingskansen te vergroten, maar in plaats daarvan belde ik Bert Keizer op. 'Met Bert,' zei hij. Ik stamelde, geschrokken dat ik zomaar een beroemdheid aan de telefoon had, iets over een gesprek over zijn vak. 'Tuurlijk, wat doe je dan op dit moment?' 'Neurologie'. 'Ach kind, dat kan de beste overkomen. Maak maar gauw een afspraak.'

Er ging een wereld voor me open: dit was precies de geneeskunde die ik zocht. De korte opleiding was het enige obstakel: tegen wil en dank zou ik binnen 2,5 jaar uitge-



studeerd zijn. De combinatie verpleeghuis en academie lag weinig voor de hand. Desgevraagd begon Bert Keizer een vurig betoog over de onzin van onderzoek in zijn algemeenheid, geïllustreerd met het voorbeeld van iemand die het verband tussen koffie drinken en dementie had bestudeerd. Bijna verkocht ik alsnog mijn ziel aan het ziekenhuis, in ruil voor een promotieonderzoek naar genenclusters in het risicoprofiel van aandoening X.

Het kwam net op tijd goed: Nijmegen zocht een eerste aioto voor een vervolg op de studies van Jan Lavrijsen over patiënten in een vegetatieve toestand. De ernstigste uitkomst van niet-aangeboren hersenletsel, maar lange tijd – letterlijk – buiten het gezichtsveld van de wetenschap, waardoor een kwetsbare en relatief jonge patiëntenpopulatie niet de zorg krijgt die nodig is. In het onderzoek komen lange-termijnzorg, acute neurologie en ethiek samen. Tot mijn grote blijdschap werd ik aangenomen.

Sinds vier maanden draag ik geen witte jas meer, maar ik heb hem nog geen moment gemist. De glamour van het ziekenhuis valt in het niet bij de combinatie van pragmatisme en oprecht idealisme die mijn nieuwe collega's in de praktijk brengen. De lastige vragen die onze hoog ontwikkelde geneeskunde met zich meebrengt staan eindelijk centraal en voor het eerst heb ik de rolmodellen voor het uitzoeken.

Correspondentieadres  
W.vanErp@elg.umcn.nl

EVEN VOORSTELLEN...

# BKV, uw specialist in de ouderengeneeskunde

Al 15 jaar is BKV de grootste intermediair voor vaste functies en interimopdrachten voor basisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en medisch managers. Dagelijks zetten wij ons met 50 collega's in om een succesvolle match tot stand te brengen tussen kandidaten en opdrachtgevers. Jaarlijks starten er ruim 500 artsen via onze bemiddeling binnen o.a. het verpleeghuis.

## Een greep uit onze vacatures:

- 1e Specialist ouderengeneeskunde, Brabant
- Specialist ouderengeneeskunde complexe zorg, Friesland
- Specialist ouderengeneeskunde en opleider, Limburg
- Specialist ouderengeneeskunde geriatrische revalidatie, Utrecht
- Medisch eindverantwoordelijke specialist ouderengeneeskunde, Overijssel
- Allround specialist ouderengeneeskunde Zeeland

Kijk voor alle vacatures op [www.vacaturesvoorartsen.nl](http://www.vacaturesvoorartsen.nl)



Monique Eland  
Managing Consultant

Wilt u meer weten?  
Neem dan contact met mij op:  
+31 (0)6 53759784  
[m.eland@bkv-groep.nl](mailto:m.eland@bkv-groep.nl)

# bkv

Onze dienstverlening is **kosteloos** en u kunt rekenen op **discretie** en **anonymiteit**. Bent u benieuwd wat wij voor u kunnen betekenen?

Neem contact op [+31 \(0\)888 - 22 55 88](tel:+3120888225588) of [info@bkv-groep.nl](mailto:info@bkv-groep.nl)

Bent u geïnteresseerd in de resultaten van het Verenso stellingenonderzoek ouderengeneeskunde? Mail dan naar [info@bkv-groep.nl](mailto:info@bkv-groep.nl)

## Verkorte SPC MOVICOLON® Liquid Orange 13,9 g

**Naam van het geneesmiddel** MOVICOLON® Liquid Orange 13,9 g, concentraat voor drank **Registratiehouder** Norgine BV, Hogehilweg 7, Amsterdam **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling** Elke 25 ml van MOVICOLON® Liquid Orange bevat de volgende actieve bestanddelen: macrogol 3350 13,125 g, natriumchloride 350,7 mg, natriumwaterstofcarbonaat 178,5 mg, kaliumchloride 46,6 mg. Na verdunning van 25 ml concentraat tot 125 ml oplossing is de concentratie van elektrolyten als volgt: natrium 65 mmol/l, chloride 53 mmol/l, kalium 5,4 mmol/l, waterstofcarbonaat 17 mmol/l **Farmacotherapeutische groep** Isotonisch laxans **Farmacologische vorm** Concentraat voor drank **Indicaties** Behandeling van chronische of habituele obstipatie bij volwassenen **Contra-indicaties** Gastro-intestinale obstructie of perforatie veroorzaakt door structurele of functionele letsels van de darmwand. Paralytische ileus en ernstige ontstekingen van het darmkanaal, zoals de ziekte van Crohn, colitis ulcerosa en toxisch megacolon. Acute buikpijn. Overgevoeligheid voor één van de actieve bestanddelen of hulpstoffen van MOVICOLON® Liquid Orange. **Speciale waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** Obstipatie dient eerst te worden behandeld met aangepaste dieetmaatregelen, zoals meer vezels in de voeding en meer drinken. Ook meer lichaamsbeweging heeft vaak een gunstig effect. Laxeermiddelen dienen pas toegepast te worden als bovengenoemde maatregelen onvoldoende resultaat opleveren. Indien de patiënt symptomen heeft als gevolg van een verstoring van de elektrolytenbalans (b.v. oedeem, kortademigheid, toegenomen vermoeidheid, dehydratie, hartfalen) dient het gebruik van MOVICOLON® Liquid Orange direct te worden beëindigd. De elektrolytspiegels dienen te worden bepaald en verstoringen dienen adequaat te worden behandeld. In het geval van een zoutarm dieet moet rekening worden gehouden met het natriumgehalte in MOVICOLON® Liquid Orange (0,19 g/25 ml). Dit geneesmiddel bevat 45,6 mg benzylalcohol in elke verdunde dosis van 125 ml. De maximum aanbevolen dagelijkse dosis (25 ml verdund in 100 ml water, 2 maal daags) bevat 91,2 mg benzylalcohol. De Aanvaardbare Dagelijkse Inname (ADI) van benzylalcohol is 5 mg/kg lichaamsgewicht. De maximale dagelijkse dosis (25 ml verdund in 100 ml water, 2 maal daags) mag niet overschreden worden. Dit product bevat ethyl (E214) en methyl (E218) parahydroxybenzoesuur, wat mogelijk vertraagd, allergische reacties kan veroorzaken. **Bijwerkingen** Bijwerkingen die gerelateerd zijn aan het maag-darmstelsel komen het vaakst voor. **Immuunsysteemaandoeningen:** *Zeer zelden:* Anafylactische reacties, allergische uitslag. *Frequentie niet bekend:* Urticaria, dyspneu. **Maag-darmstelselaandoeningen:** *Zeer zelden:* Abdominale pijn, diarree, flatulentie, braken, nausea. *Frequentie niet bekend:* Abdominale distensie, borborygmi, anaal ongemak. **Huid- en onderhuidaandoeningen:** *Zeer zelden:* Pruritus, exantheem. **Onderzoeken:** *Frequentie niet bekend:* Elektrolytverstoringen, met name hyperkaliëmie en hypokaliëmie. **Kanalisatie** U.R. **Vergoeding** Volledig vergoed. **Prijs** Voor prijzen zie Z-index. **Datum** juli 2011. Volledige SPC op aanvraag verkrijgbaar.

Oud en der dagen zat: Gluren bij de Buren

# Verpleeghuiszorg in Duitsland 2: omgaan met dementie en dood

Drs. Marijke van der Vaart, specialist ouderengeneeskunde  
Mr. Axel Foerster, jurist

Vorig jaar is in de rubriek 'Gluren bij de Buren' het eerste deel over verpleeghuiszorg in Duitsland verschenen (TvO 2011;4:139-143). Toen werd de (verpleegkundige) organisatie, de eerste en tweede lijns medische zorg en financiering besproken. In dit tweede artikel over de verpleeghuis- en ouderenzorg in Duitsland bespreken we in meer detail hoe er in Duitsland met dementie en demente patiënten wordt omgegaan (of soms niet omgegaan). Ook een aantal bijzondere aspecten van het Duitse medisch handelen bij (pre-)terminale patiënten komt aan de orde, waaronder palliatieve zorg, behandelingsethiek en vragen rond het omgaan met euthanasie.

Zie ook het verslag van Nienke Nieuwenhuizen over een werkbezoek aan Duitsland, elders in dit nummer (pag 35).

## DEMENTIE IN DUITSLAND

In Duitsland lijden naar schatting 800.000 tot 1.200.000 mensen aan dementie,<sup>1</sup> van wie 75% thuis wordt verzorgd; 25% is opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis. Huisartsen kunnen de diagnostiek initiëren en eventueel doorverwijzen naar specialisten: vrij gevestigde neurologen, geheugenpoli's, gespecialiseerde klinieken of één van de 36 universitaire klinieken. Er zijn veel diagnostiekrichlijnen in gebruik, die vooral verschillen in uitgebreidheid, bijvoorbeeld in beeldvormend onderzoek en liquoronderzoek. Uit onderzoek blijkt echter dat er nog veel psychologische weerstand en vermijdingsgedrag bestaat ten aanzien van nader onderzoek bij een verdenking op dementie. Dat leidt tot een lange 'patients delay', maar ook tot een lange 'dokters delay'. Patiënten en hun familieleden ontkennen de verschijnselen, maar ook de huisartsen doen de symptomen lang af als 'vergeetachtigheid' of 'geheugenproblemen'.<sup>2</sup>

## VERPLEEGHUISZORG VOOR DEMENTIE: NOG WEINIG DIFFERENTIATIE

Tot 2002 was dementie geen indicatie voor enige verpleegkostenvergoeding.<sup>3</sup> De indicatiecriteria voor toeslagen uit de verpleegkostenverzekering en voor verpleeghuisopname waren in 1995 slechts somatisch gedefinieerd. Dementie werd daardoor een nevendiagnose, ook als dementie de enige oorzaak voor de verpleegbehoefte was. Dit heeft ertoe geleid dat verpleeghuizen van oudsher bij op

name geen onderscheid maken tussen somatische en psychogeriatrische bewoners. Het resultaat is een gemengde bewonersgroep, waar mensen met een intacte cognitie samenleven met bewoners met dementie. De laatste groep maakt ongeveer 60% uit van de verpleeghuispopulatie.

De Duitse taal heeft een mooie uitdrukking voor deze situatie: *leben in einem Zwangsgemeinschaft*. Aan dit gedwongen samenleven heeft men de naam *Integratives Modell* gegeven. Een van de gevolgen van dit gemengd verplegen is, dat de verzorging primair somatisch gericht is. Het zicht op het ziektebeeld dementie blijft onscherp. Het verpleegplan is oorspronkelijk niet ontworpen voor de bewoner met dementie, hoewel er nu langzamerhand aanpassingen verschijnen.

Ondanks dit aanvankelijk ongedifferentieerde bestaan er steeds meer gespecialiseerde dementieafdelingen binnen het verpleeghuis. Sommige verpleeghuizen beschikken over 'verpleegoases' waar bewoners in het laatste stadium van dementie samen in een snoezelachtige omgeving worden verzorgd.

## EERSTELIJNSZORG VOOR DEMENTIE

In de eerste lijn is het mogelijk woongemeenschappen voor mensen met dementie te stichten: een huis in de wijk wordt gehuurd, 6-8 bewoners huren er een kamer en de familie koopt de zorg in bij zorgaanbieders. Mantelzorgers nemen in deze kleinschalige woongemeenschappen een deel van de zorgtaken op zich. In Berlijn waren er vorig jaar 280 van dergelijke woongemeenschappen. De laatste tijd zijn er enkele van deze woongemeenschappen

### Casus 1

Mevrouw K, 84 jaar, in het verpleeghuis opgenomen met een non-hodgkinlymfoom, werd in zeer slechte conditie, nog zittend, vervoerd naar de praktijk van de oncoloog, waar haar door een laborant bloed werd afgenomen voor de volgende chemokuur. Uitgeput lag ze in bed toen ik bij haar werd geroepen. "laat me met rust, ik wil doodgaan" zei ze. Ze stierf na enkele uren. Men vond de gang van zaken in het verpleeghuis heel gewoon. "We hebben nu toch alles gedaan wat we konden?"



in de publiciteit geweest; zij vallen door hun geringe omvang niet onder de zorg van de controlerende instanties, waardoor de kwaliteit van zorg zorgen baart.

Een andere originele zorgvorm is de mogelijkheid om tegen een vergoeding een dementiepatiënt op te nemen als 'pleegkind' in een pleeggezin.

Bijna alle verpleegzorgorganisaties bieden daarnaast kortdurende verpleeghuiszorg en dagverzorging (*Tagespflege*) aan.

#### Casus 2

Mijnheer M, 89 jaar, kwam met buikklachten in het ziekenhuis. Hij bleek een uitgezaaid coloncarcinoom te hebben. Omdat hij niet genoeg at en dronk, werd een PEG-sonde gelegd. Daarop ontwikkelde zich een pneumonie. Op de IC werd hij geïntubeerd en beademd. Daarna plaatste men hem met de beademing over naar het verpleeghuis, waar hij na drie weken overleed.

## MULTIDISCIPLINAIR WERKEN RONDOM PROBLEMGEDRAG

Er werken geen (geronto)psychologen in Duitse verpleeghuizen, en er zijn geen (verpleeghuis)artsen in dienst van het verpleeghuis. Probleemgedrag wordt met de huisarts of met de psychiater besproken. Bewoners met zeer problematisch gedrag worden doorgaans, al dan niet tijdelijk, opgenomen op een gesloten gerontopsychiatrische afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Gewone verpleeghuizen hebben geen gesloten afdelingen. Op het gebied van de ouderenspsychologie heeft Nederland baanbrekende kennis opgebouwd met gerontopsychologen die gespecialiseerd zijn in de psychologie en begeleiding van mensen met dementie. De boeken van Bère Miesen en Huub Buysen zijn in het Duits vertaald en vinden in Duitsland een grote markt.

## ETHIEK ROND HET LEVENSEINDE IN DUITSLAND

### *Wilsverklaringen, de Patientenverfügung*

Om zich te beschermen tegen overbehandeling is een wilsverklaring ('*Patientenverfügung*') nodig. Een arts is verplicht zich te houden aan de wil van de patiënt, neergelegd in een wilsverklaring. Men heeft echter het formuleren van de omstandigheden, waarin wel of niet gehandeld moet worden, aan de patiënt overgelaten. Hier beslist dus niet de arts of een medische behandeling gewenst of zinvol is, maar de patiënt. Het begrip 'medisch zinloos handelen' is omstreden. Duitse ziekenhuizen voeren ook geen Niet-reanimeer beleid.<sup>4</sup> Maximale behandeling is standaard, tenzij er een wilsverklaring is.

Er zijn meer dan 150 verschillende soorten wilsverklaringen in omloop, zowel negatieve (schildrecht) als positieve (alles wat mogelijk is). Er wordt zeer juridisch met deze verklaringen omgegaan. Het woord euthanasie is historisch belast en wordt vermeden. Men spreekt daarom van

*Sterbehilfe*. In het strafrechtboek worden de verschillende vormen van *Sterbehilfe* gedefinieerd.

### **Wet op de Sterbehilfe**

De Duitse wet onderscheidt actieve en passieve *Sterbehilfe*.

*Hilfe beim Sterben* (hulp bij het sterven).

- 1a. *Sterbebegleitung*, (begeleiding van het natuurlijke sterven). Geoorloofd.
- 1b. *Indirecte Sterbehilfe*, (indirecte euthanasie). De patiënt sterft eerder door bijwerking van pijnstillende medicatie of palliatieve sedatie. Geoorloofd, indien de levensverkorting een onvermijdelijk gevolg is van de pijnbehandeling.
2. *Hilfe zum Sterben* (hulp om te sterven).
  - 2a. *Beihilfe zur Selbsttötung des Patienten* (hulp bij zelfdoding). Geoorloofd, mits de patiënt niet aan een psychiatrische stoornis lijdt en de zelfdoding op eigen verantwoording uitvoert.
  - 2b. *Passive Sterbehilfe* (passieve euthanasie). Het sterven toelaten door het nalaten of beëindigen van levensverlengende maatregelen. Geoorloofd, mits door de patiënt gewild; zonder de toestemming van de patiënt is dit alleen geoorloofd indien het verder leven niet in strijd is met de 'maatschappelijke waardevoorstellingen' (jurisprudentie uit 1994, tot op heden echter omstreden).
  - 2c. *Aktive Sterbehilfe* (actieve euthanasie). Doden op verzoek. Verboden volgens §216 uit het Strafwetboek.

De grens tussen passief handelen (nalaten) en actief handelen zorgt steeds weer voor controversen. Het eerste leidt tot de toegelaten passieve euthanasie, het tweede tot strafbare actieve euthanasie. De gerechtshoven gaan daarbij niet zozeer af op de daadwerkelijke handeling, als op wat de behandeling zou zijn zonder de huidige apparatengeneeskunde. Zo wordt het trekken van de stekker uit een hart-longmachine beschouwd als nalaten van levensverlenging en dus als (toegestane) passieve euthanasie. Want de machine vervangt slechts een arts, die door hart-longmassage en beademing de patiënt in leven houdt. Staakt hij zijn pogingen, dan zou men van passief handelen (nalaten) kunnen spreken. Deze vorm is toegestaan.

#### Casus 3

Mevrouw V, 86 jaar, ligt al vijf jaar in het verpleeghuis. Ze lijdt aan de gevolgen van diverse CVA's en een gevorderde dementie. Zij krijgt al vijf jaar voeding door een PEG-sonde. Ze heeft ernstige contracturen aan armen en benen. Er is geen communicatie mogelijk. Om de twee uur wordt zij gedraaid. Door een toegewijde en vakkundige verpleging en door de sondevoeding heeft ze geen decubitus. Als zij een pneumonie krijgt die ik palliatief behandel, sterft ze niet, waarschijnlijk door haar goede voedingstoestand. Na enkele weken is ze weer 'de oude'.

Het is opvallend dat de hulp bij zelfdoding in het Duitse strafrecht niet strafbaar is gesteld. Een arts zou straffeloos medicijnen voor zelfdoding kunnen voorschrijven; bij de zelfdoding zou hij dan niet aanwezig kunnen zijn (want dan is hij paradoxalerwijs weer verplicht de zelfdoding te verhinderen). In een algemene stellingname heeft de Duitse artsenstand zich onlangs uitgesproken voor een moreel verbod voor artsen voor hulp bij zelfdoding en zo is deze maas in het net weer gedicht.<sup>5</sup>

De wet lijkt vrij duidelijk over wat wel en niet geoorloofd is. Waarom is het dan toch zo'n probleem? In de gevoelige beslissingen rondom levensverlenging speelt ongetwijfeld het nationaal-socialistische verleden mee. Hoewel er in die zwarte periode geen ouderen maar vooral zwakzinnige en psychiatrische patiënten werden vermoord, blijft het trauma van het 'euthanasie'-programma tot op de dag van vandaag het denken en handelen rond het levenseinde bepalen.

### PEG SONDES BIJ DEMENTIE: DUITSE ETHIEK TER DISCUSSIE

De Ridder heeft in vele artikelen en in zijn onlangs verschenen boek "Wie wollen wir sterben?" aan de orde gesteld hoe in Duitsland oudere patiënten, veelal met dementie, als vanzelfsprekend worden behandeld met alle medische mogelijkheden, waardoor het voor hen niet mogelijk is op natuurlijke wijze te sterven.<sup>6</sup>

In Duitsland worden ongeveer 140.000 PEG Sondes per jaar aangelegd, 70% daarvan zijn voor verpleeghuisbewoners, van wie weer de helft aan dementie lijdt.<sup>7</sup> Er zijn dus jaarlijks 49.000 mensen met dementie die een PEG krijgen (incidentie), de prevalentie is mogelijk twee maal zo hoog (100.000 bij een gemiddelde overleving van twee jaar). Volgens De Ridder spelen economische belangen hierbij ook een rol. Verplegend personeel is duur, sondevoeding is tijdbesparend en wordt bovendien vergoed door de ziekenfondsen. Het is niet uitzonderlijk als de handelend arts de sondeaanvraag rechtvaardigt met 'tijdgebrek bij de verpleging'. Verpleeghuizen worden door de MDK (*medizinische Dienst der Krankenkassen*) er op aangesproken als de Body Mass Index van bewoners onder een bepaalde waarde daalt. Niet zelden worden familieleden door het verpleeghuis voor de vraag gesteld of zij hun vader of moeder, die niet meer zelf kan eten, willen laten verhongeren.<sup>8</sup>

Er wordt al een tiental jaren in Duitsland een heftige discussie gevoerd over de ethische aspecten van het kunstmatig voeden per PEG bij infausteprognose. De standpunten lopen uiteen van het handhaven van een strikte indicatie (alleen bij voorbijgaande slikstoornissen), tot altijd kiezen voor het behoud van leven, waarbij dan dus ook voor kunstmatig voeden bij wilsonbekwame of comateuze patiënten wordt gekozen. Vooral de kerkelijke instanties verdedigen het laatste standpunt. In de discussie over de

indicatie voor een PEG bij gevorderde dementie kiest de Duitse palliatieve arts dr. K. Beck voor het behouden van leven, omdat hij niet wil oordelen over "lebenswertem und nicht mehr lebenswertem Leben."<sup>10</sup>

Telde Nederland in 2003 32 patiënten in vegetatieve toestand in verpleeghuizen,<sup>11</sup> in Duitsland zijn er naar schatting drie tot tien duizend. Vaak betreft het trauma- of CVA- patiënten, bij wie geen wilsverklaring voorhanden was. Stoppen van levensverlengende behandelingen zoals beademing en kunstmatige voeding is bij deze patiënten, die ten koste van zoveel moeite in leven zijn gehouden, vaak onbespreekbaar (zie eerder).

Meer en meer ontstaat er in de maatschappij echter weerstand tegen dit automatisch aan 'schläuche' in leven gehouden worden. De wilsverklaring zou hiervoor een belangrijk middel kunnen zijn, maar artsen en verpleeghuizen verzetten zich vaak tegen het stopzetten van een uitzichtloze behandeling, ook al is de wilsverklaring in principe bindend voor een arts. Dit voert niet zelden tot een juridische strijd, waarbij soms familieleden de toegang tot een verpleeghuis ontzegd wordt, advocaten gegijzeld en patiënten tegen hun wil doorbehandeld worden.<sup>11</sup>

#### Casus 4

Mevrouw G, 96 jaar, multimorbide, valt en breekt haar arm. Als ze naar het ziekenhuis gaat, vergeet men de wilsverklaring mee te geven. Ze wordt geopereerd en alles gaat goed. Dan verslikt ze zich. Ze wordt gereanimeerd. (de arts verklaart de dochter later dat hij wel moest, omdat er geen wilsverklaring was). Op de IC blijkt ze een haematothorax te hebben die wordt gepuncteerd. Een longontsteking wordt behandeld, mevrouw wordt tijdelijk beademd. Als een nierinsufficiëntie optreedt, overweegt men te dialyseren, maar kiest vervolgens voor geforceerde diurese. Een nieuwe longontsteking dreigt, nu wordt besloten te abstinieren en wordt mevrouw teruggeplaatst naar het verpleeghuis. Ze is volledig overvuld en heel benauwd. Ze krijgt morfine en sterft anderhalve dag later.

### PALLIATIEVE ZORG

Palliatieve zorg in Duitsland is nog in ontwikkeling en niet overal beschikbaar. Volgens een onderzoek van de *Deutsche Hospiz Stiftung* krijgt slechts één op de vijf stervenden die in aanmerking zouden komen daadwerkelijk een palliatieve behandeling, is de palliatieve zorg in verpleeghuizen nauwelijks voorhanden en hebben mensen met dementie geen toegang tot palliatieve zorg.<sup>12</sup> Er zijn in Duitsland 163 hospices (in Nederland meer dan 200), 158 palliatieve afdelingen en ruim 1000 palliatieve mobiele diensten die mensen thuis of in het verpleeghuis begeleiden. Daarmee loopt Duitsland in vergelijking met andere Europese landen achter (noot redactie: Duitsland staat volgens de EAPC-review of palliative care in Europa op de 8e plaats, Nederland op de 4e. Groot Brittannië voert de ranglijst als 'beste' aan).

De hospicezorg in Duitsland komt vooral ten goede aan kankerpatiënten. Huisartsen en ook verzorgenden in verpleeghuizen zijn niet deskundig genoeg op het gebied van palliatieve zorg. Ook de kennis van specialisten laat te wensen over. Volgens Dr. Müller-Busch van de Duitse *Gesellschaft für Palliativmedizin* denkt 45% van ondervraagde neurologen dat de behandeling van een terminale dyspnoe met morfine euthanasie is. Ook juristen waren niet goed op de hoogte: 32% van de voogdijrechters meende dat het beëindigen van sondevoeding (*passieve Sterbehilfe, en dus geoorloofd*) euthanasie was.<sup>13</sup> Er is zeer weinig wetenschappelijk ruimte voor Duitse artsen om in dit grijze gebied te manoeuvreren. Het natuurlijke sterven toelaten kan door kwaadwillenden uitgelegd worden als het nalaten van hulp, en het toedienen van morfine als euthanasie. De angst voor en de onervarenheid van artsen met opiaten is er mede de oorzaak van dat de behandeling van mensen met pijn in Duitsland onvoldoende is.<sup>14</sup> In de opleiding tot arts hebben palliatieve zorg en gesprekstechnieken tot nu toe geen plaats.

## LITERATUUR

1. *Demenz-Report 2011 Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung*, blz. 44.
2. *Idem*, blz. 12.
3. *Der Spiegel Wissen. Die Reise ins Vergessen, leben mit Demenz*, nr 1 2010, blz. 78.

4. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=DNR&id=65440>
5. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=beihilfe+suizid&id=93743>
6. Ridder M de. *Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin*. 2010 Deutsche Verlagsanstalt, München.
7. *Deutsches Ärzteblatt* 2001, Heft 38, blz. 2409.
8. *Themaheft Wissen, der Spiegel* nr 1 2010, blz. 47.
9. *Deutsches Ärzteblatt* 2008 Heft 11, blz. 578.
10. Lavrijsen J. *Patients in a vegetative state; diagnosis, prevalence and long-term care in Dutch nursing homes*. Thesis, Radboud University Nijmegen Medical Centre 2005.
11. Putz W, Steldinger B. *Patientenrechte am Ende des Lebens*. Deutscher Taschenbuch Verlag 2007.
12. <http://www.hospize.de/servicepresse/2010/mitteilung419.html>.
13. Müller-Busch C. *Voordracht der Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin*, 2009.
14. Ridder M de. *Wie wollen wir sterben? DVA* 2010, blz. 93.

Correspondentieadres  
mhvandervaart@hotmail.com

# Vergewissen van bevoegdheid en deskundigheid in de praktijk: haalbaar of vogelvrij?

Drs. Ineke Hoekstra, specialist ouderengeneeskunde

Mijn collega (specialist ouderengeneeskunde) moet voor de tuchtraad verschijnen. Een zorgmedewerker, werkzaam bij één van de grotere zorgkoepels in Amsterdam, wist niet hoe een bloedsuikermeting geïnterpreteerd moest worden. Zij was dan ook geen ziekenverzorgende, maar een sociaal pedagogisch werker.

Zelf dacht ze het wel te kunnen. Zij belde mijn collega op en meldde dat er bij één van de patiënten van mijn collega sprake was van een extreem lage bloedsuikerwaarde van één millimol per liter. Mijn collega, gealarmeerd door deze waarde, informeerde naar de conditie van desbetreffende patiënte. Volgens de zorgmedewerker was deze goed. Mijn collega gaf de opdracht om vla en limonade te geven, te waarschuwen als de patiënte suf zou worden, over twee uur opnieuw een bloedsuiker te bepalen en de uitslag aan haar door te bellen. Nadat mijn collega zich er persoonlijk van vergewist had dat de conditie van patiënte inderdaad niet zorgwekkend was, spoedde zij zich naar een multidisciplinair overleg op een andere locatie. Twee uur later werd zij opnieuw gebeld door een andere medewerker. Deze meldde dat de bloedsuikerwaarde 'high' was en eerder ook high was geweest. Mijn collega sprak novorapid (insulineaspart) af. Gedurende de avond en de volgende dag herstelden de bloedsuikerwaarden zich tot normaal.

De familie, op de hoogte gebracht door de zorgmedewerker en gefrustreerd door eerdere problemen rondom de zorg, besloot het er niet bij te laten zitten. Zij meenden in mijn collega een persoon gevonden te hebben waar zij al eerdere en vermeende missers op konden projecteren, en dit deden zij ook. Zij stapten naar de tuchtraad. Een lidberoepsgeenoot op de hoogte van de klacht meldde mij dat de klacht haar herinnerde aan een uitspraak in de 'nota Medische Verslaglegging' (2009). De uitspraak luidt als volgt:

- De arts is niet verantwoordelijk voor de wijze waarop paramedici of verpleegkundigen beroepsmatig handelen;
- De arts moet zich wel vergewissen van de bekwaamheid en deskundigheid van degene naar wie hij verwijst.<sup>1</sup>

Het vooronderzoek werd afgesloten met een verwijzing naar een terechtzitting. In het boek 'Beroepenwetgeving gezondheidszorg' (2010) wordt de uitspraak over het vergewissen genuanceerd en luidt als volgt.

*"De opdrachtgever moet zich vergewissen van de bekwaamheid*

*van de opdrachtnemer. Gaat het om een handeling waarvoor de beroepsgroep van de opdrachtnemer bij Algemene maatregel van Bestuur functioneel zelfstandig bevoegd is verklaard, dan kan de arts uitgaan van de bekwaamheid van de opdrachtnemer. Hetzelfde mag in de regel worden aangenomen voor handelingen die de opdrachtnemer in zijn opleiding heeft geleerd (eindtermen opleiding).*

*Voor handelingen, waarbij dat niet het geval is kunnen zogenaamde bekwaamheidsverklaringen in een behoefte voorzien. Dit soort verklaringen kan dienen als bewijs dat de deskundigheid en bekwaamheid van de beroepsbeoefenaren ten aanzien van bepaalde handelingen getoetst zijn. Deze verklaringen kunnen gedurende de opleiding worden verkregen, tijdens een vervolgopleiding of op een ad-hoc basis. In tegenstelling tot wat vroeger vaak werd gedacht hoeven bekwaamheidsverklaringen niet te verdwijnen onder het regime van de Wet BIG. Zeker in grote instellingen, waar bijvoorbeeld artsen niet op de hoogte zijn van bekwaamheden van de vele medewerkers, blijven zij een functie vervullen" (p.4).<sup>2</sup>*

Deze uitspraak brengt mij tot de volgende vragen: Hoe had mijn collega zich moeten vergewissen van de bevoegdheid en deskundigheid van de zorgmedewerker? En was dit wel haar taak? De zorgmedewerker handelde immers zonder opdracht.

Mijn collega is in de rouw. Zij doorloopt de stadia zoals beschreven door Elisabeth Kübler Ross (1969), Zwitserse psychiater die baanbrekend werk heeft verricht met betrekking tot de benadering van het stervensproces. Kübler Ross beschreef vijf stadia van rouwverwerking, namelijk: ontkenning, protest, onderhandelen, depressie en uiteindelijk aanvaarding.<sup>3</sup> Mijn collega bevindt zich nu in de stadia protest, onderhandelen en depressie.

De betreffende koepel laat niets van zich horen. Dit is niet vreemd. Collectieve ontkenning van wat zich daadwerkelijk op de werkvloer afspeelt is voor managers gemeengoed. Een verklaring zou kunnen zijn dat zij blijven steken in het stadium ontkenning. Dat is misschien maar goed ook, want:

*"De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg."<sup>4</sup>*

Ik ben in de war.

Als ik mij, houdend aan de uitspraak in de nota Medische Verslaglegging (2009), dagelijks moet vergewissen van de bekwaamheid en deskundigheid van zorgpersoneel waarnaar ik verwijs, dan zal mijn rol als arts drastisch veranderen.

Ik stel mij voor dat ik bij het geven van een opdracht aan een zorgmedewerker, bijvoorbeeld het meten van de bloedsuiker, eerst vraag naar bekwaamheid en deskundigheid. Indien daar sprake van is dan wil ik dit bevestigd zien door identiteitspapieren en gewaarmerkte diploma's. Als deze papieren en diploma's mij getoond worden, zal ik mij ongerust afvragen of de desbetreffende zorgmedewerker zelf geen slachtoffer is geworden van een niet vergewiste bekwaamheid of deskundigheid tijdens de opleiding. Wanneer ik deze ongerustheid kan bedwingen, en de getoonde bewijzen mij kunnen overtuigen, kan de zorgmedewerker overgaan tot het uitvoeren van de opdracht. Als de zorgmedewerker zonder opdracht een bloedsuiker meet zal ik, voordat ik de uitkomst accepteer, dezelfde procedure volgen. Ik hoop dan niet dat bij klachten van zorgmedewerkers over deze procedure mijn handelswijze getoetst gaat

worden bij de tuchtraad. Mijn collega houdt zich staande, ik dan niet meer.

## LITERATUUR

1. Verenso, (2009), *Medische verslaglegging: dossiervoering door de specialist ouderengeneeskunde* pp. 4 in: 'Helderheid over verantwoordelijkheid: verantwoordelijkheid in medische zorg, in relatie tot verantwoorde zorg' Utrecht: Verenso.
2. Legemaate J, Dute JCJ, Kastelein WR, Rees GPM, Veen EB van, (2010) 'Deel 1 Over De Wet BIG' p. 19- 83 in: *Beroepenwetgeving gezondheidszorg*. Houten: Bhan Stafleu van Loghum uitgeverij.
3. Kübler Ross E, (1969). *On Death and Dying*. New York: Touchstone.
4. 'Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996), Hoofdstuk II, Artikel 3 [http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum\\_17-03-2011](http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_17-03-2011), geraadpleegd op 10-11-2011.

Correspondentieadres  
ihoekstra@cordaan.nl

# Reactie op ingezonden brief

Drs. Robert Helle, specialist ouderengeneeskunde en jurist

De redactie heeft mij verzocht bij de ingezonden brief een commentaar te schrijven. Aangezien de tuchtrechter zich nog over de ingediende klacht moet uitspreken zal ik alleen ingaan op de vraag die door collega Hoekstra wordt gesteld: wanneer en op welke wijze moet een specialist ouderengeneeskunde zich vergewissen van de bekwaamheid van andere medewerkers?

In de brief wordt de meest belangrijke regel al genoemd: zowel de specialist ouderengeneeskunde als ook de instelling zijn verantwoordelijk voor de wijze waarop de medische zorg is georganiseerd en daadwerkelijk wordt geboden.

Kort samengevat:

- a de specialist ouderengeneeskunde is zelf verantwoordelijk voor de eigen praktijkvoering en de wijze van doorverwijzen;
- b ook de instelling is verantwoordelijk voor de medische praktijkvoering en dient tevens zorg te dragen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling en inzet van middelen dat er verantwoorde zorg (redelijkerwijs) geboden wordt.

## SAMENHANG VERANTWOORDELIJKHEDEN INSTELLING EN SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE

In de brief komt een belangrijk punt aan de orde: op welke wijze sluiten de verantwoordelijkheden van de instelling en de specialist ouderengeneeskunde op elkaar aan en voldoet het geheel aan de norm van verantwoorde en professionele zorg?

Wat mag de specialist ouderengeneeskunde verwachten van een instelling en wat mag de instelling van een specialist ouderengeneeskunde verwachten?

Van een behandelend arts mag verwacht worden dat deze de eigen werkzaamheden goed organiseert. Als dat binnen een instelling niet lukt, dient de arts aan de bel te trekken. Enkele voorbeelden zijn: de huisarts is verantwoordelijk voor goede instructie van de praktijkassistente en het nakomen van de instructies, de specialist (uroloog) mag niet akkoord gaan met een te krap geplande tijd voor een spreekuur en de psychiater, die wist, dat een deel van de pogingen hem telefonische te bereiken niet 'doorkwamen', had dit moeten (laten) verbeteren. De specialist ouderengenees-

kunde die wist dat de personele bezetting onvoldoende was, had zijn werkwijze (controles) moeten aanpassen.

De in de wet BIG opgenomen regeling ‘voorbehouden’ handelingen gaat uit van een één op één relatie, waarbij de arts (opdrachtgever) zich vergewist van de bekwaamheid van de opdrachtnemer en de opdrachtnemer zich af dient te vragen of hij of zij zich voldoende bekwaam acht.

Zoals in de brief al duidelijk is gemaakt, is bij grotere instellingen de controle van de bekwaamheid door de individuele opdrachtgevers (artsen) natuurlijk praktisch niet mogelijk. Dit wordt opgelost door het overnemen van deze taak van de opdrachtgever door de instelling. Voor risicovolle handelingen wordt meestal een vergelijkbare werkwijze gehanteerd. Voor beide categorieën handelingen worden dan samenhangende afspraken gemaakt over: hoe wordt de bekwaamheid en de uitvoering van de afspraken geborgd, hoe de opdracht te verstrekken, wie mag de handeling uitvoeren, wanneer en op welke wijze vindt terugrapportage plaats, etc. Dergelijke afspraken kunnen worden aangevuld met algemene geprotocolleerde afspraken omtrent de zorg bij cliënten met een specifieke ziekte, zoals D.M.

## VERTROUWEN EN BORGING

Het binnen één organisatie bieden van medische zorg vergt dus goede afstemming tussen de specialisten ouderengeneeskunde en de instelling. Startpunt daarbij is dat met wederzijdse instemming (artsen en bestuurder) voldoende afspraken zijn gemaakt.

Van de instelling mag verwacht worden, dat deze dan ook zorgdraagt, dat de gemaakte afspraken rond de praktijkvoering worden nageleefd (borging). De instelling dient risico's te signaleren, zo mogelijk tijdig maatregelen te treffen en deze te bespreken met de artsen.

Van de artsen wordt verwacht dat deze actief problemen en risico's signaleren en met de instelling te bespreken; zo nodig dient de arts tijdelijk maatregelen te nemen.

De meeste huidige zorginstellingen exploiteren een volwaardig medisch bedrijfsonderdeel. De formatiegrootte van artsen binnen de wat grotere zorginstellingen bedraagt al gauw 5 tot 20 fulltime plaatsen. Dit is te vergelijken met één tot vijf grotere huisartsgroepspraktijken. Worden de tientallen therapeuten, psychologen etc. meegerekend, dan past daar het beeld bij van meerdere gezondheidscentra.

Een dergelijke schaalgrootte vraagt een aparte oplossing voor de wijze waarop de instelling afspraken maakt met de artsen over de verantwoordelijkheidsverdeling rond de praktijkvoering. Ook het overleg en afstemming tussen de artsen onderling vergt bij een grotere organisatie andere afspraken.

Daarnaast bestaat binnen grotere organisaties een grotere kans dat een bedrijfsonderdeel veranderingen doorvoert, zonder zich bewust te zijn dat deze ook bijvoorbeeld de medische praktijkvoering raken.

Bij de besturing van de medische praktijken binnen zorgorganisaties dient er naar mijn mening meer interactie te komen tussen de instelling (bestuurder) en de daar werkzame artsen. Dit vergt onder andere een regelmatig gestructureerd contact tussen de artsen onderling en met de bestuurder.

Voor de hand liggende oplossingen bieden structuren als een vakgroep (of medische staf) met bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Het toekennen van voldoende bevoegdheden aan een medisch eindverantwoordelijke ter borging van de kwaliteit van de medische zorg in brede zin. Een professioneel statuut kan dienen om ieders rol te vast te leggen en te verduidelijken

Nog belangrijker dan de genoemde structuren is het besef bij zowel de specialist ouderengeneeskunde als de instelling dat er, om een goede en veilige medische zorg te bieden, een actief samenspel nodig is tussen artsen en verschillende andere onderdelen van de instelling.

Helpt dit om fouten en incidenten uit te bannen?

Neen, maar het helpt wel om vroegtijdig expliciet overleg te voeren over de wijze van medische dienstverlening en de kwaliteitsbewaking in brede zin. Het helpt ook om alle gelegingen alert te houden, dat het veel aandacht vergt om binnen een zorgorganisatie verschillende diensten te bieden, variërend van huishoudelijke hulp, (aangepast) wonen, verzorging en verpleging en een volwaardige medische organisatie.

Correspondentieadres  
R.Helle@vivazorggroep.nl

# Het appèl

Jacobien Erbrink

Negen uur, visite op de PG. Peter keek zoekend om zich heen. Een keurig gedekte ontbijttafel, de geur van verse koffie, maar geen mens te zien. Hij hoorde fluitmuziek. Weer eens wat anders dan André Rieu. Uit de kamer van mevrouw Wilberdink kwam geluid. De deur stond open, voorzichtig keek hij om de hoek. Mevrouw Wilberdink zat in haar luie stoel bij het raam samen met zuster Frieda naar een foto te kijken. Ze had gehuild. 'Je komt als geroepen', liet Frieda weten. Ze hield de foto voor hem op. Een jonge meneer Wilberdink keek hem aan, met pijp en brillantine, in stemmig zwartwit uitgevoerd. 'Mevrouw Wilberdink mist haar man elke dag, ze wil heel graag naar hem toe', vervolgde Frieda, 'ze is klaar met dit leven, hè?' Frieda keek mevrouw Wilberdink aan en legde geruststellend een hand op haar arm. 'Dokter Prins weet ervan, hoor, hij gaat u daarmee helpen!'

Peter staarde haar aan. Hij dacht even dat hij het niet goed gehoord had. Mevrouw helpen? Met wat? Met een enkele reis naar haar overleden man?? Mevrouw Wilberdink keek hem verwachtingsvol aan. Het zweet brak hem uit onder die blik. 'Laten we het er eerst maar eens goed over hebben', bracht hij uit, 'ik kom dadelijk terug'. Hij knikte de beide dames toe, hopen dat ze nu niet aan zouden dringen, en verliet haastig de kamer, naar het zijje achter in de woning. De fluitmuziek achtervolgde hem. Hij ademde langzaam uit en schudde zijn hoofd. Hij kon niet geloven wat hem zojuist gevraagd was.

'Dokter Prins?'

Geschrokken keek hij op. In de deuropening van Ties den Braber stond een vrouw. Ze wenkte hem. Ties was ziek geweest de afgelopen week, Peter had het dossier nog niet gelezen en wist nog niet hoe het er nu voor stond. Hij stapte met zijn tas naar binnen. Er hing een zware bloemenlucht in de kamer. Lelies, zag hij. Een enorme bos stond op de tafel naast Ties zijn bed. Ties zelf zat rechtop in de kussens en stak zijn hand op. 'Goedemorgen Ties, je ziet er een stuk beter uit dan vorige week', groette Peter. Hij gaf de vrouw een hand. 'Marlies den Braber', zei ze, 'ik ben de dochter van Ties'. Peter knikte. De vrouw bleef zijn hand vast houden en keek hem tamelijk intens aan. 'En zijn mentor.'

Peter trok schielijk zijn hand terug. Waarom zei ze dat? Het klonk bijna dreigend. Hij vond het al voldoende dat zij de dochter van Ties was, meer hoefde ze wat hem betreft niet te zijn om haar aanwezigheid in die kamer te legitimeren. Terwijl hij zijn tas op de tafel zette om de stethoscoop er uit te pakken, hoorde hij weer die fluitmuziek. Een slepende



melodie in mineur. Hij werd er een beetje gespannen van. Waarom stond die stereo toch zo idioot hard? Naast hem bladerde de dochter van Ties in het dossier. Ze sloeg de pagina met beleidsafspraken open en legde haar hand erop. 'Hier willen we het graag nu met u over hebben', kondigde ze aan. Peter keek nog eens goed. Er was geen twijfel mogelijk, haar hand lag op een euthanasieverklaring. Peter voelde zich overvallen. Ties een euthanasieverklaring? Daar wist hij niks van! Vanuit het bed keek Ties met vriendelijke ogen naar hem op. 'Dokter', fluisterde hij, en greep met zijn beide handen de hand van Peter vast, kneep er zachtjes in. 'Dokter', herhaalde hij, terwijl hij Peter dringend aankeek. 'Het is tijd.'

Peter verstijfde. De euthanasieverklaring, de dochter die ook mentor was, Ties die hem in een houdgreep hield en zei dat het tijd was. Het was maar al te duidelijk wat hier de bedoeling was. Dat besef maakte hem acuut misselijk, de fluitmuziek vulde gonzend zijn oren, de zware lucht van lelies benam hem de adem. Hoe kon hij hier aan ontsnappen? Zwetend sloot hij zijn ogen en wenste hevig dat hij flauw zou vallen.

'Het is tijd', hoorde hij naast zich. Een bekende stem. Niet die van Ties. Zijn hart bonkte in zijn keel. Was hij flauw gevallen? Waar was hij?

'Peter, toe nou, het is zeven uur geweest', drong de stem aan, 'je moet opstaan, heb je de radio niet gehoord?'

Het was de stem van Peterien! Hij lag gewoon in zijn eigen bed met zijn eigen vrouw naast zich! Onstuimig pakte hij haar beet. 'Goddank!', riep hij haar toe en zijn stem sloeg over van opluchting, 'ik hoef niemand te euthanaseren vandaag!'

Hij voelde zich de gelukkigste man op aarde.

Correspondentieadres  
j.erbrink@vanneynsel.nl

AMUSE

# Verenso-werkbezoek Berlijn, 26-29 oktober 2011

Drs. Nienke Nieuwenhuizen, specialist ouderengeneeskunde

“Sind Sie Alle Niederlander? Willkommen!!!” De 90-jarige verpleeghuisbewoner Herr Dobel heet ons hartelijk welkom. Herr Dobel begint gelijk een vlammend betoog over hoe belangrijk het is dat Duitsland en Nederland samenwerken. Wir sind doch ein Europa!! Als burens zijn we verplicht om bij elkaar langs te gaan, met elkaar te praten en van elkaar te leren. Wij zijn blij dat we Herr Dobel treffen op zijn heldere moment!

Marijke van der Vaart, specialist ouderengeneeskunde, is onze contactpersoon in Berlijn. Zij werkt daar als arts en ervaart dagelijks grote verschillen tussen Duitsland en Nederland in de zorg voor kwetsbare ouderen. Ondanks een aantal initiatieven om de zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren, is het nog erg moeilijk om die zorg te stroomlijnen. De Duitse artsen hoorden van Marijke over ons specialisme ouderengeneeskunde en werden nieuwsgierig. Vorig jaar kwamen ze bij ons op bezoek. Dit jaar werden we uitgenodigd voor een tegenbezoek. Graag deel ik onze ervaringen en zal ik de opvallendste verschillen beschrijven.

## GEEN POORTWACHTER

Er bestaat in Duitsland geen eerste en tweede lijn. De huisarts heeft een vijfjarige opleiding genoten en werkt voor het grootste deel als een soort internist met een vaste groep patiënten, waarbij veel diagnostiek kan en wordt ingezet. Toen ik aan Frau Jordan (zelf hausartz geweest) vroeg wat dan precies het verschil was tussen een ambulante werkende internist en een huisarts moest ze enkele seconden nadenken voordat ze antwoordde: “eigentlich nichts”.

In het ziekenhuis werken ziekenhuisartsen die hoogwaardige medische zorg bieden en die natuurlijk patiënten kunnen opnemen in hun ziekenhuis. Alle specialisten zijn ook ambulante werkzaam. Alle artsen zijn vrij toegankelijk. De patiënt kiest waar hij heen wil.

De Duitse burger maakt graag gebruik van de artsen. Gemiddeld bezoekt een Duitser 18 keer per jaar een dokter. Een 65-plusser bezoekt zelfs 36 keer per jaar een arts!

## GEEN NUMERUS FIXUS

Er is geen numerus fixus op de opleiding. Als je hard werkt en niet zeurt kan je specialiseren in elke richting. Het teveel aan ziekenhuisartsen gaat ambulante werken en moet een plekje veroveren op de ‘markt’. Vandaar de vele verschillende artsen die ambulante een rugpoli, menopauzepoli, hoestpoli of andersoortige poli oprichten.



## GEEN KETENZORG

Ziekenhuisartsen, specialisten en huisartsen hebben weinig tot geen contact met elkaar. Er is geen uitwisseling van informatie en al zeker geen transmurale of ketenzorg. Om nog maar te zwijgen over het elektronisch patiënten dossier.

## GEEN SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE

De verpleeghuizen vallen onder de ‘Pflegeversicherung’. Zorg en behandeling zijn volledig gescheiden. De patiënt, familie of verpleging kunnen een arts vragen om langs te komen, of zelf een arts gaan bezoeken. Er lopen dus veel verschillende dokters rond in de verpleeghuizen (een beetje zoals onze (oude) verzorgingshuizen). Een enkel verpleeghuis heeft een vaste arts, wat als een verrijking wordt ervaren.

Bij problemen worden bewoners ingestuurd naar het ziekenhuis. Wat ‘problemen’ zijn wordt niet helemaal duidelijk, maar het lijkt er toch wel op dat de drempel om iemand naar het ziekenhuis te sturen erg laag is. Palliatieve zorg in het verpleeghuis is nog onvoldoende ontwikkeld waardoor veel bewoners overlijden in het ziekenhuis. Ademsnood op het sterfbed is bijvoorbeeld een probleem waarvoor iemand toch naar het ziekenhuis zal worden gestuurd, alwaar de focus ligt op cure.

Een ander opvallend verschil is dat de verpleeghuizen in Duitsland nog relatief weinig psychogeriatrische afdelingen hebben. Op dit moment zijn er wel initiatieven om de zorg voor psychogeriatrische patiënten meer te clusteren en ontstaan er her en der ook kleinschalige woonvoorzieningen. Maar door de federale regeringsstructuur is er veel



verschil in de organisatie van de gezondheidszorg binnen Duitsland. Berlijn lijkt een voorloper op het gebied van geriatrie en zorg voor ouderen.

## IN DUBIO PRO VITA

Het gesprek met de Duitse artsen en juristen over wilsverklaringen en advanced care planning verliep op zijn Nederlands. Direct en confronterend. Wij Nederlanders stelden kritische vragen en gaven suggesties voor verbetering en waarom het toch zo belangrijk is het levenseinde bespreekbaar te maken. De Duitse artsen reageerden op zijn Duits; beleefd, vriendelijk en open. Er is, ook bij de Duitse artsen en de Duitse burgers, een verandering gaande. Er komt langzaam ruimte om de beperkingen van de geneeskunde niet alleen te erkennen, maar ook bespreekbaar te maken. Echter, door de historie van Duitsland is die verandering langzaam. De historie, en met name dan de erfenis van de tweede wereldoorlog, maakt dat de moderne Duitser uiterst voorzichtig opereert op het gebied van leven en dood. Zij zijn zich ten volle bewust van de glijdende schaal en vervaagende grenzen als het gaat om de discussie over zinvol en/of waardevol leven. Hun uitgangspunt is; in dubio pro vita. Uiteraard gaven deze verschillende inzichten genoeg stof tot discussie.

## GRÜNDLICHKEIT

In de gezondheidszorg en de zorg voor kwetsbare ouderen in Duitsland is nog veel te verbeteren. De Duitsers weten dat en werken eraan. Er zijn natuurlijk ook een heleboel dingen die wij van hen kunnen leren. Zoals de Duitse grondelijkheid. De diagnostiek en behandeling zijn in Duitsland uitstekend. Hier geen kans dat ze je weigeren alleen omdat je oud bent. Of dat ze snel zullen zeggen dat je het even aan moet kijken. Documenteren, rapporteren en standaardiseren, dat kunnen ze hier goed. Als je hier vraagt om een bloeddruk dan weet je zeker dat je een bloeddruk krijgt. Zittend en staand, op drie verschillende momenten. De Duitse artsen zijn allemaal goed op de hoogte van de financieringsstructuur en kunnen veel data produceren. Wie doet wat, waarom en wat kost het. Dat wat ze doen, doen ze

goed, zorgvuldig en onderbouwd. Geen gedoogbeleid, geen 'ongeveer' of 'ja maar'. Hier streven ze naar eenheid en eenduidigheid. En dat duurt soms lang.

## BERLIJN

Zo dichtbij en toch zo anders. Dat is iets dat me is bijgebleven van het bezoek. Berlijn heeft mijn hart gestolen. Het is een stad vol geschiedenis en cultuur. Vol met imposante architectuur, modern en oud. Cultuur is belangrijk en vanzelfsprekend. De geschiedenis is nog maar zo kort geschiedenis dat je die voelt, ervaart en beleeft vanaf het moment dat je voet zet in Berlijn. Nazi Duitsland, maar met name ook de spanningen en verschillen tussen Oost en West zijn tastbaar en overal aanwezig. Maar met cultuur en kunst zoekt Berlijn een weg naar eenheid en vooruitgang. En dat lukt ze. Ik ga zeker nog een keer terug om meer van Berlijn te zien en ervaren!

## GASTFREUNDSCHAFT

De gastvrijheid was groot. We hebben veel gezien, mochten overal kijken en kregen antwoord op al onze vragen, hoe direct ook. We werden rondgeleid door vriendelijke collega-artsen. Het programma was afwisselend, van goed niveau en interessant. En overal was drinken, taart en vers fruit. Verenso heeft ons bij elkaar gebracht. Marijke heeft ons fantastisch geholpen bij de voorbereidingen en ons wegwijs gemaakt in Berlijn. Verder heb ik genoten van het contact met de andere leden van de groep. Ik heb weer nieuwe collega's leren kennen en ook na het programma hebben we een leuke tijd gehad. Met als belangrijk uitgangspunt: vrijheid, blijheid. Er ontstonden tijdens de avondmaaltijd (trouwens heel goedkoop in Berlijn!) veelvuldig interessante discussies. Iedereen hartelijk bedankt voor een fantastisch werkbezoek. Over 2 jaar weer? Oslo? Wenen? Parijs?

Correspondentieadres  
n.nieuwenhuizen@vumc.nl

# New in Old,

## multidisciplinair geïntegreerd zorgmodel in verzorgingshuizen

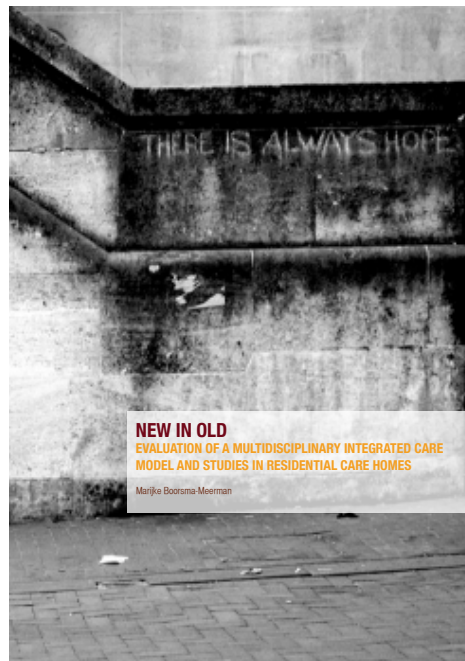
Drs. Aafke de Groot, *specialist ouderengeneeskunde*

Op 20 januari verdedigde Marijke Boorsma-Meerman, specialist ouderengeneeskunde en eerder ook huisarts, haar proefschrift aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Zij richtte een cluster gerandomiseerde gecontroleerde studie (462 deelnemers) naar het gebruik van een multidisciplinair geïntegreerd zorgmodel in verzorgingshuizen. Het model is gebaseerd op de uitgangspunten van het chronische zorgmodel van Wagner en omvat een driemaandelijke beoordeling van de bewoners met behulp van het voor de langdurige zorg ontwikkelde Residents Assessment Instrument (inter RAI LTCF, applicatie RAI-view).

De probleemsignaleringen die hiermee door de verzorgenden verkregen worden zijn gekoppeld aan protocollen, en aan de hand hiervan kan de verzorgende met de bewoner en diens familie een zorgplan opstellen. Het zorgplan wordt besproken met de huisarts en zorgacties worden in gang gezet. Bovendien worden ouderen met complexe zorgvragen regelmatig in een MDO met de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde besproken.

Met dit model wordt beoogd de verzorgenden meer handvatten te geven om problemen bij hun complexe bewoners te signaleren, de bewoner volledig in kaart te brengen en de zorgproblemen in een efficiënt bespreekmodel met de huisarts aan te pakken. Uit haar onderzoek, uitgevoerd in Noord-Holland, blijkt dat de zorg aan de ouderen in de interventiegroep op tal van kwaliteitscriteria significant hoger ging scoren. Bovendien bleek de werkwijze nauwelijks duurder dan 'standaardzorg'. Ten slotte waren zowel bewoners als verzorgenden en de huisartsen uit de interventiegroep meer tevreden over de verleende zorg. In haar met mooie foto's geïllustreerde boekje wordt ook ingegaan op het voorkomen van depressie en delier bij de onderzochte verzorgingshuisbewoners. Deze gegevens werden gedestilleerd uit de verzamelde RAI-data.

In haar proefschriftbespreking, voorafgaande aan de verdediging, gaf Marijke Boorsma aan dat de methode van werken met RAI-view goed in gebruik is genomen bij de teams van verzorgenden en wordt voortgezet na beëindiging van de studie. Het had haar aanvankelijk veel moeite gekost om het (wisselende) management van de zorginstellingen overtuigd te krijgen van de noodzaak ervan, maar dit resultaat laat zien dat de aanhouder wint. De studie is inmiddels in NPO-verband uitgebreid naar thuiswonende ouderen met



complexe zorgvragen. Ook die vervolgstudie wordt uitgevoerd in Noord-Holland.

De commissie van opposanten feliciteerde haar en haar promotoren met het bereikte resultaat. De commissie stelde haar vervolgens een aantal behoorlijk kritische en soms lastig te beantwoorden vragen, die soms ook wel 'buiten het boekje' gingen. Is de gebruikte RAI-vragenlijst wel geschikt om te gebruiken als geriatric assessment methodiek bij ouderen met complexe problematiek? Waarom is dit instrument voor deze studie gekozen en moet het nu overal ingevoerd worden? (Bij deze vraag veerde copromotor Dinus Frijters op.) Stemmen de gevonden incidentiecijfers over depressie overeen met prevalentiestudies die elders lopen en hoe kunnen huisartsen geholpen worden om te differentiëren tussen verschijnselen van depressie bij zeer oude mensen en stemmings- of gedragssymptomen toegeschreven aan dementie of cognitieve achteruitgang, waarbij de depressie ongediagnosticeerd blijft? Hoogleraar ouderengeneeskunde Wilco Achterberg bekritiseerde de (overal) gebruikte kwaliteitscriteria voor de zorg, die mogelijk niet valide zijn voor het aantonen van kwaliteitsverbetering, ook niet in deze studie. Verder werd aandacht besteed aan de bevinding dat de kwaliteit van zorg in de interventiegroep opmerkelijk verbeterde, maar helaas niet de door de patiënten ervaren kwaliteit van leven.

De promovenda legde uit dat de onderzoeksgroep bestaat uit hoogbejaarde mensen, wonend in zorgcentra en medeels met cognitieve achteruitgang en multimorbiditeit. Hoewel de zorg verbetert door de onderzochte interventie, is te verwachten dat in een follow-up van zes maanden meestal toch achteruitgang van levenskwaliteit wordt gemeten. Ten slotte werd gevraagd welke voor- en nadelen er kleven aan het aanstellen van een vaste arts voor het verzorgingshuis, in plaats van het werken met vele huisartsen zoals nu meestal het geval is.

De promovenda stelde dat het belangrijk is dat de arts die deze zorg op zich neemt in ieder geval 'hart heeft voor ouderen'. Er worden inmiddels huisartsen opgeleid met expertise in de ouderenzorg. Bovendien kan gebruik gemaakt worden van de specialist ouderengeneeskunde als consultant. Het past niet bij de beroepsopvatting van huisartsen

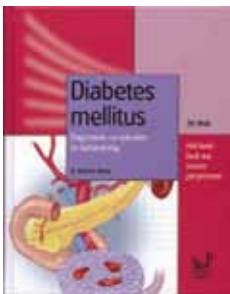
om ouderen los te laten uit hun zorg, enkel omdat ze 'tussen andere muren' zijn gaan wonen. Huisartsen willen hun ouderen in de praktijk houden en hen goede medische zorg leveren.

Na het uitreiken van de bul werd Marijke Boorsma feestelijk en persoonlijk toegesproken door haar promotor en voormalig collega uit de huisartsenpraktijk Chiel Nijpels. Hij beschreef haar veelkleurige carrière, brede interesse en energieke werkwijze waarop een geanimeerde borrel volgde. Het was een leuke middag.

Correspondentieadres  
aj.degroot@vumc.nl

## Diabetes mellitus, nieuwe inzichten en behandelopties

Martin van Leen



Auteurs: A. Kooy  
Aantal pag: 95  
Uitgeverij: Springer  
ISBN: 978 93 137 434 2  
Prijs: € 19,95  
Aantal sterren: 4

Na een inleiding over diabeteszorg en epidemiologie volgt in hoofdstuk 3 een duidelijke uitleg, ondersteund met kleine tabellen en goed leesbare figuren, van de nieuwe inzichten van de rol van darmhormonen uit duodenum (GIP) en ileum/colon (GLP-1) op werking van insuline en de veranderingen in de lipolyse. Na lezing van dit hoofdstuk begrijpt men de keuze van de 2e lijn aangaande medicatie. In onze recent verschenen richtlijn 'Diabetes bij kwetsbare ouderen' wordt wel al melding van deze medicijnen gemaakt

maar wordt terughoudendheid geadviseerd. Hoofdstuk 5 beschrijft de wijzigingen in de tijd waarom de wijzigingsbehoefte aan medicatie is gebouwd. Hoofdstuk 6 en 7 gaan over 'oude' en 'nieuwe' behandelopties, inclusief een korte analyses van beschikbaar gekomen literatuur. In hoofdstuk 9 wordt de relatie tussen diabetes en de verschillende vormen van kanker beschreven. Voor uitleg aan cliënt/vertegenwoordiger is dit hoofdstuk een goed hulpmiddel. Het boekje (15-12 cm) wordt afgesloten met een hoofdstuk over toekomstperspectieven, waaronder een behandelingschema dat in 2015 wel eens realiteit zou kunnen zijn, als er meer studies beschikbaar komen over morbiditeit en mortaliteit bij nieuwere behandelstrategieën. Al met al dus een aanrader.

Correspondentieadres  
m.vanleen@avoord.nl

# Samenwerking in universitaire netwerken

Drs. Lizette Wattel, dr. Ruth Veenhuizen, dr. Els Derksen, dr. Betsie van Gaal, drs. Monique Caljouw

'Het verbinden van wetenschap en praktijk in de ouderengeneeskunde', dat is de belangrijkste doelstelling van de drie universitaire netwerken rondom de afdelingen ouderengeneeskunde van het UMC St. Radboud, het LUMC en het VUmc.<sup>1</sup> Deze netwerken beogen de zorg en behandeling aan cliënten in de verpleeg- en verzorgingshuizen beter te onderbouwen en te verbeteren.

Professionals dragen multidisciplinair bij aan wetenschappelijk onderzoek en hebben een snellere toegang tot onderzoeksresultaten. Op deze manier spelen specialisten ouderengeneeskunde uit deze zorginstellingen een voortrekkersrol in het onderbouwen van hun vakgebied.

In deze nieuwe rubriek in het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde wordt u op de hoogte gehouden van de activiteiten van deze netwerken. Het is de bedoeling om in elk nummer een aantal projecten toe te lichten op het gebied van onderzoek, deskundigheidsbevordering en verbetering van de praktijk. Ook stellen we in elk nummer een specialist ouderengeneeskunde in de gelegenheid iets te vertellen over de deelname aan een van deze netwerken. In deze eerste rubriek vindt u vooral meer informatie over de netwerken zelf en krijgt u een indruk van de projecten die worden uitgevoerd.

## ORGANISATIE

Er zijn drie netwerken: het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON), het Universitair Verpleeghuisnetwerk Zuid-Holland (UVN-ZH) en het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO-VUmc). Elk netwerk heeft een samenwerkingsovereenkomst met verschillende zorginstellingen. In veel gevallen betreffen dit koepelorganisaties maar er zijn ook individuele verpleeghuizen die deelnemen. In elk van de deelnemende instellingen zijn multidisciplinaire 'wetenschapscommissies' actief. De voorzitters van deze commissies vormen de stuurgroep van elk netwerk. Binnen de stuurgroepen wordt het beleid van de netwerken bepaald en hiermee hebben de zorginstellingen rechtstreeks invloed op de agenda van het netwerk.

Op een aantal punten komt de organisatie van de drie netwerken overeen, maar er zijn ook verschillen. Zo richt het UVN-ZH zich vooral op zorginhoudelijk onderzoek en het bevorderen van een wetenschappelijk onderzoeksklimaat in de zorginstellingen, terwijl het UKON en UNO-VUmc naast onderzoek hun focus ook richten op deskundigheidsbevordering en praktijkverbetering. Er zijn overeenkomsten in thema's, maar ook duidelijke verschillen.

## ONDERZOEK

De onderzoeksprojecten zijn praktijkgericht en beogen resultaten op te leveren die bruikbaar zijn in de dagelijkse praktijk, zoals bijvoorbeeld een nieuwe interventie of een zorgprogramma. De thema's voor deze onderzoeken worden deels aangeleverd vanuit de praktijk en deels sluiten de netwerken zich aan bij onderzoeken van de afdeling ouderengeneeskunde. Een voorbeeld van een onderzoeksvoorstel dat vanuit de zorginstellingen is geïnitieerd is het Castilononderzoek dat binnen het UNO-VUmc wordt uitgevoerd. Vanuit de UNO-instellingen werd aangegeven dat er behoefte was aan een zorgprogramma voor mensen die door een CVA blijvend in het verpleeghuis worden opgenomen. Binnen het VUmc is er een onderzoeksproject van gemaakt dat is besproken binnen de stuurgroep van het UNO-VUmc. Onderzoeker Suzanne van Almenkerk is inmiddels klaar met de dataverzameling en werkt nu aan het zorgprogramma.

Het onderzoek is mogelijk doordat de zorginstelling waar de onderzoeker werkt (Zorgcombinatie Nieuwe Maas) haar gedeeltelijk heeft vrijgesteld van haar werkzaamheden als logopedist. Deze laatste ondersteuning aan 'eigen' onderzoekers wordt binnen de netwerken ook door andere instellingen gegeven. Een voorbeeld hiervan binnen het UKON is de studie van Rogier van Deijck van De Zorggroep, die een onderzoek uitvoert naar palliatieve sedatie in het verpleeghuis.

Een voorbeeld van een onderzoek dat geïnitieerd is vanuit de onderzoekslijn 'Geriatrics in Primary Care' van de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde waaraan het UVN-ZH heeft deelgenomen, is het CRANBERRY-onderzoek. Binnen dit onderzoek is de vraag beantwoord of het gebruik van cranberrycapsules urineweginfecties bij verpleeghuisbewoners kan voorkomen. De resultaten van dit onderzoek worden binnenkort gepubliceerd.

Hiernaast worden de deelnemende instellingen ook ondersteund bij het initiëren van eigen onderzoeksprojecten door inhoudelijke ondersteuning bij de opzet en uitvoering van het onderzoek, toegang tot de universiteitsbibliotheek en statistische ondersteuning bij de analyse van de onderzoeksdata.



## DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

Door de netwerken worden diverse wetenschappelijke en thematische scholingen georganiseerd voor verschillende doelgroepen.

De wetenschappelijke scholingen gaan bijvoorbeeld over evidence-based medicine en het kritisch lezen van literatuur, en richten zich op hoger opgeleiden. De thematische scholingen kennen verschillende doelgroepen. Het UNO-VUmc organiseert jaarlijks een bijeenkomst waarop onderzoeksideeën en –resultaten worden gepresenteerd en bediscussieerd.

Daarnaast organiseren zowel het UKON als het UNO-VUmc jaarlijks een multidisciplinair symposium voor hun leden. Naast de presentaties van onderzoeksresultaten zijn er ook praktijkgerichte workshops waarin medewerkers uit de instellingen een project kunnen presenteren. Het UVN-ZH organiseert jaarlijks themamiddagen voor de wetenschappelijke onderzoekscommissies.

Het UKON heeft tenslotte een digitale omgeving ontwikkeld, waarop kennis gedeeld kan worden door medewerkers van het UKON. In samenwerking met de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen ontwikkelen studenten als afstudeerproject inhoud voor dit zogenaamde Kennisplein. In deze e-learning modules is actuele kennis vertaald naar onze sector en ook toegesneden op de zorgprofessionals in de ouderenzorg. Een voorbeeld is een e-learning module slikken en slikstoornissen op twee niveaus: voor verzorgenden en voor logopedisten.

## VERBETERING VAN DE PRAKTIJK

De activiteiten die verbetering van de praktijk beogen zijn enorm gevarieerd. Het gaat hierbij om de uitwisseling en ontwikkeling van best practices, het bieden van kennis over implementatie of het bieden van ondersteuning bij de implementatie.

Het UKON en UNO-VUmc hebben beide een project waarin best practices worden ontwikkeld op het gebied van meetinstrumenten. Voor een aantal domeinen is binnen het eigen netwerk een best practice ontwikkeld. Op het gebied van het domein mobiliteit is een gezamenlijk traject afgerond dat heeft geleid tot een set meetinstrumenten en afspraken over het gebruik hiervan: UNCO-MOB. Andere onderwerpen waren stemming, probleemgedrag en cognitie. Na overeenstemming over het gebruik van meetinstrumenten zijn in samenwerking tussen UKON en UNO-VUmc zorgprogramma's ontwikkeld met daaropvolgend twee interventiestudies. Het betreft de zorgprogramma's: 'Doen bij Depressie' (UKON) en 'GRIP op probleemgedrag' (UNO-VUmc).

Binnen het UVN-ZH zal een kennis- en expertisecentrum ontwikkeld worden waarin kennis en ervaringen van netwerkleden over projecten uitgewisseld kunnen worden.

## DE DRIE UNIVERSITAIRE VERPLEEGHUIS-NETWERKEN

Er zijn nu drie universitaire netwerken voor institutionele ouderenzorg. Dit betekent dat ongeveer 40 organisaties in Nederland intensief samenwerken met de universitaire centra om de zorg voor de kwetsbare ouderen beter te onderbouwen en te verbeteren.

Voor meer informatie:

**Amsterdam: Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO-VUmc)**

Coördinatoren: Ruth Veenhuizen & Lizette Wattel

Tel: 020-4449366

Internet: [www.vumc.nl/uno](http://www.vumc.nl/uno)

E-mail: [uno@vumc.nl](mailto:uno@vumc.nl)

**Leiden: Universitair Verpleeghuisnetwerk Zuid-Holland (UVN-ZH)**

Coördinator Monique Caljouw

Tel: 071-5268444

Internet: [www.uvn-zh.nl](http://www.uvn-zh.nl)

E-mail: [m.a.a.caljouw@lumc.nl](mailto:m.a.a.caljouw@lumc.nl)

**Nijmegen: Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON)**

Coördinatoren Els Derksen & Betsie van Gaal

Tel: 024-3668244

Internet: [www.uko-n.nl](http://www.uko-n.nl)

E-mail: [postbusUKON@vphg.umcn.nl](mailto:postbusUKON@vphg.umcn.nl)

1. Omdat bij de UMC's de inbedding van de afdeling verpleeghuisgeneeskunde/ouderengeneeskunde verschillend is georganiseerd, wordt in deze rubriek de term 'afdelingen ouderengeneeskunde' gehanteerd, terwijl dit feitelijk onderdelen zijn van de afdelingen Eerstelijngeneeskunde (UMC St Radboud), Public Health en Eerstelijngeneeskunde (LUMC) en Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde i.o. (VUmc).



Correspondentieadres

[l.wattel@vumc.nl](mailto:l.wattel@vumc.nl)

# Urineweginfecties in een psychogeriatrisch verpleeghuis:

## vaker kweken, minder vaak blind behandelen

Drs. Emmy van Mulligen-van de Belt, AIOS Ouderengeneeskunde, Zonnehoeve, Hilversum

### INLEIDING

Urineweginfecties zijn de meest frequente vorm van infecties binnen het verpleeghuis. Ze zijn verantwoordelijk voor een groot gedeelte van de antibioticacconsumptie.<sup>1</sup> Van een urineweginfectie is sprake wanneer er bacteriurie is (minstens  $10^5$  kolonievormende units/ bacteriën per ml urine) in combinatie met algemene dan wel mictiegerelateerde klachten en wanneer er bovendien tekenen van ontsteking zijn.<sup>2</sup>

Voor psychogeriatrische patiënten geldt dat per jaar 50 van de 100 cliënten een urineweginfectie hebben.<sup>2,3</sup> Asymptomatische bacteriurie (bacteriën in de urine zonder dat er sprake is van symptomen en/of infectie) komt bij verpleeghuisbewoners zonder verblijfskatheter voor bij 17-55% van de vrouwen, 15-31% van de mannen en 100% van de bewoners met een verblijfskatheter.<sup>1,4</sup>

Omdat urineweginfecties in het verpleeghuis zo vaak voorkomen, zijn zij verantwoordelijk voor het frequent voorschrijven van antibiotica. Ook bij asymptomatische bacteriurie worden frequent antibiotica voorgeschreven. Dit is echter onnodig en moet worden voorkomen.<sup>5,6,7</sup> Onderzoek toont aan dat steeds meer bacteriën resistentie ontwikkelen (onder andere door het veelvuldig gebruik van antibiotica) en dat de gevoeligheid van bacteriën voor antibiotica verschilt per locatie/regio.<sup>8,9,10,11</sup>

In het verpleeghuis wordt meestal door een dipstick gekeken naar de aanwezigheid van nitriet en/of leukocyten in de urine en op basis van die uitslag en de aanwezige symptomen/klachten wordt er wel of niet behandeld. Met een dipstick kun je niet de gevoeligheid van bacteriën voor antibiotica bepalen. Gevolg is dat er vaak behandeld wordt zonder dat men zeker weet of de bacterie wel gevoelig is voor het voorgeschreven antibioticum.

Doordat er in de meeste verpleeghuizen alleen kweekuitslagen bekend zijn van een geselecteerde populatie (bij recidiverende infecties, vermoeden van resistentie of de aanwezigheid van een verblijfskatheter), zijn de uit deze urinekweken verkregen gegevens niet representatief voor de gemiddelde verpleeghuisbewoner die een urinewegin-

fectie heeft. Het is niet altijd bekend hoe het resistentiepatroon van de bacteriepopulatie in een bepaald verpleeghuis is. De Richtlijn Urineweginfecties raadt daarom aan om een beter beeld te krijgen van dit resistentiepatroon. Een van de manieren waarop dat kan, is het periodiek insturen van alle urinemonsters bij verdenking van een urineweginfectie.<sup>2</sup> In dit artikel wordt een verslag gedaan van zo'n periodiek onderzoek in verpleeghuis Zonnehoeve. De vraagstelling van het onderzoek was: 'Hoe is het resistentiepatroon bij urineweginfecties bij bewoners (psychogeriatrisch, jongdementerend, mensen met niet-aangeboren hersenletsel) in verpleeghuis Zonnehoeve?'

### PATIËNTEN EN METHODEN

#### Populatie

Verpleeghuis Zonnehoeve (Hilversum) had in die periode een populatie van 150 bewoners (psychogeriatrische, jongdementerende en niet-aangeboren hersenletselpatiënten). In de periode van 1 maart 2009 tot en met 30 juni 2009 werd bij alle patiënten met symptomen die konden wijzen op een urineweginfectie, de urine onderzocht door middel van een dipstick (Combur®, Roche). Indien de nitriet en/of de leukocyten positief waren, werd de urine naar het laboratorium gestuurd om te kweken.

#### Selectie van patiënten

Redenen om urine te stikken konden zowel specifieke urinewegsymptomen zijn zoals dysurie, pollakisurie, strangurie, hematurie als aspecifieke symptomen zoals temperatuursverhoging  $>37,5$ , buikpijn, flankpijn, gedragsverandering. De urine werd onderzocht als de arts op basis van deze symptomen een klinische verdenking had voor een urineweginfectie. Dit is de gangbare praktijk in verpleeghuis Zonnehoeve.

#### Urineonderzoek

De urineafname geschiedde door het opvangen van een gewassen midstream. Indien het opvangen van een gewassen midstream niet mogelijk was, werd er eenmalig gekatheteriseerd. Wanneer de teststrook positief was voor nitriet en/of voor leukocyten, werd een urinekweek afgenomen.

## RESULTATEN

In de onderzoeksperiode werden in totaal 24 positieve dipsticks gevonden. Er werden 24 urinekweken afgenomen. De kweken werden afgenomen bij 17 vrouwen (gemiddelde leeftijd 83 jaar) en één man (leeftijd 72 jaar).

Van de 24 kweken waren er 15 positief (62,5%). De 15 positieve kweken werden verzameld bij 13 verschillende personen (waarvan 1 man). Bij twee positieve kweekmonsters waren twee bacteriesoorten in één portie urine aanwezig. Er werden in totaal dus 17 bacteriesoorten met hun resistentiepatroon gevonden.

Van de 15 positieve urinekweken (17 bacteriën) werd zeven keer een *E. coli* gekweekt (41%), drie keer een *Proteus mirabilis* (18%), twee keer een *Enterococcus faecalis* (12%) en de overige bacteriën werden één keer gekweekt (5 verschillende bacteriën, totaal 30%).

In tabel 2 is de gevoeligheid en resistentie voor de verschillende antibiotica te zien. Alleen de orale antibiotica die volgens het farmacotherapeutisch kompas eerste- of tweede-lijnsmiddelen zijn, staan vermeld.

De effectiviteit van de antibiotica onderling verschilde weinig. Bij blinde behandeling zou een willekeurig oraal anti-

bioticum in 65% van de gevallen van urineweginfectie effectief zijn (negatieve uitzondering: trimethoprim, effectief in 52% van de gevallen).

Voor Amoxicilline waren de meeste bacteriën resistent (in zeven gevallen, 41%), voor norfloxacin, ciprofoxin, en trimethoprim waren de minste bacteriën resistent (in vier gevallen, 24%). Hoewel trimethoprim de minste resistentie (2<sup>e</sup> kolom) heeft, is het toch het minst bruikbaar (1<sup>e</sup> kolom) doordat het niet zo breed werkzaam is.

## DISCUSSIE

### Verwekkers en hun resistentiepatroon

In dit onderzoek werd onderzocht hoe het resistentiepatroon bij urineweginfecties in verpleeghuis Zonnehoeve is en welke verwekkers het meest voorkomen.

De gevonden type verwekkers komen overeen met wat andere studies naar verpleeghuisbewoners aantonen.<sup>3,11</sup> De frequentie van urineweginfecties (30 infecties per 100 PG-bewoners per jaar) is lager dan de frequentie die in sommige andere onderzoeken wordt gevonden.<sup>3</sup>

Bij de meeste antibiotica blijkt er een kans van ongeveer 65% te zijn dat de bacterie die de urineweginfectie veroorzaakt ook daadwerkelijk gevoelig is voor het antibioticum

Patiëntnummer	Geslacht	Gekweekte bacterie	2e Gekweekte bacterie
1	V	<i>Escherichia coli</i> *	
2	V	-	
3	V	<i>Escherichia coli</i>	
4	V	<i>Proteus penneri</i>	
5	V	<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Proteus mirabilis</i>
6	V	<i>Enterococcus</i> soort	
6 (2e kweek)	V	<i>Aerococcus viridans</i>	
7	V	<i>Escherichia coli</i>	
8	V	<i>Proteus mirabilis</i>	
9	V	<i>Escherichia coli</i>	
10	V	<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i> **
10 (2e kweek)	V	<i>Escherichia coli</i>	
10 (3e kweek)	V	-	
10 (4e kweek)	V	-	
11	M	<i>Citrobacter freundii</i>	
11 (2e kweek)	M	-	
11 (3e kweek)	M	-	
12	V	-	
13	V	-	
14	V	<i>Proteus Mirabilis</i>	
15	V	<i>Escherichia coli</i>	
16	V	-	
17	V	-	
18	V	<i>Escherichia coli</i> (ESBL)	

\* Verblijfskatheter  
 \*\* Bij patiënt 10 zouden 2 antibiotica nodig zijn geweest om beide verwekkers te behandelen

Tabel 1. 24 kweekuitslagen van 18 patiënten uit verpleeghuis Zonnehoeve.

(11 van de 17 zijn in vitro gevoelig). Tegen de chinolonen (norfloxacin en ciprofloxacine) was er in Zonnehoeve de minste resistentie. Dit komt waarschijnlijk omdat deze middelen minder frequent worden voorgeschreven dan bijvoorbeeld augmentin of nitrofurantoïne en er dus nog geen resistentie is ontstaan.

Uit dit kleinschalige onderzoek blijkt dat wanneer je een antibioticum geeft zonder eerst te kweken, de kans slechts 65% is dat dit antibioticum ook echt werkzaam is. Als je blind behandelt, wordt 1 op de 3 patiënten dus niet effectief behandeld. In andere verpleeghuizen kan het resistentiepatroon anders zijn dan in Zonnehoeve. Dit is onder andere afhankelijk van welke antibiotica het meest worden voorgeschreven.

#### Negatieve kweken

Van de 24 urinekweken (gebaseerd op een positieve dipstick) bleven er negen negatief. Een verklaring hiervoor is dat urineafname mogelijk niet altijd volgens protocol is gebeurd. Dit is echter een realistische weergave van hoe het er in de verpleeghuispraktijk aan toegaat.

Een andere verklaring voor het grote aantal negatief kweken is dat in dit onderzoek ook werd gekweekt indien alleen de leukocyten positief waren. In een grote meta-analyse naar de betrouwbaarheid van de dipstick bij ouderen wordt geconcludeerd dat een positieve nitriettest de aanwezigheid goed voorspelt maar dat de leukocyten alleen een veel lagere voorspellende waarde hebben.<sup>12</sup> Een negatieve dipstick (nitriet- en leukocytennegatief) bij ouderen sluit een urineweginfectie uit.<sup>12,13</sup>

#### Asymptomatisch bacteriurie

De prevalentie van asymptomatische bacteriurie bij verpleeghuispatiënten is zoals gezegd hoog. Behandeling van asymptomatische bacteriurie is niet zinvol omdat je hiermee geen morbiditeit of mortaliteit voorkomt terwijl de resistentie wel ontzettend toeneemt.<sup>3,10</sup> Het behandelen van een urineweginfectie is dus alleen zinvol wanneer er een positieve kweek is in combinatie met specifieke symptomen van een urineweginfectie. Er is nog discussie over welke symptomen dit zouden moeten zijn. De discussie gaat met name over de vraag of specifieke symptomen zoals specifieke achteruitgang van een patiënt ook een reden is over de urine te onderzoeken).<sup>7,14</sup> Aspecifieke achteruitgang komt echter net zo vaak voor bij mensen met een urineweginfectie als bij mensen zonder urineweginfectie.<sup>7</sup>

## CONCLUSIES

- Op basis van dit periodieke resistentieonderzoek kan het antibioticabeleid lokaal worden bijgesteld en kunnen aanbevelingen worden gedaan voor het antibioticagebruik.
- Voor het inzicht in het resistentiepatroon van urinewegpathogenen zou het goed zijn om, zoals de richtlijn Urineweginfecties aanbeveelt, dit onderzoek periodiek te herhalen.

Antibioticum	Aantal bacteriën dat gevoelig is	Aantal bacteriën dat resistent (of intermediair gevoelig) is
Ciprofloxacine	11	4
Norfloxacin	11	4
Nitrofurantoïne	11	5
Amoxicilline + Clavulaanzuur	11	6
Co-trimoxazol (= trimethoprim + sulfamethoxazol)	11	6
Amoxicilline	10	7
Trimethoprim	9	4

De reden dat de getallen in kolom 1 en 2 opgeteld niet altijd 17 zijn is dat bij bepaalde bacteriesoorten van tevoren al bekend is dat zij niet gevoelig zijn voor bepaalde antibiotica, en dus niet getest worden.

Tabel 2. Gevoeligheid voor de verschillende soorten antibiotica, 24 kweekuitslagen van 18 patiënten uit verpleeghuis Zonnehoeve.



## LITERATUUR

1. Nicolle LE. Urinary tract infections in long-term care facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1993;14(4):220-5.
2. NVVA, Multidisciplinair standaardprotocol Urineweginfecties, 2007.
3. Smalbrugge M, Smit J, Stofkoper A. De diagnostiek van urineweginfecties bij verpleeghuispatiënten revisited: is 'sticken' zinvol? *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde* 2005;30(1):8-12.
4. Nicolle LE, Strausbaugh LJ, Garibaldi R.A. Infections and antibiotic resistance in nursing homes. *Clin Microbiol Rev* 1996;9(1):1-17.
5. Meiland R, Geerlings SE, Hoes AW, Hoepelman IM. Asymptomatische bacteriurie; beleidskeuzen in verschillende patiëntengroepen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146(14):659-62.
6. Loeb M et al. Effect of a multifaceted intervention on number of antimicrobial prescriptions for suspected urinary tract infections in residents of nursing homes: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2005;331(7518):669.
7. Nicolle LE. Symptomatic urinary tract infection in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(6):1113-4.
8. Loeb MB et al. Risk factors for resistance to antimicrobial agents among nursing home patients. *Am J Epidemiol* 2003;157(1):40-7.
9. Nicolle LE. Resistant pathogens in urinary tract infections. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(7 suppl):S230-5.
10. Vromen M, Ven AJAM van der, Knols A, Stobberingh EE. Antimicrobial resistance patterns in urinary isolates from nursing home residents. Fifteen years of data reviewed. *J Antimicrob Chemother* 1999;44(1):113-6.
11. Friedmann R, Hamburger R, Shulman C, Yinnon AM, Raveh D. Antimicrobial susceptibilities of urinary pathogens in a multidisciplinary long-term care facility. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2003;46(3):217-22.
12. Devillé WLJM et al. The urine dipstick test to rule out infection. A meta-analysis of the accuracy. *BMC Urol* 2004;4:1-14.
13. Juthani-Mehta M, Tinetti M, Perrelli E, Towle V, Quagliarello V. Role of dipstick testing in the evaluation of nursing home residents. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28(7):889-91.
14. Juthani-Mehta M et al. Clinical features to identify urinary tract infection in nursing home residents: a cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(6):963-970.
15. College voor Zorgverzekeringen, Farmacotherapeutisch Kompas, Diemen 2010.

Correspondentieadres  
emmyvandebelt@hotmail.com

## SAMENVATTING

### DOEL

Een overzicht krijgen van de meest voorkomende verwekkers van urineweginfecties en hun resistentiepatroon in verpleeghuis Zonnehoeve te Hilversum

### PATIËNTEN EN METHODEN

Van 1 maart 2009 t/m 30 juni 2009 werd bij iedere bewoner met symptomen van een urineweginfectie een dipstickonderzoek van de urine gedaan. Bij urinemonsters met een positieve nitriet- en/ of leukocytentest werd een kweek + resistentiebepaling gedaan. Op basis van de kweekuitslagen werd een overzicht gemaakt van de verwekkers van urineweginfecties en hun resistentiepatroon.

### RESULTATEN

Er werd urine na 24 positieve dipsticks gekweekt, waarvan er 15 positief waren (17 bacteriën). Er werd 7 keer een *E. coli* gekweekt (41%), 3 keer een *Proteus mirabilis* (18%), 2 keer een *Enterococcus faecalis* (12%) en de overige bacteriën werden 1 keer gekweekt (5 verschillende bacteriën, totaal 30%).

Voor Amoxicilline waren de meeste bacteriën resistent (in 7 gevallen, 41%), voor norfloxacin, ciprofoxin, en trimethoprim waren de minste bacteriën resistent (in 4 gevallen, 24%). De bruikbaarheid van de antibiotica onderling verschilde weinig. Bij blinde behandeling zou een willekeurig oraal antibioticum in 65% van de gevallen van urineweginfectie effectief zijn (negatieve uitzondering: trimethoprim effectief 52% van de gevallen).

### CONCLUSIE

Dit onderzoek benadrukt het belang om voor het starten van een antibioticum een kweek af te nemen, om periodiek inzicht te krijgen in het resistentiepatroon en alleen antibiotica voor te schrijven als er een harde indicatie is.

# Visitatie geeft inzicht in verbetermogelijkheden vakgroep

Eind oktober 2011 vond in Scheveningen de eerste visitatie van specialisten ouderengeneeskunde plaats. Daarbij werd het nieuwe Verenso-visitatiesysteem in praktijk gebracht. De vakgroep van specialisten ouderengeneeskunde van Respect Zorggroep wilde graag het eigen functioneren evalueren.

## DE VISITATIEDAG

De dag startte met een collegiaal gesprek tussen de vijf specialisten ouderengeneeskunde van de vakgroep en het bezoekende visitatieteam. Dit visitatieteam werd gevormd door twee specialisten ouderengeneeskunde en een secretaris, allen opgeleid tot visitor. Vakgroep en visitatieteam spraken over aandachtspunten in het functioneren van de vakgroep.

## VOORWERK

De gesprekspunten waren van te voren afgestemd, waarbij het visitatieteam voor het bepalen van aandachtspunten gebruik had gemaakt van input van de individuele vakgroepleden. De vakgroepleden hadden voorafgaand aan de visitatie via het online geautomatiseerde en beveiligde Verenso-visitatiesysteem individueel een enquête ingevuld over hun eigen functioneren en dat van de vakgroep. Via het visitatiesysteem wordt hiermee getoetst op de volgende zeven CanMeds-competenties waaraan specialisten ouderengeneeskunde ook volgens hun opleidingseisen moeten voldoen:

1. medisch handelen
2. communicatie
3. samenwerking
4. kennis en wetenschap
5. maatschappelijk handelen
6. organisatie
7. professionaliteit

Naar aanleiding van de antwoorden op de vragen van de enquête hadden de specialisten ouderengeneeskunde verbeterpunten voor zichzelf en voor de vakgroep vastgesteld. Naast de enquête vulden de vakgroepleden ook hun portfolio in. Ten slotte onderzochten zij dossiers van hun patiënten op de toepassing van de richtlijnen mondzorg, decubitus en probleemgedrag.

## VERVOLG VISITATIEDAG

Na het gesprek met de specialisten ouderengeneeskunde sprak het visitatieteam met interne en externe samenwerkingspartners van de vakgroep: paramedici, psycholoog, geestelijk verzorger, drie afdelingshoofden, locatiemanager, een AIOS-ouderengeneeskunde en tenslotte twee huis-

artsen. Deze personen waren door de vakgroep zelf voorgedragen als gesprekspartners voor het visitatieteam.

Om ook de context waarin de vakgroep haar werk doet te kunnen meewegen, beoordeelde het visitatieteam tijdens een rondleiding de voorzieningen en ondersteuning. Hierbij kon het visitatieteam afdelingen, behandelkamers, tandartskamer, medicijnvoorraad en werkkamers van de artsen bezichtigen.

## AFSLUITING DAG

Aan het einde van de visitatiedag besprak het visitatieteam samen met de vakgroep de hoofdlijnen van zijn bevindingen, waarbij zowel sterke punten als verbeterpunten voor de vakgroep aan bod kwamen. Door de reactie van de vakgroep daarop, kon het beeld van het visitatieteam verdiept en genuanceerd worden. Gezamenlijk evalueerden visitatieteam en vakgroepleden het verloop van de visitatie. De vakgroepleden gaven aan dat zij de gesprekken positief hadden ervaren en dat zij zich vrij hadden gevoeld de verschillende onderwerpen te bespreken. Op een aantal punten gaven individuele specialisten ouderengeneeskunde ook aan waaraan zij meer aandacht hadden willen geven.

Zowel de vakgroepleden als het visitatieteam hadden de gesprekken als plezierig beleefd en waren na deze eerste ervaring enthousiast over visitatie als instrument om met collega's van gedachten te wisselen over de uitoefening van het vak.



Vakgroep Respect en visitatieteam van links naar rechts Harry Wauters (visitor), Charisse de Rouw (visitor), Ludmila Abdulaeva, Ashrat Fazli, Wim Adriaanse, Debby Ras, Paul Went, Pieter le Rütte (secretaris visitatieteam).

## RAPPORTAGE

Het visitatieteam legde na de visitatiedag zijn bevindingen, aanbevelingen en adviezen vast in een concept visitatierapport en stuurde dat toe aan de vakgroep. De leden van de vakgroep konden vervolgens feitelijke onjuistheden aangeven aan de secretaris van het visitatieteam, waarna het visitatierapport definitief werd vastgesteld door de landelijke visitatiecommissie van Verenso.

## ANONIMITEIT EN VERBETERPLAN

Het is goed om te vermelden dat alleen de gevisiteerde vakgroep, het visitatieteam, de landelijke visitatiecommissie en ondersteunende Verenso-medewerkers toegang hebben tot het visitatierapport. De vakgroep beslist zelf of de inhoud van het rapport ook met anderen binnen en buiten de instelling wordt gedeeld.

De vakgroep gaat ook zelf aan de slag met de bevindingen uit de visitatie. Op basis van het rapport stelt de vakgroep een verbeterplan op. Dit plan bevat een omschrijving van de zaken die de vakgroep de komende periode wil verbeteren.

Deze verbeterpunten kunnen zowel het functioneren van de vakgroep als geheel als individuele vakgroepleden betreffen. Belangrijk is dat de vakgroep zo specifiek en meetbaar mogelijk vermeldt welke resultaten zij op welke termijn wil behalen. Dit verbeterplan vormt het uitgangspunt voor een volgende visitatie. En daarmee wordt visitatie een cyclisch proces.

## CONCLUSIE

De eerste visitatie van de vakgroep specialisten ouderengeneeskunde van Respect Zorggroep was een goede ervaring voor zowel de vakgroepleden, de geïnterviewde professionals in het verpleeghuis, als de visitatoren.

Het bevestigde dat een goed systeem van zelf- en collegiale evaluatie van specialisten ouderengeneeskunde helpt om de kwaliteit van het werk inzichtelijk te maken en te onderzoeken of zij en de vakgroep hun ambities waarmaken.

Voor informatie over visitatie kunt u terecht bij Pieter le Rütte (plerutte@verenso.nl) Corinne de Ruiter (cderuiter@verenso.nl).

# Epidemiologisch onderzoek

Martin van Leen



Auteurs: LM Bouter, MCJM van Dongen, GA Zielhuis  
6<sup>de</sup> druk  
Aantal pag: 314  
Uitgeverij: BSL  
ISBN: 978 90 313 7813 5  
Prijs: € 74,95  
Aantal sterren:

Het boek behandelt de etiologie, diagnostiek, prognostiek en interventies die nodig zijn om verantwoord epidemiologisch onderzoek te doen. In het boek zijn ook allerlei opdrachten opgenomen zonder antwoorden. Om de antwoorden te controleren dient men verbinding te maken met een website.

Dit boek is alleen geschikt voor artsen die wetenschappelijk onderzoek vrijwel fulltime uitvoeren. De materie is dermate moeilijk dat dit boek alleen geschikt is als er speciaal onderwijs aan gekoppeld is en dit boek als naslagwerk wordt gebruikt.

Correspondentieadres  
m.vanleen@avoord.nl

# Er is er een jarig...

Mieke Draijer, voorzitter Verenso

Het jaar 2012 wordt een bijzonder jaar voor Verenso. Op 30 november 2012 bestaan wij 40 jaar! Bij een verjaardag wordt er getrakteerd en wordt er vooruitgekeken. Verenso kijkt ook vooruit. Kijkt u mee?

Het 40-jarig bestaan van Verenso zullen wij aangrijpen om de positie van de specialist ouderengeneeskunde en de kwaliteit die wij bieden te presenteren. Een extra bijzonder jaarcongres en een aantal feestelijke publicaties staan daarin centraal.

Nu het wettelijk mogelijk wordt dat verpleegkundig specialisten handelingen gaan uitvoeren die tot op heden aan artsen voorbehouden waren, zal Verenso ondersteuning bieden om deze nieuwe vorm van samenwerking zo goed mogelijk vorm te geven. De onlangs verschenen handreiking Taakdelegatie is hiervan een eerste voorbeeld. Er volgt zeker meer!

We zijn druk bezig met de voorbereidingen van de overgang van de geriatrische revalidatie van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Verenso ontwikkelt hiervoor een 'triage-instrument'. Dat zorgt ervoor dat de patiënt op een verantwoorde manier vanuit het ziekenhuis naar de meest geschikte instelling wordt verwezen. De overgang van de geriatrisch revalidatie ziet Verenso als een eerste stap om alle activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde onder te brengen in de Zorgverzekeringswet. Als het 'triage-instrument' is gerealiseerd, is het werk dus nog niet klaar. Verenso kijkt nog verder in de toekomst.

De specialist ouderengeneeskunde moet zijn vak overal kunnen uitvoeren. Niet in dienstverband werkzame specialisten ouderengeneeskunde, ZZP-ers, maatschappen of behandeldiensten probeert Verenso te ondersteunen met voorbeeldovereenkomsten, contracten met verzekeraars etc.

Een ander speerpunt voor 2012 is het verder ontwikkelen van de specifieke aandachtsgebieden. Het is bijvoorbeeld de bedoeling dat er een register voor verschillende speci-



fieke aandachtsgebieden komt. Dat geeft een verdieping aan het vak. Verdieping betekent nieuwe mogelijkheden en uitdagingen. De aantrekkelijkheid van het vakgebied wordt verhoogd en dat is interessant voor jonge dokters. Om te kiezen voor het vak.

Dit jaar willen wij de samenwerking met de wetenschap, de hoogleraren en SOON verder aanhalen. Wij denken hierbij aan het verhogen van de kwaliteit van de opleiding, het aantrekkelijk maken van de opleiding en het faciliteren van wetenschappelijk onderzoek.

En dat brengt mij bij de traktatie... In 2012 wordt door Verenso een BEURS ingesteld. Deze BEURS heeft als doel de onderbouwing van ons vakgebied, de ouderengeneeskunde, te bevorderen. Leden van Verenso die onderzoek willen doen binnen het vakgebied, kunnen in aanmerking komen voor financiële ondersteuning. Denk hierbij aan een promotieonderzoek, onderzoek over specifieke aandoeningen in de praktijk van de specialist ouderengeneeskunde of de onderbouwing van practice based geneeskunde. Verschillende vormen van onderzoek zijn mogelijk. Verenso stelt op haar verjaardag € 10.000,- beschikbaar voor dit doel. Daarnaast zullen we ons inzetten om fondsen te werven voor het instandhouden van de BEURS. En het is uiteraard een ieder vrij om zelf het bedrag van de BEURS te vergroten. Op de website van Verenso vindt u meer informatie over deze BEURS. Op de dag van ons jaarcongres maken wij bekend wat de bestemming van de BEURS wordt.

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl

# Leergang Ouderengeneeskunde

1 en 2 maart, 13 april 7 en 8 mei	<b>Teaching the teacher</b> (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Deze, nu vijfdaagse, training werd in 1994 voor de eerste keer in Nederland gegeven aan hulpverleners uit diverse Europese landen. Met zeer groot succes werd de cursus in de afgelopen jaren in Nederland gegeven. Er wordt gewerkt met diverse onderwijssituaties en methodische keuzes (studentgecentreerd leren). Specifiek thema wordt "werken in een palliatief care team".</i>
14 maart	<b>Dermatoscopie (locatie Nijmegen)</b> (Boerhaave Nascholing)
16 en 30 maart, 13 en 27 april, 25 mei	<b>De specialist ouderengeneeskunde en de patiënt met een verstandelijke beperking</b> (Gerion)
11 april	<b>Kleine verrichtingen, chirurgische skills voor huisartsen</b> (Boerhaave Nascholing)
19 april	<b>Diagnostische strategieën</b> (Boerhaave Nascholing)
23 en 24 april	<b>Levinas, Zekerheid over onzekerheid</b> (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Achtereenvolgens komen ondermeer de volgende onderwerpen aan de orde:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een mensbeeld</li> <li>- Een definitie van menselijk leven</li> <li>- De verhouding gevoel/verstand bij verantwoordelijk handelen</li> <li>- De vraag naar een absoluut ethisch criterium</li> <li>- Onhaalbare rechtvaardigheid en relativiteit van beslissingen</li> <li>- Conclusie: de best mogelijke hulpverlening</li> <li>- De nadruk ligt op bezinning via verstrekking van informatie.</li> </ul> <i>Er is ook tijd voor discussie en enige casuïstiek. Vereiste voor deelname: een filosofische nieuwsgierigheid naar onder andere grondslagen van (beroepsmatig) handelen</i>
26 april	<b>Wat te doen als het oude hart dreigt te breken?</b> (PAO-Heyendael) <i>Dilemma's in de cardiologische zorg voor ouderen</i>
16 mei	<b>De kunst van het waken</b> (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Cursisten vergroten hun Kennis Kunde Kunst over:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Herkenning en erkenning van de betekenis van het waken</li> <li>- Wat kunnen wakenden zelf?</li> <li>- Onderkennen van behoeften</li> <li>- Hoe om te gaan met vragen en opmerkingen als: hoe lang duurt het nog? En: dit had vader niet gewild</li> <li>- Welke uitleg is nodig door arts &amp; verplegenden</li> <li>- Ontwikkelen van (specifieke) ondersteunings-mogelijkheden</li> <li>- Nazorg</li> </ul>
Voorjaar	<b>Acute Geneeskunde in de Verpleeghuissetting</b> (PAO-Heyendael)
Voorjaar	<b>Cardiologie voor de oudere patiënt</b> (PAO-Heyendael)
Voorjaar	<b>Ethiek en Spiritualiteit</b> (PAO-Heyendael)
7 en 8 juni	<b>Advance Course palliatieve zorg, artsen in verpleeghuizen</b> <i>Deze Advanced Course (die in 2007 voor de eerste keer werd georganiseerd en goed/positief beoordeeld werd) is mede ontwikkeld op basis van de evaluaties van recent gegeven basiscursussen. De Advanced Course sluit nauw aan op onze basiscursus palliatieve zorg voor specialisten ouderengeneeskunde.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- palliatieve sedatie: de nieuwe KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie</li> <li>- informatie over NAH: de casus Eluana, de jonge vrouw die 17 jaar in een vegetatieve toestand verkeerde</li> <li>- informatie over het Zorgpad voor de stervensfase</li> </ul>



# Richtlijnen voor auteurs

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

## INDIENEN VAN EEN BIJDRAGE

### Tekst

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

### Taal

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

### Afbeeldingen/tabellen/figuren

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

### Literatuur

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

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

## VERKLARING AUTEURS

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

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

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

## PROCEDURE BEOORDELING BIJDRAGE

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

## DRUKPROEVEN

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

## PLAATSING

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

## REDACTIEADRES

Bijdragen dienen te worden gezonden naar:

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

## INLICHTINGEN

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



**OP ZOEK NAAR EEN NIEUWE COLLEGA?  
BEREIK DIRECT UW DOELGROEP  
DOOR EEN ADVERTENTIE TE PLAATSEN  
IN HET TVO VOOR MAAR € 1500,-**



Plaatsingsoverzicht 2012		
	Aanleveren materiaal	Verschijnings- datum
April	06-04-2012	28-06-2012
Juni	08-06-2012	28-06-2012
Augustus	10-08-2012	30-08-2012
November	25-10-2012	15-11-2012
December	30-11-2012	20-12-2012

De advertentie is in A4 formaat en full color, de prijs is exclusief btw.  
Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Suzan Keuter  
telefoon 023 551 48 88 of mail naar: [suzan.keuter@dchg.nl](mailto:suzan.keuter@dchg.nl)

ELKE BEWEGING TELT ALS JE WILT  
**MEEDOEN**

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

# Liliane Fonds

open de wereld  
voor een kind  
met een handicap



VOOR  
GOEDE DOELEN

gratis plaatsing Foto: Morad Bouchakour