

39e jaargang no. 1 | februari 2014



Themanummer: Lifestyle

The utopia of TigerPlace

Op zoek naar de juiste toon

Thuis in de antroposofie

Leefstijl maakt verschil

verenSo
specialisten in
ouderengeneeskunde

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

The utopia of TigerPlace



28

Complementaire zorg in de palliatieve zorgverlening



36

Ouderengeneeskunde 2.0



47

In dit nummer

Bericht van de redactie

5 Van papier naar digitaal

Kennistoets

5 Kennistoets
20 Antwoorden

Leefstijl in beeld

6 Thuis in het klooster
23 Thuis in de Herbergier
41 Thuis in de antroposofie

Onderzoek

8 Muziektherapie bij dementie
16 Tai chi en valpreventie

Interview

13 Ouderen en huisdieren 1
15 Ouderen en huisdieren 2
22 Ouderen en huisdieren 3
33 Ouderen en huisdieren 4
48 Ouderen en huisdieren 5

Beschouwing

21 Leefstijladviezen uit de richtlijn CVRM
44 Op zoek naar de juiste toon

Vijf vragen aan

25 Vijf vragen aan... Leonoor van Dam van Isselt

Gastcolumn

27 Leefstijl maakt verschil

Praktijk

28 The utopia of TigerPlace
36 Complementaire zorg in de palliatieve zorgverlening: een onmisbare aanvulling!
38 Thuis (in) zorgtechnologie

Lifestyle

32 Over geluk
34 Aandachtig leven

Boekbespreking

46 Complementaire zorg in de palliatieve zorgverlening

Vaste rubrieken

Hoofdredactioneel

3 Lifestyle!

Bureau Verenso

14 Woord voorzitter

Amuse

31 Amen

Digitaal

47 Ouderengeneeskunde 2.0

Leergang Ouderengeneeskunde

49 Leergang Ouderengeneeskunde

Colofon

Gasthoofdredacteuren

Drs. Jacobien F. Erbrink
Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

Hoofdredacteur

Drs. Martin W.F. van Leen

Redactie

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

Eindredactie

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

Redactieadres en inleveren kopij

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

Abonnementen

Abonnement Nederland € 82,50 per kalenderjaar
Abonnement buitenland € 175,00 per kalenderjaar
E-mail: info@dchg.nl

Uitgever, eindredactie en advertenties

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

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

Copyright© 2014

Lifestyle!

Lonneke Schuurmans, Jacobien Erbrink

Lifestyle! Een thema wat al enige stof heeft doen opwaaien in en om de redactie, vanwege de aangenaam vage contouren van het begrip, die de evidence-adepten onder ons vervullen met afgrijzen en de rekkelijken onder ons doen gloeien van de mogelijkheden. We hadden het ook wel gewoon leefstijl kunnen noemen, maar dat klinkt dan weer zo saai, *Lifestyle is catchier*. Kijk, en daar hebben we dan al meteen een interessante connotatie te pakken – gezond leven klinkt ook zo saai, je moet er wel wat van maken om het leuk te houden.

De gasthoofdredactie heeft er, samen met een aantal enthousiaste collega-auteurs, in dit nummer dus wat van gemaakt en het thema *Lifestyle* daarbij opgepakt als een tweeledig begrip. Enerzijds als een leefstijl, of persoonlijke manier van leven, die een relatie heeft met de gezondheid, en anderzijds als een leefstijl die een relatie heeft met persoonlijke overtuiging of geluk. Tot het eerste domein horen onderwerpen als erkende gezondheidsrisico's, de preventieve en therapeutische leefstijlinterventies die de kwaliteit van gezondheid beïnvloeden en de chronische ziekten die iemands leefstijl bepalen. Tot het tweede domein rekenen we de onderwerpen die te maken hebben met het organiseren van een prettig leven, een passend woon(zorg)leefklimaat en persoonlijke keuzes die de kwaliteit van leven beïnvloeden. Natuurlijk zijn deze twee sporen niet los van elkaar te zien, gezondheid en geluk en manier van leven zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, zoals in dit nummer ook zal blijken, maar in de praktijk is die tweedeling precies waar het onzes inziens over gaat bij het thema *Lifestyle*. Het is de tweedeling tussen therapie en zorg, tussen bewijs en geloof, tussen algemene regels en individuele vrijheid. Een tweedeling die zeker economische gevolgen heeft, want voor de financiering wordt (biomedisch) bewezen nut steeds belangrijker. Een tweedeling die in de maatschappij en de politiek ook zichtbaar wordt als de paradigmaverschuiving 'van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag' waarbij de eigen verantwoordelijkheid van burgers voor hun gezondheid steeds meer voorop komt te staan, met gevolgen voor allerlei voorzieningen en regelingen die daarmee te maken hebben. Een eigen verantwoordelijkheid, vermomd als individuele vrijheid, om te kiezen voor een levenswijze die je vroeger of later – letterlijk en figuurlijk – duur kan komen te staan. Een ontwikkeling waar bijvoorbeeld zorgverzekeraars als IZZ gretig op inspelen met hun leefstijlcoaches, nu nog vrijblijvend, maar wie weet waar dat toe leidt?

Wat ons wel duidelijk is geworden bij het voorbereiden van dit themanummer is juist dat leefstijl, en de invloed en beïnvloeding ervan, een moeras van onzekerheden is. Jawel, er zijn natuurlijk ook wel enkele dingen inzake leefstijl dui-



Lonneke Schuurmans



Jacobien Erbrink

delijk geworden, bijvoorbeeld dat roken gemiddeld gezien een duidelijke verkorting van de levensverwachting geeft (15 jaar) en een grote kans op chronische ziekten, maar de zwakke plek zit hem natuurlijk in dat ‘gemiddeld gezien’ – want roken is geen garantie voor ellende (ziekte of dood), en niet roken is geen garantie voor geluk (een lang en gezond leven). Leefstijlen (en daarmee leefstijlinterventies) kenmerken zich door een schier oneindige variatie in mogelijke verschijningsvormen en effecten. Is het überhaupt wel mogelijk een geïsoleerde leefstijlinterventie op waarde te beoordelen? Weegt de impact van een leefwijze die je vandaag moeite en chagrijn oplevert wel op tegen het nut dat zich pas over twintig jaar zal bewijzen, tenminste als het zich gaat bewijzen? Nog los van de waarschijnlijk zeer bepalende persoonlijke vaardigheden en genetische samenstelling van ieder individu, want wat betekenen die eigenlijk voor de beïnvloedingsmogelijkheden? Het leven is natuurlijk één grote risicofactor, en van de vele schakeringen daarbij weten we nog maar een fractie, vermoeden wij. En dat brengt ons even bij die prangende vraag naar evidence. Kijkend bijvoorbeeld naar de richtlijnen is het duidelijk dat leefstijl en de beïnvloeding daarvan zich om diverse redenen niet makkelijk leent voor bewijs op het hoogste niveau. Verder is duidelijk dat veel bewijs wat men wel verzameld heeft niet verpletterend is, en bovendien niet verkregen is van de doelgroep (ouderen) waar wij doorgaans mee te maken hebben. En vervolgens dient zich nog de vraag op of ons biomedische – en dus per definitie beperkte – referentiekader zich wel goed leent voor het op waarde schatten van de impact van een manier van leven in al haar holistische facetten. Als het om evidence-based medicine gaat bij onze doelgroep, dan is onze toolkit toch beperkt. Sommigen vinden dat jammer, maar treuren doen wij daarover niet. Het is absoluut een uitnodiging om uit het met prikkeldraad omzoomde resort van Evidence Base te klimmen en op ontdekkingstocht te gaan naar de mogelijkheden in de rest van de wereld, als het ware. Het geeft ons de vrijheid om op andere manieren de kwaliteit van gezondheid en de kwaliteit van leven van onze cliënten te benaderen en te beïnvloeden, met aanzien des persoons. Daartoe wil dit themanummer een aanzet geven. Om uit de comfortzone van onze dagelijkse rituelen en beperkingen te stappen en op avontuur te gaan, nieuwsgierig te zijn naar de ander en het andere.

Een thema als *Lifestyle* is daarbij niet alleen voor patiënten, bewoners en cliënten uit onze dagelijkse praktijk bedoeld, maar ook voor ons als artsen. Wij zijn natuurlijk de ouderen van straks, en die burgers van nu die nog invloed op hun gezondheid van nu en later kunnen hebben! Trek je dus de inhoud van dit nummer ook persoonlijk aan, want dat is niet alleen in ons eigen belang, maar absoluut ook in het belang van onze cliëntèle. We refereren daarbij graag aan een review van de *Lancet* (2009, zie onder) waarin onder andere gekeken is naar welbevinden en zelfzorg van dokters. Dokters zijn helemaal niet zo goed in zelfzorg, blijkt daaruit, ze

hebben de neiging om hun eigen gezondheid te negeren omwille van hun intenties, hun imago, hun inkomsten of hun praktijkorganisatie. En dan vragen ze van patiënten dat die hun zelfzorg optimaliseren? Dat ze met veel moeite hun leefstijl gaan aanpassen? Dat gaat dan ook niet altijd goed! Onderzoek laat zien dat de therapietrouw van patiënten verbetert als de behandelend arts zelf ook beter in zijn vel zit. Het is duidelijk dat ook bij dokters hun gezondheid en hun welbevinden op meerdere manieren invloed heeft op hun werk: wie niet wel is – om wat voor reden dan ook – levert minder goed werk, en dat is in het geval van dokters op zijn minst vervelend, maar soms ook levensgevaarlijk. Zorg dus goed voor jezelf en je geluk – op het werk en privé – want daar varen alle partijen wel bij.

De inhoud van dit nummer cirkelt zoals niemand zal verbazen rond het welbekende thema ‘gezond leven versus gelukkig leven’ waarbij leefstijlinterventies zich gestaag achter de rododendrons zullen opstapelen ten gunste van het plezier in dat laatste stuk van het leven. Veel van onze cliënten gunnen wij natuurlijk een kort en gelukkig leven. Wat wel opvalt is dat sociale interactie, contact met mens en dier, het onderdeel uitmaken van een groep of een gemeenschap daarbij bijna altijd een voorwaarde voor welbevinden lijkt te zijn. Laten we dat gebruiken bij de zoektocht naar kwaliteit van leven en het vinden van de mens achter de ziekte. Bij het zoeken naar wat er wél mogelijk is en het bereiken van misschien kleine, maar onmiskenbare successen daarbij.

We denken dat we daarvoor een interessant nummer hebben samengesteld, met aandacht voor gezondheid, welzijn en wonen, in en buiten de omheining van Evidence Base, hier en nu en in de toekomst, voor de patiënt en voor de dokter, om te overdenken of om meteen morgen te gaan doen. Een nummer dat er ook nog een beetje knap uitziet, want het oog wil natuurlijk ook wat bij *Lifestyle*.

Rest ons nog enkele bijzonderheden specifiek te benoemen. De eerste bijzonderheid is het artikel van Johnson en Bibbo (zie pagina 28), dat speciaal voor ons geschreven is en dat wij daarom in de oorspronkelijke taal, Engels, hebben geplaatst. Daarnaast hebben we een primeur in de vorm van de eerste voorzitterscolumn van Nienke Nieuwenhuizen (zie pagina 14), en ook een ‘fineur’ in de vorm van de laatste Amuse van Jacobien Erbrink (zie pagina 31). Wij wensen jullie er veel plezier mee en horen graag of dat gelukt is.

Review: Physician wellness: a missing quality indicator. Jean E. Wallace, et al. *The Lancet*, vol 374: 1714-1721.

Correspondentieadres

Lonneke Schuurmans:
lonneke.schuurmans@zorgboog.nl
Jacobien Erbrink: j.erbrink@vanneynsel.nl

Van papier naar digitaal

Martin van Leen

Al jarenlang ontvangt u een gedrukte versie van dit tijdschrift. Samen met de uitgever maakte de redactie een tijdschrift waarvan de vormgeving mede dankzij kleuren en foto's steeds mooier en prettiger leesbaar is geworden.

Tijden veranderen. De toekomst ligt in de digitale wereld. Steeds meer tijdschriften worden digitaal verzonden naar abonnees. Ook het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde zal deze weg gaan bewandelen. Dit biedt mogelijkheden. Het digitaliseren van het tijdschrift sluit aan op het plan van Verenso om haar communicatiemiddelen te moderniseren. Daarnaast sluit het aan op verzoeken van leden om onze producten minder in drukvorm te laten verschijnen.

Onze uitgever heeft ons laten weten dat het voor hem financieel niet langer verantwoord is om het tijdschrift te bekostigen. De belangrijkste oorzaak is de teruggang van het aantal advertenties/adverteerders waarmee het tijdschrift zichzelf bedroop. Het betekent dat u in de loop van dit jaar geen papieren versie meer zult ontvangen.

Wij zien dit als een startpunt. Een startpunt met als doel een kwaliteitsslag te maken met het tijdschrift. We denken nog een verbeterslag te kunnen maken met het overzichtelijk aanbieden van artikelen en het prettig leesbaar maken van de tekst. De komende periode gaan wij aan de slag met het bekijken op welke wijze wij het tijdschrift digitaal aan u kunnen aanbieden. Dit verbetertraject wordt opgepakt door het bureau van Verenso tegelijkertijd met een moderniseringsslag van de Verenso-website. Uiteraard wordt u op de hoogte gehouden.

Mocht u ideeën of suggesties hebben voor de vernieuwing van het tijdschrift, schroom niet en deel ze met ons via redactie@verenso.nl.

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

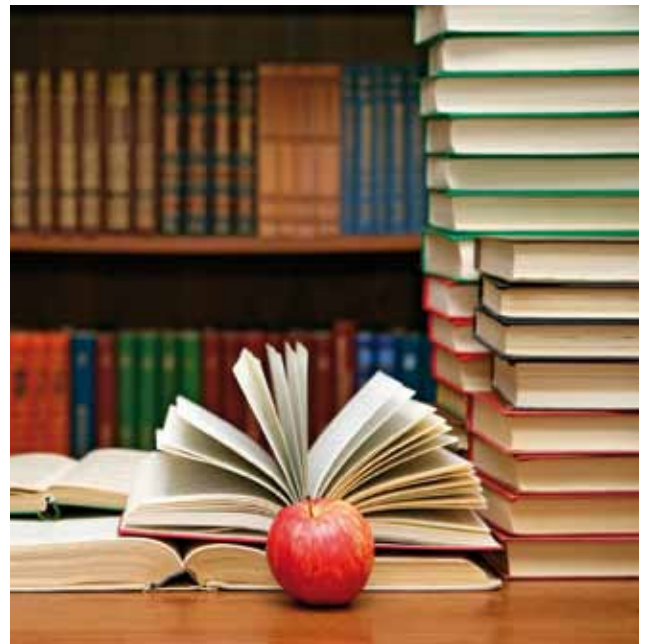
BERICHT VAN DE REDACTIE

Kennistoets

VRAGEN

1. Er zijn meer dan 20 mogelijke leefstijlinterventies genoemd in de Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Hartfalen, bijna alle met bewijsniveau 3 of 4. Er is er 1 met bewijsniveau 1, weet u welke dat is?
2. Bij veel chronische ziekten wordt geadviseerd 'goede voeding' te gebruiken. Waar hebben we het dan concreet over?
3. En wat is het feitelijke advies ten aanzien van bewegen?
4. In de NHG-standaard CVRM wordt geadviseerd dat men beter kan stoppen met roken om het risico op cardiovasculaire sterfte te verkleinen. Geldt dat ook voor uw 85-jarige kwetsbare oudere in het verzorgingshuis?
5. Welk procesadvies aan u als behandelaar is bij leefstijlinterventies van belang?
6. Mag uw cliënt met NYHA klasse 4-hartfalen nog scootmobiel rijden?

De antwoorden en toelichting vindt u op pagina 20.



KENNISTOETS

Thuis in het klooster

Jacobien Erbrink

RELIGIE

Sint Jozefoord staat in Nuland. Met zijn, inmiddels 150, woonplekken oorspronkelijk het huis van de Zusters van de Choorstraat, de congregatie van Dochters van Maria en Jozef die in Den Bosch aan de Choorstraat gevestigd is. Tegenwoordig een toevluchtsoord voor oudere (vrouwelijke) religieuzen uit het hele land, omdat congregaties door natuurlijk verloop steeds kleiner worden en de mogelijkheid om ouderen binnen de eigen orde op te vangen steeds verder afneemt. Maar zelfs in Nuland is men al begonnen om ook leken toe te laten vanwege de teruglopende belangstelling van religieuzen. Er zijn geen harde exclusiecriteria, maar bij de aanname op de wachtlijst wordt duidelijk gekeken of de betreffende persoon zal passen binnen de religieuze atmosfeer van het huis. Zusters en leken wonen in het verzorgingshuisgedeelte deels gescheiden, op de somatische en psychogeriatrische afdelingen door elkaar. Hoewel 'religie' de gemene deler is in huis, is de diversiteit onder de congregaties en haar leden soms zo enorm groot dat het tot heel verschillende leefstijlen leidt onder hetzelfde dak. Wie denkt dat religie eenduidig is vergist zich dus schromelijk. Gemiddeld meer dan tien verschillende congregaties zijn vertegenwoordigd. Daar zijn zusters bij die een wereldse, ruimdenkende oriëntatie hebben, er zijn er ook die teruggetrokken en ascetisch leven. Missiezusters en slotzusters. In Sint Jozefoord is het de kunst om ieder tot zijn recht te laten komen in religieus opzicht. Wie er zou willen werken moet ook een zekere mate van religieus besef en religieuze kennis hebben, nieuwe werknemers krijgen daarom een instapcursus. Sint Jozefoord heeft een Gouden Keurmerk. In 2013 verleende ActiZ het huis ook de titel 'Koploper in de Zorg'.



WOON- EN LEEFOMSTANDIGHEDEN

Sint Jozefoord is van oudsher een klooster, dat is aan de bouw nog goed te zien. De grote kapel neemt een belangrijke plaats in en kloostergangen omarmen een binnentuin. Wie over de drempel stapt proeft meteen de serene atmosfeer. Opvallende schilderijen aan de muur in de hal, vrouwen in habijt, dragen daar zeker aan bij en wie het huis verder binnen gaat ontmoet ook al snel vrouwen in habijt in levende lijve. Verspreid door het huis staan religieuze symbolen: een afbeelding van Maria, een Christusbeeld, een wijwaterkometje.



Ook in het leefritme komt de religieuze aard van het huis tot uiting. Meerdere keren per dag zijn er vieringen in de kapel onder leiding van pastor (een uitgetreden religieus) of pastoor van het huis. Het getijdengebed, de eucharistieviering, bidden van het rozenhoedje. Elke maand op de eerste vrijdag is er Stille Aanbedding, en voor de verpleeghuisbewoners een tweewekelijkse Regenboogviering. De rituelen die horen bij een leven vanuit religieuze oriëntatie vormen zo een vaste dagstructuur, waar veel bewoonsters ook erg aan gehecht zijn. Voor de groep religieuzen is het belangrijk om naast hun persoonlijke contemplatie – net zoals in hun actieve kloosterleven – een aantal momenten van de dag gezamenlijk invulling te geven. Zo is de gezamenlijke maaltijd een vast moment om elkaar te ontmoeten.

PARTICIPATIE

Verbondenheid is een kernwaarde van het huis die voortvloeit uit de gemeenschap van religieuzen. Binnen een congregatie kan die verbondenheid ook een benauwend gebrek aan privacy opleveren, maar vaker biedt het grote zorgzaamheid en betrokkenheid. Het aantal zusters dat zorg biedt aan medezusters wordt wel steeds kleiner, de groep die zorg nodig heeft steeds groter. Bezigheden zijn gewor-



teld in religieuze oriëntatie: nostalgiegroepen op religieuze basis, Radio Maria, kapelbezoek, gebedsgroepen, maken van Zendala's. Enkele malen per jaar organiseert men een retraiteweek in huis, waar ook leken in deel kunnen nemen. Sommige zusters wijzen al te wereldse activiteiten af (kaartspele bijvoorbeeld, zijn niet voor iedereen), dit staat dan expliciet vermeld in het zorgplan.

MENTAAL WELBEVINDEN EN AUTONOMIE

Belangrijk gegeven is natuurlijk de eigen religie, deze staat ook vermeld in het zorgplan, waar nodig met een specifieke uitleg voor de zorgverleners. Een aantal persoonskenmerken lijkt vaker voor te komen bij de zusters dan onder de niet-religieuze populatie, meent collega Tamara Spermon. Er is een duidelijke affiniteit met reinheid, rust en regelmaat, en met autoriteit en hiërarchie. Ook lijkt er toch wat meer sprake van persoonlijkheidsproblematiek (dwangmatige trekken) en psychiatrische kenmerken (depressiviteit, bipolaire stoornissen). De eenzaamheid onder zusters kan groot zijn, als er weinig gelijkgestemden in huis te vinden zijn of de sociale capaciteiten tekort schieten. En wat betreft de autonomie: niet iedere zuster is goed in kiezen, een congregatie met zijn duidelijke regels biedt vrouwen die minder goed tegen de maatschappij opgewassen zijn als het ware ook een schuilplaats. Een ander typisch kenmerk van de congregatie: voor zusters die niet meer wilsbekwaam zijn is de moeder-overste ook de mentor. Dat kan wel eens lastig zijn omdat die abdis, priorin of moeder-overste ver weg kan zitten. Ook blijkt soms dat de vrouwelijke moeder-overste nog weer verantwoording moet afleggen aan een mannelijke nog hogere vertegenwoordiger van de kerk, wat bij spoedeisende zaken de nodige vertraging teweeg brengt.

LICHAMELIJK WELBEVINDEN EN GEZONDHEID

Zingeingsvragen en gesprekken over het leven en het levenseinde komen veel voor, aldus Tamara Spermon. Het levenseinde lonkt niet altijd, angst voor het sterven of strenge opvattingen over 'lijden zoals Christus' vormen een specifieke uitdaging bij de begeleiding van religieuzen. Daarnaast hebben veel zusters toch een bewogen leven geleid, zijn wel intellectueel onderlegd en leven vanuit bewuste oriëntatie en keuzes. Ook wijs geworden door hun ervaring, vormen ze vooral een bijzondere groep om voor te zorgen. In het zorgplan wordt rekening gehouden met specifieke afstemming tussen gezondheidsaspecten en religie. Zo staat soms expliciet vermeld of iemand de hostie nog wel kan slikken of worden er specifieke afspraken gemaakt over misbezoek. Ook houden behandelaars bij de planning van hun contactmomenten rekening met het ritme van de vieringen. Artsen en andere behandelaars hoeven niet persé zelf religieus te zijn, maar affiniteit met de religieuze en beschouwende aard van de doelgroep is absoluut nodig om zorg op maat te kunnen bieden. En om van deze zinrijke werkplek ten volle te kunnen genieten!



Vragen over medische zorg voor religieuzen?
 Tamara Spermon
 t.spermon@jozefoord.nl

Muziektherapie bij dementie

Pilot naar het effect op neuropsychiatrische symptomen

Vanusa Baroni Caramel, specialist ouderengeneeskunde en kaderarts psychogeriatric, Amstelring, Vreugdehof Verpleeg- en revalidatiecentrum te Amsterdam

Mariëtte Broersen MMTh, muziektherapeute, Amstelring, Vreugdehof Verpleeg- en revalidatiecentrum te Amsterdam

INLEIDING

Neuropsychiatrische symptomen (NPS), zoals agitatie, agressie, roepen en dwalen, betekenen vaak een groot psychisch lijden voor de patiënt en een zware emotionele belasting voor zijn omgeving. Deze symptomen worden meestal farmacologisch behandeld met psychofarmaca, die vaak ongewenste bijwerkingen veroorzaken. Muziektherapie is een niet-farmacologische behandeling voor deze problematiek. Volgens de multidisciplinaire Handreiking Probleemgedrag van Verenso 2008¹ heeft muziektherapie als doel emotiegerichte stimulering. Binnen onze locatie (Vreugdehof) was er voorafgaand aan dit pilotonderzoek geen mogelijkheid om patiënten te behandelen met muziektherapie.

ACHTERGROND

Muziektherapie is een vorm van behandeling waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden met het doel verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied te bewerkstelligen. Muziektherapie is een van de vormen van vaktherapie. Vaktherapie is de verzamelnaam voor professionele behandelingsvormen voor mensen met psychosociale en/of psychiatrische pro-

blemen, waarbij op methodische wijze gebruik wordt gemaakt van beeldende, dans-, drama-, muzikale of psychomotorische interventies. Binnen de verpleeghuissector zijn in Nederland zo'n 85 muziektherapeuten werkzaam.

Muziektherapeutische literatuur biedt verschillende aanwijzingen dat muziektherapie een positief effect kan hebben bij gedragsproblemen. De belangrijkste hiervan ligt in het analoge procesmodel. Dit model van Smeijsters² is ontwikkeld vanuit de muziektherapie en later verbreed naar de andere vaktherapeutische media: drama, beeldend, dans en beweging. Kern van dit model is dat de psychische processen van een cliënt weerklinken in de manier waarop hij zich in de muziek uitdrukt.

De analogie tussen gedrag buiten het medium en in het medium muziek biedt de mogelijkheid om in de muziektherapie verbinding te maken met de cliënt en zijn gedrag, bijvoorbeeld door in het muzikale samenspel tussen therapeut en cliënt spiegelen van de cliënt in zijn muzikale spel of de geluiden van zijn stem. Dit kan de cliënt een gevoel geven van opluchting en gehoord worden. Dit gevoel kan al van positieve invloed zijn op zijn gedrag en hem een kans geven om iets van zijn identiteit te ervaren.

ACHTERGROND	Muziektherapie (MT) is een veelbelovende niet-farmacologische behandeling voor gedragsproblemen bij dementie.
DOEL	Het doel van deze studie is de effecten te meten van individuele actieve MT op neuropsychiatrische symptomen (NPS) en globaal cognitief functioneren bij patiënten met matige tot ernstige dementie.
METHODE	Tien psychogeriatric patiënten met een matige tot ernstige NPS werden willekeurig verdeeld in twee groepen: muziektherapiegroep en controlegroep. De patiënten hadden de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie of gemengde dementie. De beoordeling via MMSE en NPI-Q vond plaats vóór en na de interventie periode van 6 maanden. De interventie omvatte twee wekelijkse individuele actieve muziektherapie sessies van ongeveer 30 minuten. De patiënten in de controlegroep volgden hun gebruikelijke activiteiten.
RESULTATEN	(Mann-Whitney U-toets): Gloobaal cognitief functioneren: de gemiddelde MMSE-score van de experimentele groep verschilde significant van de gemiddelde MMSE-score van de controlegroep na muziektherapie ($z = -2,22$, $p < 0,026$). De ernst van de NPS is significant afgenomen in de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep ($z = -2,19$, $p = 0,028$). De daling van de emotionele belasting van het verplegend personeel na de MT-interventie toonde ook significantie ($z = -2,21$, $p < 0,027$).
CONCLUSIE	De resultaten van deze pilotstudie suggereren dat individuele actieve muziektherapie positief effect op NPS, emotionele belasting van het verzorgend personeel en het globaal cognitief functioneren bij patiënten met dementie kan hebben.

Deze analogie biedt echter vooral een mogelijkheid om, na dat de verbinding tot stand is gebracht, tot een proces van transformatie of ombuiging te komen in hoe de cliënt zich uitdrukt in zijn muzikale spel (op instrument of in zang) en daarmee in het gedrag: als de mens zijn muzikale vormgeving verandert, verandert zijn voelen, denken en handelen. Het herhaaldelijk ervaren van deze ombuiging hiervan binnen de muziektherapie, kan probleemgedrag van de cliënt buiten de muziektherapie na verloop van tijd verminderen. Verder zijn in de muziektherapeutische literatuur de volgende stellingen te vinden die aangeven dat muziek en muziektherapie kunnen helpen om verbinding te maken met mensen met dementie en hen te beïnvloeden tot in een vergevorderd stadium van dementie:

- Muzikale delen van de hersenen worden bij dementie langer behouden dan andere delen.^{3,4}
- Affectieve reacties van het limbisch systeem blijven lang intact bij dementie. Muziek kan het limbisch systeem bereiken zonder tussenkomst van de cortex.^{2,5}
- Taal bij dementie krijgt meer muzikale kenmerken in ritme en melodie.⁵
- Analoge taal⁶ (een concept van Watzlawick, 1967) is de taal die mensen hebben door bijvoorbeeld gebaren en gezichtsuitdrukkingen. Deze taal wordt lang behouden bij dementie, terwijl deze taal de kern vormt van improvisatie in muziektherapie.²
- Muziek kan, zelfs bij geheugenverlies, herinneringen en alle bijbehorende perceptie en stemmingen oproepen.⁷

Een RCT-studie van Raglio et al.⁸ in 2008 toont aan dat muziektherapie effectief is in het verminderen van NPS bij mensen met een matige tot gevorderde dementie en dat dit effect in elk geval 4 weken na het eindigen van een interventieperiode van 16 weken nog voortduurt. Daarnaast meten de auteurs in een aparte sectie een significante toename van empathische gedragingen, zingen en bewegingen tijdens de muziektherapeutische interventies.

Het doel van deze pilot is het aantonen van het belang van muziektherapie door het mogelijke effect van individuele actieve muziektherapie op NPS en cognitie bij patiënten met dementie in een Nederlandse verpleeghuissetting. In dit artikel worden het onderzoek en het resultaat nader beschreven.

METHODEN

Inclusiecriteria: matige tot ernstige NPS-symptomen; diagnose Alzheimer, vasculaire dementie of mengbeeld dementie en niet eerder hebben deelgenomen aan muziektherapie. 13 van 61 patiënten van de psychogeriatrische afdelingen van het verpleeghuis Vreugdehof in Amsterdam bleken matige tot ernstige NPS te hebben die een grote emotionele belasting betekenden voor het verzorgend personeel. De selectie vond plaats door middel van overleg tussen teamleiders en contactverzorgenden. Hierbij werd gekeken bij welke patiënten de voor hun omgeving erva-

ren belasting groot was als gevolg van matige tot ernstige NPS zoals: wanen, hallucinaties, agitatie, dysforie, angst, euforie, apathie, ontremd gedrag, prikkelbaarheid, doelloos repetitief gedrag, nachtelijke onrust en verandering in eetgedrag. Dit zijn de twaalf items die gemeten worden in de NPI-Q.⁹

Exclusiecriteria: 1 van deze 13 patiënten had een frontotemporale dementie. Gezien de enorme gedragsproblemen die dit ziektebeeld met zich mee kan brengen, werd deze patiënt niet geïnccludeerd.

Voor aanvang van de studie is bekeken of de studie WMO-plichtig is door het doorlopen van het stappenschema op de website www.ccmo.nl. Geconcludeerd is dat de studie niet WMO-plichtig is, omdat deze niet valt onder de reikwijdte van gedragswetenschappelijk onderzoek. Cliënten worden door het sterk cliëntgerichte karakter van muziektherapie niet onderworpen aan handelingen. Er werd toch besloten een informed consent procedure uit te voeren, waarbij alle contactpersonen van de patiënten toestemming gaven. Uiteindelijk pasten 12 patiënten binnen de inclusiecriteria.

De beoordeling van globaal cognitief functioneren, NPS en emotionele belasting van het verzorgend personeel vond plaats vóór (T₀) (mei/juni 2010) en na de interventieperiode van 6 maanden (T₁) (november/december 2010). De 12 patiënten werden door een loting willekeurig verdeeld in twee groepen: 6 patiënten in de experimentele groep ‘muziektherapie’ (MT-groep) en 6 patiënten in de controlegroep. Frequentie van de interventie was twee keer per week. Patiënten kregen de behandeling in de muziektherapieruimte, in sessies van ongeveer 30 minuten. De sessies waren individueel en actief, afgestemd op de patiënt. De sessies deden een beroep op zelf handelen door de patiënt in interactie met therapeut. Uitgangspunten waren daarbij steeds een cliëntgerichte benadering en het analoog procesmodel.² Er werd steeds gebruik gemaakt van de Observatieleidraad Muzikale Vormgeving van Kurstjens 2009.⁹ Patiënten in de controlegroep volgden hun gewoonlijke activiteit op de afdeling.

Globaal cognitief functioneren werd beoordeeld door de Mini Mental State Examination¹⁰ (MMSE) met een totaalscore van 0 tot 30. De mate van de ernst van de NPS van de patiënten en de emotionele belasting hiervan van het verzorgend personeel werden beoordeeld met de Neuro-psychiatrische Vragenlijst-Questionnaire (NPI-Q).¹¹ De verzorgenden die de vragenlijst afnamen waren niet geblindeerd voor het onderzoek. De ernst van de NPS werd gescoord op een 4-puntsschaal (0-3) met een totaalscore van 0 tot 36. De emotionele belasting van de verzorgende werd gescoord op een 6-puntsschaal (0-5) met een totaalscore van 0 tot 60.

Gebruik van psychofarmaca werd tijdens het onderzoek gemonitord, maar intercurrente ziekten niet.

STATISTIEK

Verwerking en analyse van de data gebeurde met behulp van SPSS Statistics 20 voor Windows. De Mann-Whitney U-test werd gebruikt om de NPI-Q, MMSE-scores en gebruik van psychofarmaca van controlegroep en MT-groep te vergelijken met statistische significantie van $p < 0,05$.

RESULTATEN

Beschrijving van de onderzoekspopulatie

Van elke groep stierf een cliënt tijdens de interventieperiode. De statistische analyse werd uitgevoerd op 10 patiënten met 5 patiënten in elke groep, waarvan 8 vrouwen en 2 mannen. De leeftijd varieerde van 67 jaar tot 95 jaar (gemiddelde 86,5). Verandering in de gemiddelde MMSE- en NPI-Q-scores (ernst NPS en emotionele belasting van het verzorgend personeel) in beide groepen staat weergegeven in grafieken 1, 2 en 3.

Globaal cognitief functioneren

De Mann-Whitney U-toets liet zien dat de gemiddelde MMSE-scores van de experimentele groep significant verschilden van de MMSE-scores van de controlegroep op T1 ($z = -2,22$, $p < 0,026$) (zie tabel 1).

De gemiddelde scores suggereren dat de experimentele groep een grotere MMSE-score had na MT dan de controlegroep.

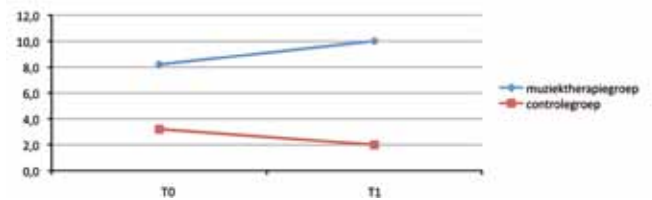
Ernst van de NPS van de patiënten (globale scores NPI-Q)

De Mann-Whitney U-toets liet zien dat de ernst van de gedragsstoornissen significant is afgenomen in de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep ($z = -2,19$, $p = 0,028$) (zie tabel 1).

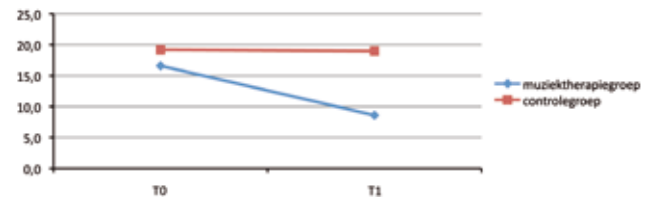
Emotionele belasting van het verzorgend personeel

De Mann-Whitney U-toets liet zien dat ook de afname van de belasting van het verzorgend personeel na de MT interventie significant was ($z = -2,21$, $p < 0,027$) (zie tabel 1).

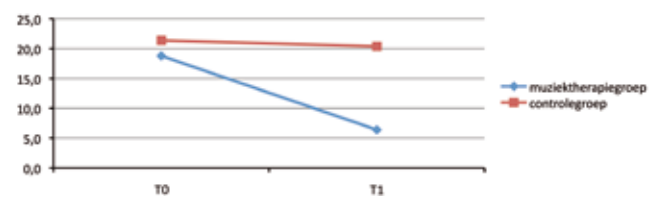
Gebruik van psychofarmaca werd geanalyseerd. Hierbij was er geen significant verschil tussen de twee groepen. Zowel controle- als experimentele groep hadden een patiënt waarbij de psychofarmaca was verhoogd en een patiënt waarbij deze was verlaagd.



Grafiek 1. Gemiddelden MMSE per groep op T0 en T1.



Grafiek 2. Gemiddelden NPI-q -ernst van de gedragsproblematiek op T0 en T1.



Grafiek 3. Gemiddelden NPI-q -emotionele belasting op T0 en T1.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Door toeval als gevolg van de loting had de MT-groep een hogere gemiddelde MMSE-score dan de controlegroep en een lagere gemiddelde score op de ernst van de NPS (NPI-Q). Dit kan invloed hebben gehad op de resultaten van dit onderzoek. Daarnaast beperken het kleine aantal patiënten het niet monitoren van intercurrente ziekten en het niet-geblindeerd zijn het onderzoek.

Opvallend was dat de gemiddelde MMSE-score van de MT-groep een significante verbetering liet zien ten opzichte van de gemiddelde MMSE-score van de controlegroep. Twee patiënten konden zelfs bij het tweede meetmoment een zin schrijven, een vaardigheid die eerder verloren was gegaan. Dit staat in tegenstelling tot de resultaten in de Cochrane-review¹² in 2011 waarbij er geen significante verbetering van MMSE-scores na behandeling met muziektherapie is aangegeven. Aanbeveling is een groter onderzoek uit te voeren naar het effect van muziektherapie op de mate van cogni-

Tabel 1. De gemiddelde scores, SD, z-scores en p van de verschillen van MMSE, NPI-Q voor T0 en T1 worden gegeven in onderstaande tabel.

	Gehele groep Gemiddeld (SD)	MT-groep Gemiddeld (SD)	Controlegroep Gemiddeld (SD)	z-score	p
MMSE T0	5,7 (4,7)	8,2 (3,7)	3,2 (4,4)	-1,70	0,090
MMSE T1	6,0 (5,3)	10,0 (3,4)	2,0 (3,5)	-2,22	0,026
NPI-Q T0 (ernst)	17,9 (4,5)	16,6 (5,5)	19,2 (3,1)	-0,84	0,399
NPI-Q T1 (ernst)	13,8 (7,8)	8,6 (3,5)	19,0 (7,6)	-2,19	0,028
NPI-Q T0 (emotionele belasting)	20,1 (8,8)	18,8 (9,9)	21,4 (8,4)	-0,52	0,600
NPI-Q T1 (emotionele belasting)	13,4 (10,8)	6,4 (3,5)	20,4 (11,3)	-2,21	0,027

Significantie: p-waarde (2 tailed) $< 0,05$.

tieve achteruitgang van patiënten met dementie en de specifieke manier waarop een actieve individuele sessie uitgevoerd kan worden, om dit effect zo groot mogelijk te maken.

Er is ook een significante vermindering van de emotionele belasting van het verzorgend personeel (totale NPI-Q emotionele belastingscore) bij de MT-groep. Er is nauwelijks literatuur te vinden om onze bevindingen mee te vergelijken. Opvallende observaties en rapportages van de verzorging tijdens de interventieperiode gingen over het stoppen van het dagelijks wildplassen van een patiënt van de MT-groep.

Onze data lieten een significante vermindering van NPS (totale NPI-Q ernstscore) bij de patiënten in de MT-groep zien. Deze data komen overeen met de resultaten van RCT-studies van Raglio et al.^{8,13} in 2008 en 2010. In deze twee studies werd muziektherapie gegeven in kleine groepen. In onze studie kregen patiënten individuele muziektherapie sessies.

Farmacologische behandeling van NPS is op een grote schaal in de Nederlandse verpleeghuizen (n = 556)¹⁴ en in een placebocontroleerde studie (n = 55)¹⁵ in Noorwegen onderzocht. Beide studies lieten zien dat NPS verbeterden of gelijk bleven na het stoppen van antipsychotica bij patiënten met dementie. Bij een recente Cochrane-review in 2013¹⁶ concluderen de auteurs dat bij ouderen met dementie langdurig gebruik van antipsychotica gestopt kan worden zonder verslechtering van NPS. Er zijn echter aanwijzingen dat patiënten met ernstiger NPS (totaal NPI > 14) baat kunnen hebben bij het voortzetten van het gebruik van antipsychotica. Deze drie artikelen^{14,15,16} bevestigen het belang van het overwegen van niet-farmacologische behandeling van NPS bij patiënten met dementie in het verpleeghuis als eerste optie. Deze artikelen wijzen er ook op dat artsen terughoudend moeten zijn bij het voorschrijven van antipsychotica.

Aanbeveling is dat studies met grote aantal deelnemers worden uitgevoerd om meer zicht te krijgen op de duur van het effect en op het antwoord op de vraag welke muzikale elementen het belangrijkste zijn voor dit effect, om deze zo gericht mogelijk in te kunnen zetten in de behandeling. Ook het verschil tussen groepen en individuele muziektherapie verdient een aanbeveling verder te worden onderzocht. Individuele actieve therapie kan mogelijk meer effect hebben, omdat de muziektherapeut de therapie sessie beter kan aanpassen aan de patiënten in zijn behoeften en karakter. Volgens Raglio et al.¹⁷ is de directe interactie tussen therapeut en patiënt cruciaal voor het succes van de interventie.

Tijdens dit onderzoek is muziektherapie op de twee afdelingen (verzorgenden, teamleiders, management) unaniem ervaren als een behandeling die patiënten positief beïnvloedt. Muziektherapie is na het pilotonderzoek 12 uur per week op deze afdelingen voortgezet als behandelende discipline.

DANKBETUIGING

Wij willen speciaal dank betuigen aan prof. dr. E.J.A. Scherder die ons heeft geadviseerd en geholpen met de statistische analyses. Wij danken de patiënten, contactpersonen, verzorgenden van PGo en PGI en teamleiders Selina van Bruggen en Debby Brandon. Verder danken we het management dat heeft ons ondersteund: Irma Van Weert, Anja Schouten en Dirk Raymakers.

LITERATUUR

1. *Handreiking multidisciplinaire werken aan Probleemgedrag*, 2008, Verenso.
2. Smeijsters H (red.). *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
3. Swartz KP, Hantz EC, et al. Does the melody linger on? Music cognition in Alzheimer's disease. *Seminars in Neurology* 1989;9(2):152-8.
4. Aldridge D, Aldridge G. Two epistemologies: music therapy and medicine in the treatment of dementia. *The Arts in Psychotherapy* 1992;19:243-55.
5. Broersen M, Nieuwenhuijzen N van. Music Therapy for persons with dementia. In: Jones, GMM & Miesen, B (red.), *Caregiving in dementia*. Hove and New York: Brunner-Routledge, 2004.
6. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatics of human Communications*. New York: Norton, 1967.
7. Thaut MH. *Rhythm, music and the brain*. New York/London: Routledge, 2005.
8. Raglio A, Bellelli G, Traficante D, et al. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioural and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 2008 Apr-Jun;22(2):158-62.
9. Kurstjens H. *Observatieleidraad muzikale vormgeving*, 2009.
10. Kok R de, Verhey F, et al. Dutch translation of the Mini Mental State Examination, 2002 (Folstein et al, 1975).
11. Jonghe JF de, Kat MG, et al. Neuropsychiatric inventory questionnaire (NPI-Q): A validity study of the Dutch form. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 2003 Apr;34(2):74-7 (Kaufer et al, 2000).
12. Vink AC, Bruinsma MS, Scholten RJPM. Music Therapy for people with dementia. *The Cochrane Collaboration*, 2011.
13. Raglio, A, Bellelli, G, Traficante, D, et al. Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: a randomised controlled trial. *Aging & mental health* 2010 Nov;14(8):900-4.
14. Kleijer BC, Marum RJ van, et al. The course of behavioural problems in elderly nursing home patients with dementia when treated with antipsychotics. *International Psychogeriatrics* 2009;1-10.
15. Ruths S, Straand J, et al. Stopping antipsychotic drug-therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study-the Bergen District Nursing Home study (BEDNURS). *Int. J Geriatr. Psychiatry* 2008 sep;23(9):889-95.

16. Declercq T, Petrovic M, Azermi M, et al. *Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia (review)*. The Cochrane Collaboration, 2013.
17. Raglio A, Belevi G, Mazzola P, et al. *Music, music therapy and dementia: a review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association*. *Maturitas* 2012 aug; 72(4):305-10.

Correspondentieadres
vcaramel@amstelring.nl

CASUS

De heer L. Smid, 90 jaar, werd opgenomen op de psychogeriatrische afdeling van Vreugdehof in verband met de diagnose dementieel beeld, waarschijnlijk Alzheimer. Meneer had voor opname last van een reuma-aanval en sindsdien was een chronisch delier ontstaan. Sinds opname had meneer last van loopdrang op de afdeling. Hij kon daarbij onrustig zijn en dwangmatig op zoek naar zoetheid. Hij liep daarbij voorover gebogen. Zijn dagnacht-ritme was gestoord, waardoor hij 's nachts weinig sliep en overdag vaak slaperig en soms oververmoeid was. De combinatie van deze factoren veroorzaakte meerdere episoden van valpartijen. Daarnaast urineerde hij niet meer op het toilet, maar op verschillende plekken op de afdeling. Hij had last van hallucinaties, die verminderden na het starten van Dipiperon en Exelon.

Meneer is tijdens een pilotonderzoek naar het effect van muziektherapie op de afdeling via een loting in de interventiegroep terechtgekomen. Hij is begonnen met individuele muziektherapiesessies, twee maal per week gedurende zes maanden, vanaf 14 juni 2010. Hij had daarvoor nooit muziektherapie gehad. Voor de start van de sessies had meneer een MMSE-score 3 uit 30, een NPI-Q ernstscore van 24 uit 36 en een NPI-Q emotionele belastingscore van 33 uit 60. Bij start van muziektherapie had meneer geen last meer van chronisch delier met hallucinaties, maar wel van dwangmatig loopdranggedrag, prikkelbaarheid, agitatie, dagnachttrimestoornissen en ontremd eetgedrag.

METHODE MUZIEKTHERAPEEBENADERING

Tijdens de muziektherapeutische benadering lag de focus op actieve muziektherapie: een vorm van muziektherapie waarbij wordt gewerkt met een muzikale werkvorm of improvisatie waaraan de therapeut en de patiënten actief deelnemen.

Tijdens de muziektherapiesessies was meneer aanvankelijk ofwel erg slaperig ofwel erg onrustig, waarbij hij niet kon blijven zitten in de stoel. Hem uitnodigen tot actief spel op een instrument leek daarbij niet mogelijk en niet zinvol. Wel ging meneer in beide situaties in op het spel van de therapeut op gitaar of piano met zijn stemklanken. In beide situaties werd het gedrag van meneer weerspiegeld in zijn muzikale vormgeving: ofwel erg zachte, langzame en bijna onhoorbare stemklanken, ofwel steeds abrupt stoppende stemklanken.

Bij onrust bleken sterke, structurende klanken en het visuele beeld van de piano meneer een duidelijke herkenning, houvast en duidelijkheid te geven, wat zijn onrust in veel gevallen zichtbaar korte tijd verminderde. Bij slaperigheid bleek vlakbij hem zingen met de gitaar, aansluitend bij zijn zachte, bijna onhoorbare stemklanken, een belangrijk contact op te leveren. In korte bewoordingen gaf meneer in de beginperiode al aan dat juist de zachtheid en de rust voor hem belangrijk waren. De therapeut gaf veel ruimte aan deze soms zeer zachte klanken, sloot erbij aan en onderzocht de mogelijkheden binnen dit contact. Gaandeweg de weken liet meneer binnen dit contact steeds meer en duidelijker zijn stem horen, waarbij de therapeut hem hierin steeds bekrachtigde door te spiegelen. Ook gaf de therapeut meneer een vorm van zelfregie die voor hem belangrijk leek, door hem zelf aan te laten geven te willen stoppen of door te gaan met het zingen. Meneer liet eerst flarden, maar daarna steeds duidelijker een tweede stem horen. Het zingen van deze tweede stem bleek heel dichtbij de identiteit en levensloop van meneer te staan. Hij zong in het verleden in een kerkkoor.

De tweedeling in situaties binnen de sessies was steeds minder aanwezig, en steeds meer kwam het plezier in het samen zingen, het ervaren van innerlijke rust en contact op de voorgrond te staan. Meneer had daarbij een duidelijke gevoelsmatige, auditieve en visuele binding met de zangklanken en de gitaar. Op de Observatieleidraad Muzikale Vormgeving waren de grootste veranderingen te zien in de secties klank en dynamiek. Er kwam daarbij meer variatie in liedjes en de liedjes stonden steeds meer in verband met elkaar en met thema's uit het leven van meneer. Hij vertelde meer over zijn leven, zijn zang in het kerkkoor en zijn werk als technisch hoofdamtenaar. De therapeut had daarbij een belangrijke functie in het creëren van ruimte, structureren en bekrachtigen. Meneer herkende het contact duidelijk en verwoordde wat de sessies voor hem betekenden: 'Het houdt ons intact', 'Het is belangrijk dat we dit hebben', 'Jij doet het zo dat ik naar voren kan komen'. Na de periode waarin het onderzoek liep, is de muziektherapie met meneer voortgezet. Voor het starten van de muziektherapie werd de medicatie van meneer veranderd: Dipiperon werd gestopt, Trazolan afgebouwd en een lage dosering Mirtazapine werd gestart. Tijdens de interventieperiode is alleen Mirtazapine licht verhoogd in verband met slaapproblemen.

RESULTAAT

Na zes maanden muziektherapie had meneer een MMSE-score van 7 uit 30, een NPI-Q ernstscore van 8 uit 36 en een NPI-Q emotionele belastingscore van 5 uit 60. De MMSE-score was meer dan 50% verhoogd. NPI-Q ernstscore was 66% verlaagd en NPI-Q emotionele belastingscore van het verzorgend personeel was 85% afgenomen. Duidelijke veranderingen traden op in de NPI-Q ernstitems: wanen, agitatie/agressie, angst, apathie, ontremd gedrag, prikkelbaarheid/labiliteit, doelloos repetitief gedrag en eetlust/eetgedrag verandering. Er trad geen verbetering van NPI-Q ernstitem nachtelijke onrust/slaapstoornissen op.

DISCUSSIE

Buiten de muziektherapiesessies was in deze periode een verandering zichtbaar. Volgens rapportages van verzorgend personeel was meneer op de afdeling minder onrustig, plaste niet meer op de afdeling en hij was aan het zingen. In het zingen was geen onrust of dwangmatigheid aanwezig. Meneer had meer contact met zijn hele omge-

ving, soms ook in samen zingen, en de andere bewoners op de afdeling benaderden hem positiever. Zijn zorgzame, lieve karakter en interesse voor mensen kwam nu veel meer tot uiting. Soms vroeg hij de muziektherapeut de gitaar te halen om samen met de mensen aan zijn tafel te zingen.

In het geheel werd er meer appèl gedaan op zijn cognitieve en contactuele vaardigheden en was er duidelijk minder emotionele belasting voor de verzorgenden.

Tijdens de interventieperiode was er sprake van een medicatieverandering (lichte verhoging Mirtazapine) die nauwelijks effect heeft laten zien op zijn dagnachtritmestoornissen.

CONCLUSIE

Na de interventieperiode waren de ernst van de NPS van meneer en de emotionele belasting van het verzorgend personeel sterk gedaald. De MMSE-score van meneer was toegenomen. De kwaliteit van leven van meneer was voor iedereen zichtbaar groter geworden. Dit wijst op een positief effect van muziektherapeutische behandeling op NPS.

Ouderen en huisdieren 1

Interview met de heer Janssen

Lonneke Schuurmans

Binnen de verpleeghuiswereld worden regelmatig bezoekhonden ingezet. Wat vinden cliënten zelf eigenlijk van deze activiteit? In dit blad vindt u vijf geanonimiseerde interviews met deelnemers aan een bezoekhondenactiviteit, gebaseerd op het onderzoek uit 2011 naar het effect van deze activiteiten, uitgevoerd door Gerjanne Brand, psychologiestudent aan de Universiteit van Utrecht.

De heer Janssen is 72 jaar en sinds zes maanden met een RM opgenomen op een PG-afdeling vanwege een frontotemporale dementie. Hij heeft als hoogst genoten opleiding MULO-B en krijgt naar eigen zeggen regelmatig bezoek. De heer Janssen vertelt dat hij vroeger huisdieren heeft gehad, namelijk een hamster en een hond (een Bouvier). Hij benadrukt dat de huisdieren vooral voor de kinderen waren bestemd, maar dat hij er stiekem zelf ook erg van genoot.

Op de afdeling waar de heer verblijft vinden zorgdieractiviteiten plaats. Een keer per week komen er bezoekhonden op de afdeling. Tot vreugde van de cliënten waaronder de heer Janssen.



‘De Koningspoedel vind ik het leukst,’ vertelt hij. ‘Ik zie hem als een maatje. Hij legt zijn kop op mijn benen en dan voelt het alsof we vrienden zijn.’ Spelen met de hond heeft zijn voorkeur, maar rustig aaien is ook fijn. ‘Het is heerlijk als hij gewoon bij me komt liggen.’ De heer geniet ook van buiten wandelen met de hond. ‘Als het niet regent!’

De heer Janssen geeft de voorkeur aan een rustige hond op de afdeling. Op de vraag of hij het een goed idee vindt dat de dieren op de afdeling komen, antwoordt hij positief. Hij merkt echter geen verschil in zijn eigen stemming of humeur sinds de bezoekdieractiviteit is gestart. Hij merkt wel dat niet alle cliënten evenveel met de honden doen. ‘Sommige mensen lopen weg als zij de hond zien.’

Over de vraag of hij door wil gaan met de bezoekhonden hoeft hij niet lang na te denken. ‘Graag!’

Even voorstellen...

Nienke Nieuwenhuizen, voorzitter Verenso

De tweede dag van het nieuwe jaar. Bovenaan het word-document schrijf ik: 'Van de voorzitter'. Ik kan u vertellen: dat voelt best goed. Misschien ook omdat mijn voorgangster een goed voorbeeld is geweest. Wervend, vol enthousiasme en met een duidelijke visie heeft ze ons specialisme bekendheid gegeven.

Zoals ik op het congres al zei: ik ben er trots op de voorzitter te mogen zijn van onze beroepsvereniging. Trots op ons vak dat toch uniek is in de wereld. Een specialisme dat mijn hart heeft gestolen nadat ik, enigszins gedesillusioneerd, de interne geneeskunde had verlaten. Als specialist ouderengeneeskunde kan ik gelukkig mijn interesse in de interne geneeskunde nog voldoende bevredigen. Ik heb geleerd dat niet alles diepgravend onderzoek behoeft om toch een goede behandeling en begeleiding te kunnen geven. Je richten op functionaliteit en kwaliteit van leven. Zonder in de valkuil te stappen die ageïsme heet! Een goede diagnose blijft vaak onontbeerlijk om de juiste koers uit te zetten. De mens in zijn geheel; soma en psyche, verleden en heden, individu en sociaal netwerk. Dokter zijn is voor mij het kijken naar al die dingen samen. En dan met het hele team op zoek naar de beste oplossing. Deductief denken in optima forma!

Een oplossing is echter niet altijd makkelijk voorhanden, omdat we te maken hebben met zeer complexe zorgvragen, zoals bijvoorbeeld de heer H. die ik laatst sprak met zijn vrouw, een jonge man van 55 met een erfelijke ziekte. Jarenlang werd hij begeleid door de neuroloog. Maar nu, met de beperkingen die nu dus toch ontstonden, wisten ze het in het ziekenhuis ook niet meer. Hoe verder? Waar en hoe kan deze man zijn laatste jaren op een mooie manier doorbrengen? Niet makkelijk, maar wel mooi werk.

Soms is de oplossing eigenlijk wel makkelijk. Zoals de heer B. (82 jaar) die vanuit huis werd opgenomen op de kortdurende afdeling. Crisissituatie. Zijn vrouw zag het niet meer zitten. Hijzelf ook niet. Twee weken eerder ontslagen uit het ziekenhuis na een ernstige pneumonie. Nu bedlegerig en somber. Het ging niet meer thuis. Men verwachtte dat hij in het verpleeghuis zou moeten blijven. Maar uiteindelijk kon deze man na 'gewoon' wat revalidatie en het inzetten van de juiste zorg thuis, weer naar huis. Hij was mobiel met rollator en kon weer helpen in de zorg voor de 33 fretten die het echtpaar in huis had. Dat wat voor ons makkelijk is, is dat voor anderen niet altijd. Het is ervaring en expertise. Dat mogen we wat mij betreft nog vaker zeggen, schrijven en laten zien!



Ons vak is zeer divers. Dat laat ook dit nummer van het tijdschrift ons weer zien. Behandeling, preventie, jongeren, ouderen, evidence-based en complementaire geneeskunde. Iedere specialist ouderengeneeskunde en elke sociaal geria-ter heeft zijn of haar eigen expertise en veelal ook een eigen werkwijze. Die diversiteit is zowel onze kracht als onze valkuil. Onze kracht als we kennis kunnen bundelen, onderbouwen en uitdragen. Onze valkuil omdat we nog te vaak onvoldoende kunnen duidelijk maken wat we doen en met welk resultaat.

De maatschappij is aan het kantelen en de organisatie van de gezondheidszorg ligt onder vuur. Ook in de langdurige zorg gaat veel veranderen. Te beginnen met het verdwijnen van de verzorgingshuisplekken. Wat merken we daarvan? Wat wordt het alternatief? En welke veranderingen zijn er nog meer te verwachten in de verpleeghuiszorg? Blijven we altijd onderdeel uitmaken van die wet langdurige zorg? Of zal er een verdere scheiding van wonen en zorg volgen? Moeten ook wij in de toekomst aanschuiven aan de tafel van de zorgverzekeraar voor zowel de institutionele als de extramurale zorg?

Het is nu meer dan ooit belangrijk dat we ons laten horen en ons proactief opstellen. We moeten de basis leggen voor het behandelplan van de ouderengeneeskunde van de toekomst. Daarom wil ik jullie alvast uitnodigen voor de ledenvergadering in het voorjaar, op 22 mei. Een vergadering nieuwe stijl. Een vergadering die wat mij betreft ook echt een vergadering van en door leden wordt. Leden die praten met leden. En uiteraard ook met bestuur en bureau. Preventief werken en voorkomen dat we in crisis worden wegbezuinigd of misschien wel ten onder gaan aan ons eigen succes. Prioriteiten stellen voor de toekomst. Want de hele wereld stapt opzij voor hen die weten waar ze heengaan!

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

- Terug naar inhoudsopgave -

CURRICULUM VITAE NIENKE NIEUWENHUIZEN

Na drie jaar als aios interne geneeskunde gewerkt te hebben, maakte ik in 2004 de overstap naar de verpleeghuisgeneeskunde. Sindsdien werk ik met veel plezier als specialist ouderengeneeskunde in de regio's rond Almere. Het 'dokteren' combineer ik vanaf het begin met het werk aan de Vrije Universiteit, waar ik docent ben. Het afgelopen jaar heb ik kwalitatief onderzoek gedaan naar de problemen die huisartsen ervaren in de zorg voor de oudere, complexe patiënt in de eerste lijn. De resultaten daarvan zullen hopelijk binnenkort worden gepubliceerd. De samenwerking met huisartsen is dan ook een specifiek interessegebied van mij.

Maar ook de intramurale zorg is belangrijk. Aandacht voor de kwaliteit van zorg, ondersteuning op het gebied van werkprocessen en de verdere academisering van ons vakgebied zijn maar enkele van de vele aspecten die aandacht behoeven. Natuurlijk hebben ook de veranderingen in wetgeving en financiering onze aandacht nodig. En we mogen ons wellicht wat vaker mengen in discussies rond het levenseinde, palliatieve zorg en andere maatschappelijke kwesties.

Vanaf 2011 ben ik lid van de raad van toezicht. In die functie heb ik gezien dat de vereniging de afgelopen jaren, onder leiding van het huidige bestuur en met hulp van de bureaumedewerkers, een positieve ontwikkeling heeft doorgemaakt. Ik ben overtuigd van het belang en de ongekende mogelijkheden van een goed georganiseerde beroepsvereniging. Ik hoop daar als voorzitter mijn steentje aan te mogen bijdragen.

Noot van de redactie:

In het volgende nummer van het tijdschrift zal er een interview met Nienke Nieuwenhuizen geplaatst worden. Volg haar via twitter @Nienke010 of maak een connectie met haar via LinkedIn.

Ouderen en huisdieren 2

Interview met de heer De Vries

De heer De Vries, 73 jaar en gehuwd, woont op een GGZ-afdeling voor ouderen met chronische psychiatrie. Hij is bekend met een recidiverende depressie en een cognitieve stoornis NAO. Hij woont inmiddels drie jaar op de huidige afdeling. Hij heeft als hoogst genoten opleiding de MULO afgerond.

Dertig jaar geleden had de heer een hond (een Tervurenaar), maar later heeft hij geen huisdieren meer gehad. De heer vind de hondenbezoeken op de afdelingen 'wel mooi'. Bij navraag legt hij uit wat hij hiermee bedoelt. 'Ik vind het prachtig een hond, maar of ik dan ook afleiding heb, dat zie ik niet zo zitten. Een boek of krant zou mij net zo afleiden. Als therapie is het niet van veel waarde.'

De heer De Vries vertelt verder dat hij denkt dat wandelen met de hond hem beter zou helpen, maar dat dit nog niet was gelukt, om uiteenlopende redenen. Navraag bij de activiteitenbegeleidster leert dat de heer De Vries vaak niet mee wil als er een wandelactiviteit wordt georganiseerd.



De heer De Vries vindt het belangrijk dat hij een band met de hond heeft en dat de hond betrouwbaar en lief is. 'En hij moet er ook mooi uitzien.' Hij praat graag tegen de hond en ook aaien vindt hij fijn. Hij ziet de hond als een huisgenoot. De heer De Vries is niet zo gek op de kunstjes die worden gedaan tijdens de bezoeken, want die doen hem denken aan het circus en 'daarvoor is hij hier niet'. Hij voegt er wel aan toe dat hij ziet dat andere cliënten er wel plezier aan beleven en dat dit ook belangrijk is. Hoewel het hemzelf niet zoveel uitmaakt, vindt hij het daarom toch belangrijk om met de bezoeksactiviteit door te gaan.

Tai chi en valpreventie

Dr. I.H.J. Logghe, Hogeschool docent Academie voor Gezondheidszorg en Senioronderzoeker Lectoraat Active Ageing Avans Hogeschool Breda

INLEIDING

Vallen is wereldwijd één van de grootste gezondheidsproblemen bij ouderen. In westerse landen valt ongeveer 30% van de zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder één of meer keer per jaar, 15% valt twee keer of vaker per jaar.¹ Om meer inzicht te krijgen in de omvang van het probleem in Nederland monitoren zorginstellingen uit de acute, chronische en thuiszorgsector op vrijwillige basis jaarlijks valincidenten voor de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ).² Hierbij worden afdelingen en cliënten van de deelnemende zorginstellingen op één dag onderzocht op preventie en behandeling van valincidentie met behulp van gestandaardiseerde registratieformulieren. De valincidentie wordt over een periode van 30 dagen voorafgaand aan de meetdag geregistreerd. In 2012 werden 7522 cliënten onderzocht met betrekking tot valincidentie; de meeste cliënten (n = 6307) kwamen uit verpleeg- en verzorgingshuizen, 708 cliënten kwamen uit algemene ziekenhuizen en 507 cliënten kwamen uit de thuiszorginstellingen. Bij de LPZ 2012 wordt in alle sectoren een geleidelijke toename van het aantal ouderen dat valt gevonden met een toename van de leeftijd. Vanaf 60 jaar en ouder stijgt het aantal ouderen dat valt flink en in de leeftijdsgroep van 80-89 jaar is de valincidentie het hoogst.² Uit de LPZ 2012 blijkt dat cliënten die in grote mate zorgafhankelijk zijn vaker vallen en cliënten die vrijwel zelfstandig zijn het minst vallen.² Door de vergrijzing en de verwachte toename van het aantal zelfstandig thuiswonende ouderen zal het aantal valincidenten de komende jaren stijgen.

Valincidenten bij zelfstandig wonende ouderen kunnen leiden tot verschillende negatieve gevolgen. Ongeveer 55 tot 70% van de valincidenten heeft lichamelijk letsel tot gevolg, waarvan 5 tot 6% tot ernstig letsel leidt zoals een heupfractuur.^{3,4} Van alle valgerelateerde letsels nemen fracturen het grootste deel van de medische kosten en de verhoogde kans op morbiditeit en mortaliteit voor hun rekening.⁵ De meeste valgerelateerde letsels zijn echter niet zo ernstig (bijvoorbeeld blauwe plekken) en medische hulp is vaak niet nodig. Als ouderen zich die val niet meer herinneren kan dit mogelijk tot onderrapportage leiden. Naast lichamelijk letsel kan een val leiden tot het ontstaan van functionele beperkingen en verlies van zelfstandigheid. Ten slotte kan een val leiden tot negatieve psychosociale en gedragsmatige gevolgen, zoals angst om te vallen en het vermijden van bepaalde activiteiten. Twee op de vijf ouderen die vallen hebben valangst, vooral in de thuiszorg. Echter, van de ouderen die niet vallen, heeft een kwart ook valangst. Eén op de

SAMENVATTING

Valincidenten vormen wereldwijd één van de grootste gezondheidsproblemen bij zelfstandig wonende ouderen. Ouderen die te weinig bewegen, balansproblemen of valangst hebben, zouden tai chi kunnen opnemen als onderdeel van hun lifestyle. Het huidige bewijs over de effectiviteit van tai chi voor valpreventie is niet eenduidig en lijkt samen te hangen met meerdere factoren, waaronder mate en oorzaak van het valrisico, de mate van lichamelijke (in)activiteit van de oudere en de dosis van de interventie. Bestaand onderzoek heeft zich tot nu toe niet gericht op ouderen die tai chi als onderdeel van hun lifestyle hebben opgenomen.

vijf ouderen die valt, vermijdt na het valincident (deelname aan) activiteiten. Van de ouderen die niet vallen, vermijdt bijna één op zeven cliënten (deelname aan) activiteiten. Het vermijden van activiteiten geldt vooral in de thuiszorg.²

Ondanks de mogelijke onderrapportage van het aantal valincidenten en de kanttekening met betrekking tot het kleine aantal ouderen in de afzonderlijke categorieën uit de LPZ 2012 geeft deze meting aan dat ook in Nederland vallen een groot gezondheidsprobleem is voor zelfstandig wonende ouderen. Het is dan ook belangrijk om preventieve maatregelen te nemen om vallen te verminderen.

RISICO-IDENTIFICATIE EN OEFENTHERAPIE

Uit onderzoek blijkt dat zelfstandig wonende ouderen met een laag valrisico op een eenvoudige, makkelijke en valide manier opgespoord kunnen worden door gebruik te maken van drie eenvoudige vragen over valgeschiedenis, loophulpmiddelen en valangst. Het opsporen van ouderen met een hoog valrisico blijkt echter niet zo eenvoudig.^{6,7} Toch wordt dit aanbevolen in de huidige richtlijnen. Een val in het verleden wordt als een belangrijke voorspeller voor toekomstige vallen gezien en is tot op heden één van de weinige sterke risicofactoren voor vallen die zijn geïdentificeerd. De richtlijnen adviseren om op regelmatige basis ouderen te screenen op verhoogd valrisico door de aanwezigheid van de risicofactoren valgeschiedenis, mobiliteitsstoornissen (problemen met lopen, verminderde balans en/of spierkracht) en valangst in kaart te brengen (case-finding).^{8,9,10} Ouderen waarbij die risicofactoren aanwezig zijn, dienen uitgebreider onderzocht te worden en ten slotte kan een passende preventieve interventie ingezet te worden. In de praktijk zal de case-finding vooral plaatsvinden bij ouderen die zich

melden met letsel na een val bij de eerste hulp (of huisarts). Deze groep zal doorverwezen worden naar bijvoorbeeld een valpolikliniek voor uitgebreider onderzoek. Dit uitgebreide onderzoek is noodzakelijk, omdat de drie eenvoudige vragen alléén ouderen met een laag valrisico valide kunnen opsporen. Een grote groep ouderen die (vaker) valt zonder lichamelijk letsel zal minder snel uitgebreid onderzocht worden, terwijl zij mogelijk tot de hoog risicogroep behoren. Indien alle ouderen (65 jaar en ouder) jaarlijks via de huisarts of een andere zorgprofessional gescreend worden met de drie eenvoudige vragen kan de grootste (laag risico) groep het jaar daarop opnieuw gescreend worden. Voor de overige groep kan het zinvol zijn om bewezen effectieve valpreventieve maatregelen in te zetten. De meest effectieve valpreventieve maatregelen richten zich op risicofactoren zoals medicatiegebruik en balansstoornissen.^{1,11,12}

Reviews, meta-analyses en richtlijnen concluderen dat oefentherapie – met name indien deze gericht is op balansverbetering – zeer waarschijnlijk kan bijdragen aan het verminderen van het valrisico bij zelfstandig wonende ouderen.^{1, 9,10,11,13} Daarnaast blijkt oefentherapie gericht op valpreventie lichamelijk letsel na de val te verminderen¹⁴ en zou oefentherapie mogelijk een positieve rol kunnen spelen bij participatieproblemen van ouderen met een valgeschiedenis of valangst.¹⁵ Gezien de resultaten van de LPZ-meting 2012 lijkt het logisch om zelfstandig wonende ouderen te verleiden om een vorm van bewegen (oefentherapie) preventief op te nemen in hun dagelijks leven. Bewegen wordt dan een onderdeel van hun lifestyle.

TAI CHI

Een specifieke vorm van oefentherapie is tai chi, ook bekend onder tai chi chuan, taiji of taijiquan. Tai chi is een Chinese bewegingsleer die in de 13e eeuw ontstaan is en die oorspronkelijk verspreid werd als een vechtkunst, maar tegenwoordig veel gebruikt wordt binnen de traditionele Chinese geneeskunst met als doel de gezondheid te bevorderen. De filosofie van tai chi is gerelateerd aan de traditionele Chinese geneeskunst die uitgaat van het concept dat goede gezondheid het resultaat is van de vitale lichaamsenergie (de 'chi') die vrij door het lichaam kan stromen en ziekte treedt op indien de chi geblokkeerd wordt. Indien tai chi beoefend wordt met de juiste houdingen, met voldoende aandacht en voldoende ontspanning zou dit de doorstroming van de chi bevorderen of deblokkeren. Tai chi is dus niet alleen een oefentherapie maar combineert gezondheid bevorderende componenten met meditatieve en spirituele componenten en taoïstische filosofie.¹⁶

Tai chi kent diverse stijlvormen zoals de Sun-stijl, de Chen-stijl de Wu-stijl en de Yang-stijl. Ondanks de schijnbare diversiteit van bewegingen in de verschillende stijlen blijven de basisprincipes gelijk: 1) het lichaam is rechtop en ontspannen, 2) de geest is alert en rustig en 3) de bewegingen worden in een vaste volgorde op een gecoördineerde manier

uitgevoerd. De kern van de tai chi wordt gevormd door een bewegingsvolgorde (posities) bekend onder 'the Form' en energetische oefeningen: chi kung (Qi Gong). 'The Form' wordt uitgevoerd op een vloeiende en sierlijke wijze, als een dans. De chi kung-oefeningen bestaan uit statische en dynamische oefeningen gericht op balans en het richten van energie. Tijdens het beoefenen van tai chi worden balans, ademhaling en bewegingen op harmonieuze wijze gecombineerd, waarbij de bewegingen vanuit de wervelkolom ingezet worden en in een hoge vorm van concentratie en focus plaatsvinden.^{16,17} Tai chi zou een goede lifestyle-interventie kunnen zijn, omdat het een veilige en rustige manier van bewegen is die goed in het dagelijks leven geïntegreerd kan worden. Het dagelijks tai chi beoefenen kan bijvoorbeeld als ritueel gezien worden en kan bovendien meer spiritualiteit in het leven brengen. De gezondheid bevorderende effecten zullen waarschijnlijk groter zijn naarmate tai chi vaker en langer beoefend wordt.¹⁸

EFFECTIVITEIT

Herhaaldelijk is gerapporteerd dat de valincidentie bij Chinese ouderen de helft lager lijkt te liggen dan de valincidentie bij westerse ouderen. In hoeverre de preventieve werking van tai chi hierbij een rol speelt is onduidelijk.¹⁹ De laatste jaren is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van tai chi als preventieve interventie voor vallen, maar niet als lifestyle-interventie. Zo blijkt uit een recente update van een Cochrane-review dat tai chi het aantal ouderen dat valt statistisch significant kan verminderen, maar dat het aantal valincidenten niet statistisch significant vermindert in vergelijking tot een controlegroep.¹ Tai chi lijkt dus effectief te zijn bij een bepaalde groep ouderen, maar het is lastig om inzicht te krijgen bij welke groep ouderen tai chi effectief is. Immers bij een review worden de resultaten van verschillende studies met verschillende onderzoekspopulaties (bijvoorbeeld verhoogd valrisico ja/nee), in verschillende onderzoeksettingen en met verschillende controle interventies bij elkaar opgeteld. Een andere opstelsom kan dus tot andere resultaten leiden. Uit een sensitiviteitsanalyse van de review blijkt dat de positieve effecten van tai chi ten opzichte van een controlegroep verdwijnen indien alleen studies bij elkaar opgeteld worden waarvan de ouderen bij aanvang van de studie een verhoogd valrisico hadden. Tai chi lijkt dus minder goed te werken bij ouderen met een verhoogd valrisico.¹

Maar ook indien alléén ouderen met een verhoogd valrisico geïnccludeerd worden, hoeven studies niet tot dezelfde resultaten te leiden. Zo bleken de positieve resultaten van een Amerikaanse studie naar de effecten van tai chi op vallen bij zelfstandig wonende ouderen in een vergelijkbare Nederlandse studie niet reproduceerbaar.^{20,21} De Amerikaanse onderzoekers schreven de 47% afname van het aantal valincidenten bij de ouderen die tai chi beoefenden toe aan mogelijke balans verbetering en/of valangstvermindering. De controlegroep kreeg in de Amerikaanse studie voor-

lichting, bij de Nederlandse studie kregen beide groepen een voorlichtingsbrochure over hoe valincidenten in en rondom het huis voorkomen kunnen worden en mochten beide groepen gebruikmaken van de standaardzorg^{21,22}. De afwezigheid van balansverbeteringen en vermindering van valangst in de Nederlandse studie zou ook de afwezigheid van positieve effecten op het valrisico in deze studie kunnen verklaren. Bij aanvang van de studie hadden de ouderen wel een verhoogd valrisico, maar niet op basis van objectieve balans metingen (Berg Balance Score) of valangst. Gedurende de studieperiode van 12 maanden werden in beide groepen geen statistisch significante en/of klinisch relevante balansverbeteringen of valangst vermindering gemeten.

Positieve effecten van tai chi gevonden in reviews en meta-analyses kunnen ook gedeeltelijk verklaard worden door kenmerken van de interventie die de controlegroep kreeg.²³ Uit een meta-analyse uit 2010 bleek dat tai chi tot een significante afname leidde van het valrisico, de balans en de valangst in vergelijking met controlegroepen die andere vormen van oefentherapie kregen. Echter indien tai chi vergeleken werd met controlegroepen die geen vorm van oefentherapie kregen, bleef het positieve effect alleen voor valangst aanwezig. Uit deze meta-analyse bleek tevens dat de positieve effecten groter werden wanneer ouderen gedurende de interventieperiode meer dan 50 uur tai chi beoefenden. Dit pleit voor de aanwezigheid van een positieve dosis-effectrelatie. In een meta-analyse naar het effect van oefentherapie op valpreventie bleek al eerder dat programma's met hogere doses meer effect hadden.¹¹ Maar de resultaten uit de meta-analyse van 2010 dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, door het geringe aantal geïnccludeerde studies.²³

De effectiviteit van tai chi binnen de valpreventie bij zelfstandig wonende ouderen lijkt dus samen te hangen met meerdere factoren, waaronder mate en oorzaak van het valrisico, de mate van lichamelijke (in)activiteit van de oudere en de dosis van de interventie.

SOCIALE EN CULTURELE ASPECTEN

Indien oefentherapie als preventieve maatregel voor vallen wordt aanbevolen, zal een vorm die eenvoudig opgenomen kan worden in de lifestyle en die de balans positief beïnvloedt de voorkeur hebben. Tai chi zou een goede vorm kunnen zijn, mits men rekening houdt met het feit dat de persoonlijke voorkeur voor deelname afhankelijk zal zijn van sociale en culturele omgangsvormen en verwachtingen.

Tai chi wordt meestal als groepsinterventie aangeboden. Ouderen kunnen de groepstherapie als een veilige omgeving zien waarin zij op een prettige, sociale manier lichamelijke activiteiten kunnen uitoefenen. Echter, een aantal ouderen zal groepstherapie ervaren als te confronterend met eigen onvermogen om mee te doen. Daarnaast zal de

oefentherapie op het niveau van de oudere afgestemd dienen te worden wil deze optimaal kunnen deelnemen.²⁵

Tai chi is in de Oosterse landen al eeuwen ingebed in de cultuur. Nederlandse ouderen die affiniteit hebben met de Oosterse cultuur zullen zich zeer waarschijnlijk sterker aangetrokken voelen tot de meditatieve en spirituele componenten die geïntegreerd aangeboden worden met balanscomponenten. Indien een Nederlandse oudere tai chi op latere leeftijd wil gaan beoefenen, zal deze oudere open dienen te staan voor deze culturele aspecten. Dat veel Nederlandse ouderen hiervoor openstaan blijkt uit de vele locaties in sportscholen en buurtcentra waar ouderen in Nederland tai chi beoefenen. De langzame en sierlijke bewegingen zouden door mannelijke deelnemers als te vrouwelijk ervaren kunnen worden, maar Wayne et al. (2008) en Child et al. (2012) vonden dat tai chi door mannen meer gewaardeerd wordt dan bijvoorbeeld yoga, omdat de bewegingen met de vechtsport verbonden zijn.^{18, 25}

Tai chi kan relatief eenvoudig ingebed worden in het dagelijkse leven omdat er geen speciale hulpmiddelen nodig zijn. Het aanleren en onthouden van de bewegingen kan in het begin lastig zijn, maar met een goede docent, een gemotiveerde groep en eventueel ondersteunend videomateriaal is deze bewegingsvorm in relatief korte tijd (enige weken) goed aan te leren. Bovendien kunnen ouderen met allerlei gezondheidsklachten (zoals gewrichtsklachten of een verhoogde bloeddruk) zonder nadelige effecten tai chi beoefenen.^{26, 27} Indien tai chi past bij de levenswijze kan het beoefenen ervan een waardevolle bijdrage leveren aan het gezonder ouder worden en een verrijking geven aan het leven van de oudere.

De invloed van de sociale en culturele aspecten wordt veelal niet meegenomen binnen de meta-analyses. Hierdoor is het niet mogelijk om een uitspraak te doen over deze belangrijke aspecten van de kwaliteit van leven van ouderen. Bovendien worden ouderen die al langer of in het verleden tai chi beoefenden meestal uitgesloten van deelname aan effectonderzoek, omdat dit de kwaliteit van het onderzoek nadelig kan beïnvloeden. Er is tot op heden geen bewijskracht voor de effectiviteit van tai chi voor valpreventie bij ouderen die tai chi in hun dagelijks leven geïntegreerd hebben. Goed opgezette langlopende longitudinale studies of effectonderzoek zouden hier meer inzicht in kunnen geven.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Gezien de negatieve impact die een val kan hebben op een zelfstandig wonende oudere is het belangrijk om preventieve maatregelen te nemen om valincidenten te verminderen. Indien een oudere op basis van jaarlijkse screening geïdentificeerd wordt als een oudere met een verhoogd valrisico zal een goede inschatting gemaakt dienen te worden van de reden en de mate van dit verhoogde valrisico. Vervolgens dient men een passende interventie aan te bieden. Tot op

heden is geen eenduidig bewijs gevonden voor de effectiviteit van tai chi bij ouderen met een verhoogd valrisico. Het lijkt erop dat tai chi minder goed werkt bij ouderen met een verhoogd valrisico.¹ Daarnaast lijken kortdurende tai chi-interventies (< 50 uur) minder effectief dan langdurige interventies.

Wat mij de afgelopen jaren duidelijk geworden is na bestudering van de literatuur en uit mijn onderzoekservaring is dat het (blijven) bewegen een belangrijke rol speelt bij het voorkomen van valincidenten en dat veel ouderen te weinig bewegen. Tai chi is een beweegvorm die veel Nederlandse ouderen aanspreekt. Indien een oudere gemotiveerd is om tai chi aan te leren en te integreren in het dagelijks leven zou tai chi een waardevolle aanvulling kunnen zijn voor de kwaliteit van leven. Nader onderzoek zal in de toekomst uitwijzen of de ouderen die tai chi in hun levenswijze opgenomen hebben ook daadwerkelijk minder vallen.

LITERATUUR

1. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012; Issue 9. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
2. Halfens RJG, Meijers JMM, Meesterberends E, Nie NC van, Neyens JCL, Rondas ALM, et al. Rapportage resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2012. CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Department of Health Services Research Focusing on Chronic Care and Ageing. Universiteit Maastricht, 2012.
3. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*, 2006;35 Suppl 2:ii37-ii41.
4. Nevitt MC, Cummings SR, Hudes ES. Risk factors for injurious falls: a prospective study. *J. Gerontol.* 1991;46(5):M164-170.
5. Stevens JA, Corso PS, Finkelstein EA, et al. The costs of fatal and non-fatal falls among older adults. *Inj Prev* 2006;12(5):290-295.
6. Logghe IHJ. Falls in older people and the effects of Tai Chi. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Optima Grafische Communicatie Rotterdam, 2011.
7. Peeters GMEE, Elders P, Lips P, Deeg D. Snelle inschatting van de kans op herhaald vallen bij ouderen die hulp zoeken na een val. *Huisarts & Wetenschap* 2011; 4:186-191.
8. Consument en Veiligheid, 2012. Valanalyse Inventarisatie valrisico 65+ door de eerstelijnszorg. *VeiligheidNL*, oktober 2012.
9. CBO-richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen, K.v.d. Gezondheidszorg, Editor. 2004, Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications BV.
10. American Geriatric Society, B.G.S. Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Persons. 2010 opgehaald van: <http://www.medicats.com/falls/frameset.htm>.
11. Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(12):2234-2243.
12. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med.* 2009;169(21):1952-1960.
13. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004;328(7441):680.
14. El-Khoury F, Cassou B, Charles M-A, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults :systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2013;347:f6234.
15. Fairhall N, Sherrington C, Clemson L, Cameron ID. Do exercise interventions designed to prevent falls affect participation in life roles? A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing* 2011;40:666-674.
16. Bu B, Haijun H, YongL, Chaohui Z, Xiaoyuan Y, Fiatarone Singh M. Effects of martial arts on health status: a systematic review. *Journal of Evidence Based Medicine* 3 2010:206-219.
17. Wolf SL, Coogler C, Xu T. Exploring the basis for Tai Chi Chuan as a therapeutic exercise approach. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78(8):886-892.
18. Wayne PM, Kaptchuck TJ. Challenges Inherent to T'ai Chi Research: Part II—Defining the Intervention and Optimal Study Design. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2008;14(2):191-197.
19. Kwan MM, Close JCT, Kwok Wai Wong A, Lord SR. Falls Incidence, Risk Factors, and Consequences in Chinese Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc* 2011; online publication.
20. Logghe IHJ, Zeeuwe PEM, Verhagen AP, Wijnen-Sponselee RMT, Rademaker ACHJ, Willemsen SP, et al. Tai Chi Chuan vermindert het valrisico van ouderen niet. *Huisarts & Wetenschap* 2009;52(11):536-541.
21. Wolf SL, Barnhart HX, Kutner NG, et al. Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of Tai Chi and computerized balance training. Atlanta FICSIT Group. *Frailty and Injuries: Cooperative Studies of Intervention Techniques.* *J Am Geriatr Soc* 1996;44(5):489-497.
22. Wolf SL, Barnhart HX, Ellison GL, et al. The effect of Tai Chi Quan and computerized balance training on postural stability in older subjects. Atlanta FICSIT Group. *Frailty and Injuries: Cooperative Studies on Intervention Techniques.* *Phys Ther* 1997;77(4):371-81; discussion 371-384.
23. Logghe IHJ, Verhagen AP, Rademaker ACHJ, Bierma-Zeinstra SMA, Rossum E van, Faber MJ, et al. The effects of Tai Chi on fall prevention, fear of falling and balance in older people: A meta-analysis. *Preventive Medicine* 2010;51:222-227.

24. Taylor D, Hale L, Schluter P, Waters DL, Binns EE, McCracken H, et al. Effectiveness of Tai Chi as a Community-Based Falls Prevention Intervention: A Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(5):841-848.
25. Child S, Goodwin V, Garside R, Jones-Hughes T, Boddy K, Stein K. Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implementation Science*, 2012;7:91.
26. Lee MS, Pittler MH, Shin BC, Ernst E. Tai Chi for osteoporosis: a systematic review. *Osteoporos Int*, 2008; 19:139-146.27. Lee MS, Pittler MH, Taylor-Piliae RE, Ernst E. Tai Chi for cardiovascular disease and its risk factors: a systematic review. *Journal of hypertension* 2007;1974-1977.

Inge Logghe is fysiotherapeut en bewegingswetenschapper. Zij promoveerde in 2011 op onderzoek naar het effect van tai chi op vallen bij ouderen.

Correspondentieadres
ihj.logghe@avans.nl

Antwoorden

Kennistoets

1. Regelmatige lichaamsbeweging wordt sterk aanbevolen aan alle patiënten met chronisch hartfalen (bewijsniveau 1). Dit zou een (tamelijk geringe) verbetering (10%) op uitkomstmaten sterfte en ziekenhuisopname geven. Uit de richtlijn is niet direct duidelijk over welke doelgroep dit onderzoek gaat, maar mogelijk zijn dat niet de multimorbide 80-jarigen. Conditietraining aanbevelen en NSAIDs afraden zijn de twee punten waarop bewijsniveau 2 van toepassing is. De overige leefstijlinterventies, inclusief vocht- en zoutbeperking, hebben bewijsniveau 3 en 4. Het is bij onderzoek naar dit type interventies natuurlijk wel enigszins de vraag wat het hoogst haalbare bewijsniveau is.
2. De meeste richtlijnen refereren dan aan het advies van de Gezondheidsraad uit 2006. Het voedingsadvies luidt globaal: 200 gram fruit per dag, 150-200 gram groenten per dag, 200-300 gram (liefst vette) vis per week, beperk zout (voeg geen zout toe aan voeding), beperk alcohol (max. 2 glazen, evt. 3 voor mannen), beperk gebruik van roomboter, harde margarines, vette vlees- en melkproducten en (zoete) tussendoortjes, drink 1500-2000 cc per dag. Let wel: het advies van de Gezondheidsraad is nadrukkelijk bedoeld voor de gemiddelde Nederlander en houdt geen rekening met de specifieke behoeften van ouderen of chronisch zieken. Tip: op www.thuisarts.nl en bij www.voedingscentrum.nl staan gedetailleerde uitwerkingen van het voedingsadvies voor wie meer houvast wil geven aan patiënt of zichzelf. Op de site van het voedingscentrum kan ook een (gezonde) oudere makkelijk een geslacht- en leeftijd gerelateerd advies krijgen.
3. Gezondheidsraad 2006: 30 minuten matig intensief (licht zwetend) bewegen (mag ook tuinieren of ramen lappen zijn) achter elkaar per dag. Ook dit is echter een advies voor de gezonde gemiddelde Nederlander.
4. Uit de Richtlijn DM bij Kwetsbare Ouderen van Verenso: er zijn aanwijzingen dat de klassieke risicofactoren (hypertensie, totaal cholesterol en roken) niet voorspellend zijn voor cardiovasculaire sterfte bij kwetsbare ouderen. Dit onderzoek is gedaan bij 85-jarigen. Van de overige onderzoeken naar roken is uit de richtlijn CVRM van de NHG niet duidelijk welke leeftijdsgroepen er zijn geïncludeerd. Wel wordt er gesteld dat stoppen met roken op alle leeftijden zin heeft om de risico's van HVZ (morbiditeit en mortaliteit) te beperken.
5. Verandering van leefstijl is voor veel mensen moeilijk, daarom moet men bij advies over leefstijlinterventies aan een patiënt ook diens systeem of netwerk betrekken en langer durende ondersteuning en begeleiding bieden bij het veranderen van leefstijl. De redactie geeft u hierbij ter overweging dat in de situatie van ouderen met een zorgindicatie ook zorgverleners tot het systeem van een patiënt behoren.
6. De MDR Hartfalen geeft aan dat rijden in een auto ten eerste wordt afgeraden bij dergelijk ernstig hartfalen, in verband met vermoeidheid, dyspnoe en concentratieverlies. De overheid verklaart patiënten met chronisch hartfalen ernst NYHA 3 en 4 ongeschikt voor het besturen van een auto (regeling eisen geschiktheid 2000, op overheid.nl). Over scootmobiel rijden doet men in de richtlijn natuurlijk geen uitspraak. Voor een scootmobiel is geen rijbewijs nodig, maar enige rijvaardigheid is ook daarbij gewenst. Overigens zijn cliënten met NYHA klasse 4-hartfalen vaak conditioneel zo slecht dat het beklimmen van een scootmobiel te veel gevraagd zal zijn.

Leefstijladviezen uit de richtlijn CVRM

Passende zorg voor de verpleeghuisbewoner?

Susanne de Kort

De benaming van de NHG-standaard cardiovasculair *risico-management* (CVRM) suggereert dat het gezondheidsgevaar dat vanaf een zekere leeftijd op de loer ligt beheersbaar en daarmee, mits de juiste aanpak aangewend wordt, afwendbaar is. Wat betekent deze richtlijn voor de verpleeghuisbewoner? En hoe zijn met name de leefstijladviezen te duiden?

WAT VOOR SOORT RISICO?

In de CVRM-standaard (2011) worden behalve aanwijzingen voor de bepaling van het risicoprofiel, ook adviezen gegeven over het verlagen van het risico op hart- en vaatziekten (HVZ). De belangrijkste adviezen gaan over verandering van leefstijl, al dan niet gecombineerd met medicamenteuze behandeling.

Over het risicoprofiel van de verpleeghuisbewoner kan ik kort zijn. Leeftijd is namelijk de belangrijkste en onafhankelijke risicofactor voor HVZ. Zodoende zou het reeds hoge risicoprofiel van mensen tot 70 jaar minimaal ook gelden voor hen die ouder zijn dan 70. De richtlijn redeneert dat de adviezen ten aanzien van (non)medicamenteuze preventieve behandeling dus ook voor 70-plussers van kracht zijn. En dit valt te betwijfelen. Een absoluut risico van 20% of meer op een al dan niet dodelijke HVZ de komende tien jaar, betekent voor een 80-jarige toch heel wat anders dan voor een 50-jarige (relatieve risico's zouden dan nuttigere informatie geven). Een nog belangrijkere nuancering is dat de mate van risicoreductie erg onduidelijk is voor de verschillende interventies/adviezen als het 70-plussers betreft. Dat een leefstijlverandering of medicament bij een 80-jarige nog veel verschil maakt qua risicoreductie valt te betwijfelen, zeker als dit een kwetsbare oudere betreft.

IEDEREEN AAN DE LEEFSTIJLADVIEZEN?

Bij het inzoomen op de leefstijladviezen in de CVRM-standaard valt op dat wordt gesteld dat aan alle patiënten met een verhoogd risicoprofiel adviezen dienen te worden gegeven met betrekking tot leefstijl, namelijk roken, voeding, alcoholgebruik, gewichtsbeheersing, lichamelijke activiteit en stress. Ten aanzien van de indicatie voor de medicamenteuze behandeling is het advies genuanceerder want 'gaat in overleg met de patiënt, waarbij rekening wordt gehouden met de hoogte van het risico, leeftijd en levensverwachting, familieanamnese, BMI, leefstijl en motivatie voor gedragsverandering, comorbiditeit, comedicatie en de te verwachten baten van de behandeling'.

Hier ontstaat de indruk dat de betreffende NHG-richtlijn de leefstijladviezen ongedifferentieerd aan de patiënt voorschotelt en over een pilletje meer of minder duidelijk genuanceerder is. Voor vitale personen van 40 tot 70 jaar zou de aanbeveling *alle* patiënten leefstijladviezen te geven misschien nog gerechtvaardigd kunnen worden (anders kom je al snel in een situatie van pillen slikken juist om ongezonde leefstijl te compenseren). Voor de doelgroep van kwetsbare ouderen is een leefstijladvies echter behoorlijk problematisch. Alvorens ik hier verder op in ga, volgt eerst een kleine opfrisser over de beginselen van preventie.

EIGEN AAN PREVENTIE

In de CVRM-richtlijn wordt veel over 'patiënten' en 'behandelen' gesproken. Toch wil ik benadrukken dat het hier gaat om een richtlijn over *primaire preventie*; de doelgroep betreft dus strikt genomen nog geen patiënten. Bij preventie spelen andere afwegingen dan in de curatieve geneeskunde. Zo is er doorgaans geen individuele hulpvraag, niet iedereen is uiteindelijk gebaat bij de ongemakken van preventie, de mogelijk winst bevindt zich vaak pas op langere termijn (waarvoor vaak de maat Time To Benefit gebruikt wordt) en tot slot is er ook het vraagstuk van de vervangende ziekte (we moeten toch ergens aan doodgaan, is het niet aan een hartinfarct dan wel aan...). Gezien deze bijzondere afwegingen is het bij preventie nog belangrijker dan in de curatieve zorg – globaal: verlichten van pijn/lijd en behandelen en verzorgen van aandoeningen – om duidelijk te hebben welk doel/goed er met preventie eigenlijk nagestreefd wordt. En met welke middelen wordt gepoogd dat doel te bereiken.

HEILIGT HET DOEL DE MIDDELEN?

Simpel gezegd zou het doel van CVRM natuurlijk het voorkomen van een (dodelijk) hartinfarct of CVA (liefst ergens in de nabije toekomst) moeten zijn. Het is echter de vraag of dit streven 1. reëel is, 2. proportioneel en boven alles ook 3. wenselijk. Voor de verpleeghuispopulatie spelen hier grote problemen als het gaat over het bewijs voor risicoreductie; al het bewijs is indirect en gebrekkig. Het is onduidelijk of bijvoorbeeld cholesterolverlagende medicatie bij kwetsbare ouderen met multimorbiditeit de risico's daadwerkelijk vermindert en ook tegen welke prijs (bijwerkingen/polyfarmacie). Maar het meest lastige is nog wel dat het gaat om een waardegeladen beslissing. Voor ieder individu zullen zaken als ziekte, prognose, omgang met onzekerheid, risicoreductie, vervangende ziekte/doodsoorzaak een andere waarde hebben en daarmee anders wegen. Het zal nog

een hele klus worden om de afweging wel/niet een pilletje ter preventie, *gezamenlijk* met de patiënt te maken!

Dan kom ik nu bij de in mijn ogen nog problematischere leefstijladviezen. Allereerst is er dus zo goed als geen bewijs dat voor onze populatie leefstijladviezen een verschil maken (behalve voor roken dan misschien). En ook hier geldt dat de wensen en voorkeuren van een bewoner heel verschillend zullen liggen. Er is echter nog een complexiteit die heel specifiek geldt voor leefstijladviezen, namelijk het feit dat juist leefstijl – gezond of niet – sterk samen lijkt te hangen met authenticiteit en welbevinden. In de specifieke gedragingen en manieren van leven is de bewoner kenbaar. Bijzondere gewoonten en gebruiken worden – normaal gesproken – zoveel mogelijk erkend in het verpleeghuis en bijvoorbeeld in een zorgplan verwoord. Het actuele welbevinden is vaak het belangrijkste doel en voor de een is een dagelijks ommetje buiten (actief of passief bewegen?) bijdragend en voor de ander eerder het lekkere (dus ongezonde?) tussendoortje. Het zorgafhankelijk worden en/of de institutionalisering brengen authenticiteit en welbevinden al dermate in gevaar dat de leefstijladviezen uit de NHG-richtlijn vermoedelijk weinig naleving vinden onder specialisten ouderengeneeskunde.

Tot slot valt veel van de oudere patiënt met multimorbiditeit te leren. Zij begrijpen dat de evidence uit onderzoek bij (vitale) ouderen, waarschijnlijk niet (meer) op hun van toepassing is. Soms blijkt er overigens zelfs sprake van een omgekeerd bewijs, ‘reverse epidemiology’ genoemd, zo lijken een relatief hoog cholesterol en hoge bloeddruk op hoge leeftijd juist voorspellend voor een langer leven. En in goed gesprek met de verpleeghuisbewoner kan blijken dat hij/zij (nog) wel weet dat het leven niet geheel te managen en daarmee te beheersen is. Een dodelijke aandoening zoals een hartinfarct is soms juist wenselijk. Het lastigste is die niet-dodelijke, halfzijdige verlamming. Die wil niemand op zijn geweten hebben. Maar met welk (leefstijl)advies dan ook, voorkomen kunnen we het nooit.

VERDER LEZEN?

Horstman K, Houtepen R. Worstelen met gezond leven: ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten Amsterdam: Het Spinhuis, 2005; ISBN: 90 55892548.

Correspondentieadres
susannedekort@hotmail.com

Ouderen en huisdieren 3

Interview met de heer Vissers

De heer Vissers is ongehuwd, 71 jaar en sinds drie maanden opgenomen op een somatische afdeling met eindstadium COPD. De heer krijgt een keer per week bezoek van zijn zussen. Zijn hoogst genoten opleiding is ULO. De heer vertelt enthousiast over zijn vroegere honden, een Herder-Dobermankruising en een Beagle. Hij was gek op zijn honden en ging vaak met ze wandelen in het bos. Nadat zijn laatste hond (de Beagle) overleed, heeft hij geen nieuwe huisdieren meer aangeschaft. ‘Dat kon niet meer vanwege mijn longen.’

Hij geniet erg van de bezoekdieren, mits ‘hij zich goed voelt.’ Het leukste vind hij om met de hond te spelen, hem kunstjes te laten doen en hem koekjes te geven. Hij geniet eigenlijk het meest van het diercontact, ‘van alles wat de hond doet.’ De frequentie van een keer per week is prima wat hem betreft.

Op navraag vertelt de heer Vissers dat hij geen band voelt met de hond, maar ‘als ik me beter zou voelen, dan zou ik meer met de hond bezig zijn.’ Hij geeft wel aan zich meer levendig te voelen als de hond er is. De zorgcoördinator van de heer beaamt dit en vertelt dat de heer erg betrokken is bij



de hondenbezoeken, maar dat dit wel afhankelijk is van zijn lichamelijke conditie. De heer Vissers heeft op de afdeling regelmatig sombere momenten en de verzorgende merkt op dat wanneer de hond er is hij veel opgewekter reageert en er van somberheid geen sprake meer is. Dit effect wordt ook bereikt door met de heer Vissers over zijn vroegere honden te praten. Hij fleurt dan helemaal op.

De heer Vissers hoopt dat de hondenactiviteiten binnen het huis blijven bestaan en dat deze niet wegbezuinigd worden, zoals ‘tegenwoordig zo veel gebeurt’.

Thuis in de Herbergier

Jacobien Erbrink

Er komen er steeds meer van in Nederland. De particuliere woonzorgvoorzieningen die Herbergier heten. Het idee van wonen in een kleine groep voor mensen met dementie spreekt aan. Het scheiden van wonen en zorg is hier een feit, want wonen doe je op eigen kosten, en zorg ontvangen (en betalen) bij de Herbergier doe je met je PGB, gebaseerd op de indicatie van het CIZ. De organisatie is daarmee niet AWBZ-plichtig, wat veel papierwerk scheelt. De Herbergier is er voor iedereen, ook de man of vrouw met de kleine beurs, maar er kan wel verschil zijn in maandelijkse huurkosten, want niet alle kamers zijn hetzelfde. Huursubsidie is overigens niet van toepassing, want het zijn geen zelfstandige wooneenheden. Wie er wil komen wonen kan zich op een interesselijst plaatsen. Het is met opzet geen wachtlijst, er is ook geen zorg- of opnameplicht, met toekomstige gasten wordt door de zorgondernemers gekeken of zij in de groep passen. Zorgzwaarte, financiën en persoonlijke kenmerken kunnen daarbij een rol spelen, degene die het beste past is aan de beurt, of die nu lang of kort op de interesselijst staat.

In Elst is het huis op de fundamenten van een oude boerderij gebouwd, met op de kop het woonhuis van het ondernemersechtpaar Ad en Jose. Franchisenemers zijn continu aanwezig en aanspreekbaar voor hun bewoners, zoals ouders voor een gezin. Dat is de filosofie waar de Herbergier voor een belangrijk deel op drijft, de persoonlijke en permanente betrokkenheid van de zorgondernemers. De overhead is veel geringer, doordat er nauwelijks bureaucratische verplichtingen zijn, er kunnen dus veel meer – en diverse – teamleden in dienst zijn, die het werk ook nog eens veel leuker vinden. Iedereen voelt zich verantwoordelijk voor integrale zorg (inclusief medicatie en persoonlijke verzorging): de schoenverkoper, de verpleegkundige en de schoonmaakster, maar wel met oog voor eigen grenzen en andermans deskundigheid. En zoals bij ondernemers past is daarbij in het personeelsbeleid aandacht voor ontwikke-



ling en beloning. In Elst heeft men geen zorgdossier met zorgdomeinen, wel een klapper met afspraken. Deze zijn gebaseerd op de gegevens die de familie aangedragen heeft en op de zorg die nodig is volgens de indicatie. De afspraken worden elke drie maanden met familie en gast doorgesproken om te kijken of er iets bijgesteld moet worden. In de praktijk blijkt echter dat de lopende zaken meestal vloeiend en meteen naar tevredenheid geregeld worden. Deze tevredenheid is nog eens bevestigd in een recente audit van ARGO. Ook op andere onderdelen wil de organisatie van Herbergiers zich laten toetsen, zo zal er met betrekking tot risicovolle bedrijfsprocessen binnenkort een audit starten.

WONEN

Het College Bouw heeft niets van doen gehad met de Herbergier, er is gebouwd naar eigen inzicht, met een prachtig huis tot resultaat. Elke gast heeft een ruime kamer met eigen badkamer en toilet om in te wonen. In de huiskamer is men te gast. Een huiskamer die er neutraal gezellig uitziet, ze moet voor alle gasten immers aantrekkelijk zijn, en groot genoeg is om voor ieder wat wils te bieden. De kamers liggen verspreid door het huis, ook enkele op de eerste verdieping. Het huis heeft open trappen en twee liften ter beschikking. Is dat niet eng? Ad en Jose vinden van niet. Gasten blijken voorzichtiger dan je denkt, en de vrucht van de nabijheid en betrokkenheid van zorgverleners is ook dat je iemand snel en goed leert kennen, en daarmee bijna alle risico's, fysiek en mentaal goed kunt voorkomen. Een enkeling is in het begin nog eens gevallen, maar daarna niet meer. In het huis worden geen vrijheidsbeperkingen opgelegd, geen domotica en dus ook geen traphekjes. Een infrarood of een halsbel is technisch mogelijk, maar blijkt in de praktijk nog niet nodig. Piet zit bijvoorbeeld de hele dag boven op zijn kamer en roept naar beneden als hij iets wil vragen, het huis is zo compact dat hij geen moeite hoeft te doen om gehoord te worden. Een huisdier is geen probleem, de hond van Mies kan het prima vinden met de hond van Ad en Jose. De verzorging van haar hondje Puk doet Mies nu samen met het team van zorgverleners.

MEEDOEN

Elke gast mag zijn eigen ritme volgen, maar zoals dat gaat in een groep is er wel een dagritme rondom de gezamenlijke maaltijden (en zorgverleners eten ook mee), de koffie en de thee en het doen van een middagdutje. In de woonkeuken annex huiskamer heerst een gemoedelijke sfeer, afgewisseld met bedrijvigheid. De huiskamer 'trekt', de gezelligheid lokt de meeste gasten overdag wel van hun kamer naar deze centrale ruimte, sommigen brengen de dag voor-

namelijk op hun eigen kamer door. De dag doorbrengen kan op de manier die bij iemand past, met een spelletje, een praatje, een boekje, een liedje bij de piano of de gitaar van Ad of zomaar spontaan aan tafel, eten koken, rondlopen, een dutje doen, je nagels laten lakken of de kippen voeren. Samen of alleen. Ook familieleden kunnen deelnemen op de manier die hen past, het team van de Herbergier probeert het ook voor hen zo huiselijk te maken dat ze graag komen, meedoen en mee-eten zoals ze gewend zijn. Uitslapjes buitenshuis worden regelmatig gemaakt. Dat wat gasten gewend zijn om buitenshuis te doen wordt zoveel mogelijk voortgezet. Te denken valt hierbij aan een bezoek aan de kapper, de plaatselijke markt en een boodschap in het dorp. Ook gaan sinds kort een tweetal gasten elke week onder begeleiding van een vrijwilliger samen zwemmen.

EIGENHEID

Uitgangspunt bij de zorg en aandacht in de Herbergier is de persoon die te gast is. Voordat men er komt wonen is er uitgebreid aandacht besteed aan de eigenheid en de levensgeschiedenis van de persoon om wie het gaat. Over de aandachtspunten die dat oplevert zijn afspraken gemaakt. Voor de aangeleverde informatie is geen vast format, de ene familie maakt er een boekwerk van, de andere een A-viertje. Omdat zowel de gast als diens familie aanschuiven in een groep, wordt er van meet af aan onderling overlegd. Bijvoorbeeld over gedrag, wat kun je in de huiskamer doen en wat past beter op de eigen kamer? Zo ontstaat er al doende en in onderling overleg een sfeer waarin gasten en hun familie hun weg kunnen vinden en zich thuis voelen. Er wonen in de Herbergier in Elst nu vooral mensen met een ZZP 5 en enkele met een ZZP 7. Ook een intensieve zorgvraag op gedragsmatig vlak is door de nabijheid van de zorgverleners tot nu toe goed te beantwoorden, al vormt het soms wel een uitdaging. Er zijn nu twee mensen met antipsychotica-gebruik in verband met wanen, aldus Ad.



GEZONDHEID

De Herbergier maakt gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg op basis van de zorgverzekering van de gast. Een belerende huisartsenpraktijk levert de medische zorg aan huis, nieuwe gasten wordt geadviseerd zich daar in te schrijven. De coördinatie en aansturing van zorg door de huisarts ligt in handen van de zorgondernemers, beiden BIG-geregistreerde verpleegkundigen met verstand van zorg, van dementie en van mensen. Zij lopen altijd met de huisarts mee. Bij hen ligt ook de belangrijkste signaleringsfunctie ten aanzien van gezondheidsproblemen. De afgelopen tijd is onderhands wel eens een bevriende specialist ouderengeneeskunde geconsulteerd voor een complexe situatie. Specifieke expertise op gebied van ouderengeneeskunde blijkt dus toch nodig, reden waarom nu onderhandelingen gaande zijn om gebruik te kunnen maken van de deskundigheid van een vaste specialist ouderengeneeskunde en GZ-psycholoog. Bijzonderheden over gasten worden verzameld in een logboek, maar dit is summier. Thuis houdt je meestal ook geen logboek van je kinderen bij, en weet je toch precies hoe het met ze gaat. Dat is hier ook zo. Een kwetsbare situatie? Niet in de filosofie van de Herbergier, daar is het juist de kracht.

Meer weten over de Herbergier? www.herbergier.nl
Meer weten over Herbergier Elst? www.herbergier.nl/elst

Vijf vragen aan...

Leonoor van Dam van Isselt

Leonoor van Dam van Isselt (1970), rondde haar opleiding tot specialist ouderengeneeskunde aan de Radboud Universiteit van Nijmegen af in 2007 en werkt sinds 2008 bij Zorggroep Solis te Deventer. In 2009 begon zij met de ontwikkeling van een geriatrisch revalidatieprogramma voor cliënten met (zeer)ernstige COPD (Gold 3 en 4) waarbij zij op het onderzoek naar de effectiviteit van dit programma over enkele jaren hoopt te promoveren (promotor Wilco Achterberg). Primaire uitkomstmaten zijn daarbij de gezondheidsstatus en de ervaren kwaliteit van leven van revalidanten en secundaire uitkomstmaat zal het aantal ziekenhuisopnames zijn. Binnen het revalidatieprogramma zijn twee doelgroepen te onderscheiden. Ten eerste een groep COPD-cliënten die normaal gesproken redelijk stabiel is, maar na een exacerbatie zodanig verzwakt is geraakt dat een kortdurend herstelprogramma (enkele weken) met multidisciplinaire screening en finetunen behandeling aan de orde is. Ten tweede een groep COPD-cliënten waarbij vaak sprake is van falend zelfmanagement, ondervoeding, comorbiditeit, veel roken en weinig inzicht in hun ziekte, met als gevolg frequente exacerbaties waarvoor recidiverende ziekenhuisopnames nodig zijn. Dit is verreweg de grootste groep, die een programma van 6 tot 12 weken nodig heeft. Vanaf 1 januari 2014 zijn de mogelijkheden om deze groepen ook poliklinisch beter en langer multidisciplinair te behandelen en te begeleiden verruimd. Ook voor mensen die wel een indicatie voor geriatrische revalidatie hebben, maar niet klinisch willen revalideren, biedt dit multidisciplinaire kansen voor de revalidatie onder regie van de specialist ouderengeneeskunde. Het revalidatieprogramma is opgezet als onderdeel van ketenzorg in samenwerking met de longartsen uit de Deventer Ziekenhuizen.

1. Welke kenmerken heeft de doelgroep die jij op de revalidatie ziet?

COPD is natuurlijk niet alleen een ziekte van de ouderdom, het kan op jonge leeftijd al beginnen. Omdat de GRZ bedoeld is voor ernstige COPD – Gold III en IV, ongeveer 20% van alle COPD – heeft de groep die bij ons komt revalideren al jaren last van COPD. De gemiddelde leeftijd is een jaar of 70, met een globale variatie van 55 tot 85. We zien wel een populatie die minder goed in staat is zelf een gezonde levenswijze of een stabiel ziektebeloop te handhaven. De cliënten met lichte COPD en/of de cliënten met prima zelfmanagement zien we in principe niet. De ene patiënt is trouwens de andere niet, er is een duidelijk verschil in fenotype, uitgedrukt in een verschil in beloop en ziektelast. De ziektelast wordt bepaald door een complex van factoren: longfunctie, symptomen, ervaren kwaliteit van leven en functionaliteit.



Op de revalidatie zien we merendeels de mensen met een ongunstig fenotype, de groep met frequente exacerbaties, slechte kwaliteit van leven en ook een slechte prognose. Dit kan met copingsstrategieën en karakter te maken hebben, maar ook met fysiologische gevoeligheid en genetische predispositie. Tenslotte is het bij rokers ook zo dat 'maar' 25% van de rokers een COPD ontwikkelt, dat heeft toch ook te maken met individuele gevoeligheid. Bij de reactie op omgevingsfactoren en beroepsfactoren speelt dat ook een rol.

2. Hoe speelt leefstijl een rol bij COPD?

COPD is eigenlijk een leefstijlziekte, 80% van de COPD-cliënten heeft stevig gerookt. Daarnaast is COPD verhoogd geassocieerd met leefstijlgerelateerde comorbiditeit, zoals bijvoorbeeld hartfalen. Daarmee is het een aandoening die ook gerelateerd is aan sociale klasse. COPD is een voorbeeld van een chronische aandoening die enerzijds de kwaliteit van leven en de leefstijl duidelijk negatief kan beïnvloeden, maar waarbij anderzijds ook gezond leven en zelfmanagement erg belangrijk zijn om het ziektebeloop positief te beïnvloeden en te stabiliseren. Het aanpassen van je levensstijl aan een chronische ziekte is vaak ingrijpend. Bij COPD is stoppen met roken verreweg het belangrijkste leefstijladvies, maar daarnaast spelen ook bewegen, gezond eten, therapietrouw, gewichtsbeheersing en temporegulatie een belangrijke rol. COPD-cliënten hebben vaak moeite om op gewicht te blijven, hun spiermassa neemt af, wat dagelijks specifieke eiwitrijke voeding en gedoseerd bewegen nodig maakt. Het streven is om de BMI boven de 21 te houden, waarbij de verhouding spieren > vet (fatfree mass index) een belangrijk gegeven vormt, spier- en conditietraining kunnen nodig zijn. Ook moeten ze met beleid met hun energie omgaan en hun krachten over de dag goed verdelen, om te voorkomen dat ze ofwel te snel uitgeput zijn ofwel te weinig doen. Kortom een gezonde levenswijze is ook belangrijk voor het stabiel blijven van een chronische aandoening als COPD en zelfmanagement is daarbij het sleutelwoord.

3. Heeft het zin om te stoppen met roken?

Absoluut! Stoppen met roken heeft in elk stadium van COPD een positief effect. Roken en inhaleren van rook (dus ook meeroken) geeft aanleiding tot ontstekingsreacties in het longweefsel en tot versnelde achteruitgang van longfunctie. Daardoor ontstaat het beeld van chronische bronchitis, met op termijn emfyseem en recidiverende exacerbaties die de conditie en het functioneren van de longen weer negatief beïnvloeden. Met het roken onderhoud je die chronische ontstekingscomponent. Zodra je ophoudt met roken, wordt ook die ontstekingsreactie minder, en daarmee de prikkel voor bronchitis en exacerbaties. Symptomen als hoesten en dyspnoe nemen ook af. Dat effect is al vrij snel merkbaar (weken) en kan op de lange duur een duidelijke winst in kwaliteit van leven en levensduur opleveren. Omdat roken zo'n bepalende factor voor het stabiliseren van het ziektebeloop is hebben we binnen het revalidatieprogramma nu ook als eis gesteld dat mensen hun rookgedrag aanpakken. Dat hoeft niet meteen stoppen te zijn, maar men moet op zijn minst een vermindering van het roken willen inzetten. Wie dat niet wil kan op zich wel bij ons revalideren, maar niet deelnemen aan het revalidatieprogramma.

4. Op welke manier besteden jullie binnen het revalidatieprogramma aandacht aan leefstijl?

Leefstijladviezen en motiveren van verandering van leefwijze zijn een belangrijk onderdeel van de revalidatie. Wij geven dat voor de cliënten onder andere vorm middels een wekelijks groepsgepraak, waarbij niet alleen aan de orde komt hoe het gaat, maar ook informatie, educatie en lotgenotencontact het doel zijn. Regelmatig blijkt dat bepaalde (inadequate) cognities (verkeerde ideeën) over de ziekte, en de daarbij horen de emoties (angst, frustraties, verwerking) een cliënt parten spelen. Bij deze gespreksgroepen worden ook mantelzorgers uitgenodigd, omdat leefstijlinterventies eigenlijk altijd het hele systeem om de cliënt heen beïnvloeden. Mantelzorgers moeten hun leefwijze vaak zelf ook aanpassen ten behoeve van de cliënt. Er is multidisciplinair aandacht voor vergroten van ziekte-inzicht en aanpassen van het leefpatroon, vaak met hele concrete afspraken over de inpassing in het dagritme, passend bij de levensgeschiedenis van een cliënt. Patiënten hebben vaak veel meegemaakt wat van invloed is op hun leefwijze en de perceptie van hun ziekte. Elke patiënt is anders, elke patiënt beleeft zijn ziekte ook anders en heeft iets anders nodig om te kunnen veranderen. Soms is individuele begeleiding en therapie door bijvoorbeeld maatschappelijk werk of psycholoog (gedragstherapie) aangewezen bij het revalideren. Alle behandelaars hebben een specifieke scholing op ziektebeeld COPD gehad voor ze met deze doelgroep aan de slag gingen. En de verpleegkundigen op de afdeling krijgen

binnenkort allemaal een cursus motiverende gespreksvoering, omdat zij degenen zijn die in het dagelijks ritme op de afdeling een motiverend revalidatie- en behandelklimaat handen en voeten moeten geven.

5. Wat is jouw mening over de voorbeeldfunctie van het revalidatieteam ten aanzien van leefstijl?

Ik vind het zelf wel belangrijk dat je als behandelaar het goede voorbeeld geeft! Ik heb een gezonde leefstijl, vind ik zelf. Je moet wel vertrouwen kunnen hebben in het oordeel of advies van een behandelaar en als die een leefstijladvies aan zijn laars lapt motiveert dat niet zo erg. Tegelijkertijd is het voor de motivatie van cliënten misschien wel goed als ze zich ook kunnen identificeren met behandelaars die een leefstijlaanpassing moeilijk vinden. In het MDO is in ieder geval altijd uitgebreid aandacht voor de persoonlijke (de) motiverende factoren van een cliënt, zodat iedereen daar rekening mee kan houden en af kan stemmen op de situatie van de cliënt. Eigenlijk hebben we het over ons eigen voorbeeldgedrag nog nooit zo gehad binnen het team. Misschien een idee om mee te nemen.

Tip: Bekijk ook eens het filmpje van Zorggroep Solis over COPD-revalidatie op <https://www.youtube.com/watch?v=QiM9QIXSSqU>

Het multidisciplinaire kennisnetwerk Geriatrische Revalidatie COPD heeft als doelstelling: kennisuitwisseling en innovatie op het gebied van Geriatrische Revalidatie voor patiënten met als hoofddiagnose COPD. Het is bedoeld voor professionals (artsen, verpleegkundigen, paramedici, psychologen, maatschappelijk werk) betrokken bij de GRZ voor patiënten met COPD. Binnen deze groep kunnen vragen aan collega's gesteld worden over behandelmethodes, nieuwe ontwikkelingen, ketenafspraken, scholing etc. Ook is het de bedoeling om informatie op het gebied van wetenschappelijk onderzoek uit te wisselen, bijvoorbeeld door middel van verwijzingen naar publicaties.

Tip: Ben jij ook bezig met revalidatie van cliënten met COPD? Sluit je dan aan bij het kennisnetwerk op LinkedIn: Geriatrische revalidatie COPD; multidisciplinair kennisnetwerk

Correspondentieadres
Lvandamvanisselt@zorggroepisolis.nl

Leefstijl maakt verschil

Prof. dr. Paul Schnabel (1948), socioloog, universiteitshoogleraar Universiteit Utrecht, voormalig directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau

‘U krijgt er elke week een weekend bij’. Als je het zo zegt, begrijpt ineens iedereen hoe snel de levensverwachting toeneemt. Voor de gezonde levensverwachting geldt dat minder en de levensverwachting zonder chronische aandoeningen, toch al laag, loopt zelfs wat terug. Toch betekent dat niet dat mensen daardoor ook vroeger afhankelijk van zorg worden. Zeker verzorging en verpleging zijn voor het 75^e jaar nauwelijks nodig.

We worden later dan vroeger oud. Dat heeft met de leefstijl en ook de levensomstandigheden te maken. Steeds minder mensen hebben bij hun pensionering een leven van zwaar lichamelijk werk achter de rug. We hebben meer vrije tijd gekregen, beschikken over meer geld en leven in groter comfort. Dat is gemiddeld het geval, maar bij ieder onderzoek blijkt toch wel dat het verschil in levensverwachting tussen mensen met het hoogste en het laagste opleidingsniveau erg groot is. Zeven jaar in het voordeel van de hoogopgeleiden. Dat is toch voor een belangrijk deel een gevolg van een verschil in leefstijl. Juist degenen die op de arbeidsmarkt weinig meer dan lichaamskracht aan te bieden hebben, zorgen daar het slechtst voor. Ze zijn vaker blijven roken, sporten nauwelijks, eten veel ongezonder en hebben aanzienlijk groter overgewicht. Alcohol wordt in alle sociale lagen veel gedronken, maar de voorkeur van hoger opgeleiden zal minder naar bier en meer naar wijn en steeds vaker juist wijn bij het eten uitgaan. Gemiddeld zijn mensen met alleen lager onderwijs nog geen 55 jaar als ze hun gezondheid niet langer meer als goed beleven. Voor iemand met een opleiding op het niveau van een hogeschool of universiteit breekt dat moment pas aan als hij of zij al bijna 75 jaar is.

Echt laag opgeleiden zijn er onder de volwassenen tot 65 jaar niet veel meer. Hun aandeel in de bevolking ligt nu onder de 10%, terwijl de hoogopgeleiden inmiddels al op 33% uitkomen. Boven de 65 jaar liggen de verhoudingen ongeveer omgekeerd, maar met iedere nieuwe jaargang 65-plussers neemt ook het aandeel hoogopgeleiden verder toe. Het duurt natuurlijk nog minstens twintig jaar voor ook de hoogbejaarden voor een belangrijk deel hoog opgeleid zullen zijn, maar het beeld is nu al aan het veranderen. Meer ouderen willen zelf de baas blijven over hun leven en ze beschikken ook over de mogelijkheden – niet in de laatste plaats financieel – om dat te doen. Ze hebben meestal hulp in de huishouding, blijven auto rijden en vinden het gebruik van de moderne media vanzelfsprekend. Er zijn meer mobiele telefoons dan inwoners in ons land en meer dan 95% van de huishoudens heeft toegang tot het in-



ternet. Voor alle duidelijkheid: een op de vier huishoudens is nu al een 65-plushuishouden.

Ouderen blijven in hun leefstijl steeds meer de volwassenen die ze zijn en volwassenen blijven ook weer meer de jongeren die ze waren. De muziek uit je jonge jaren gaat een heel leven mee en ook oude mannen dragen jongenskleren. Wie gewoon was te sporten, blijft dat ook op oudere leeftijd doen. Wie het vroeger niet deed, wordt aangespoord daar alsnog mee te beginnen. Als je ouder wordt, worden juist de duursporten aantrekkelijk – fietsen, hardlopen, zwemmen en natuurlijk golfen, de snelst groeiende van alle sporten. Actief blijven is het motto en daar hoort ook langer blijven werken bij. In de nieuwe eeuw is de gemiddelde leeftijd waarop men met pensioen gaat, snel gaan stijgen, tot ruim 63 jaar in 2012. De gunstige prepensioenregelingen zijn afgeschaft, maar ook de houding ten opzichte van langer blijven werken is sterk aan het veranderen. Inmiddels zijn meer dan 150.000 65-plussers nog aan het werk, vaker als zelfstandige overigens dan als werknemer.

75 jaar lijkt wel een beetje de grens naar de echte ouderdom. De individuele verschillen nemen duidelijk toe, maar bijna iedereen merkt dan toch dat, zoals dat zo mooi heet, de jaren gaan tellen. Mensen zijn in principe niet gemaakt om heel oud te worden. Onze hoge levensverwachting is heel veel meer cultuur dan natuur. Het vraagt dus ook heel veel ‘cultuur’, heel veel werk, kennis en ook geld, om gezond oud te worden en te blijven. Een goede leefstijl helpt, maar het houdt een keer op. De ooit oudste mens ter wereld, Hendrikje van Andel-Schipper, was op 115-jarige leeftijd niet dement, maar wel blind, doof en invalide.

Correspondentieadres
p.schnabel@uu.nl

The utopia of TigerPlace

Older adults, relocation to a nursing home, and pet relinquishment

Prof. dr. Rebecca A. Johnson, PhD, RN, FAAN, FNAP, University of Missouri, Columbia
Jessica Bibbo, MA, University of Missouri, Columbia

INTRODUCTIE

Lonneke Schuurmans

De relatie tussen mens en dier is eeuwenoud en de positieve effecten die dieren hebben op mensen zijn alom bekend, binnen de psychologie maar ook daarbuiten. Dierondersteunende interventies worden derhalve steeds meer ingezet in de gezondheidszorg, ook binnen de ouderenzorg. Denk hierbij aan bezoekhonden, knuffelkonijnen en inwonende huisdieren, maar ook aan zorgboerderijen en natuuractiviteiten. Om het werkveld van deze dierondersteunende interventies te professionaliseren ontstaan er steeds meer initiatieven voor gedegen wetenschappelijk onderzoek op dit gebied. In Nederland wordt dit werkveld geleid door AAI ZOO (*Animal Assisted Interventions in Zorg Onderzoek en Onderwijs*) en is onlangs de eerste bijzonder hoogleraar antrozoölogie (mens-dierrelaties) aangesteld, die zich specifiek met het onderwerp dierondersteunende interventies zal bezighouden. Internationaal wordt het AAI werkveld aangestuurd door de moederorganisatie IAHAIO (*International Association of Human Animal Interaction Organizations*). De president van IAHAIO, prof. Rebecca Johnson, is het hoofd van de faculteit *Gerontological Nursing and Public Policy* aan de *MU Sinclair School of Nursing* en hoogleraar aan de faculteit diergeneeskunde van de universiteit van Missouri. Rebecca Johnson is tevens directeur van het *Research Center for Human Animal Interaction (ReCHAI)*. Het gerontologische onderzoek van Johnson richt zich op de



(psychologische) effecten van verhuizen (naar een zorginstelling) en op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Binnen het mens-dierwerkveld houdt zij zich voornamelijk bezig met hoe dieren het welbevinden van ouderen kunnen bevorderen. Een van haar promovenda (Jessica Bibbo) richt zich op de rol van huisdieren in het leven van ouderen en hun familie en wat het betekent als ouderen hun huisdier op moeten geven bij opname in een zorginstelling.

Speciaal voor dit themanummer van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde hebben Rebecca Johnson en Jessica Bibbo zich bereid verklaard om een bijdrage te leveren en ons wat te vertellen over hun onderzoek. Het resulterende artikel vindt u hier. Als redactie meenden wij dat het niet nodig is om dit te vertalen.

Living with companion animals such as cats and dogs provides older adults with emotional support, affection, and a sense of being needed¹, along with the ability to facilitate interpersonal interactions.² One and a half million people in the United States live in nursing homes, facilities which provide residential care for adults who are no longer able to live in the community due to physical and/or cognitive health issues.³ Services are provided based on the needs and financial resources of the resident. People over the age of 65 make up 88% of all nursing home admissions.³ The overwhelming majority of nursing homes in the United States do not allow new residents to move in with their companion animal. This creates a forced decision for the older adult: how to relinquish care for the companion

animal. No studies in the extant literature focus on what is likely to be an intensely emotional decision enveloped within an established psychologically significant transition.

The transition into a nursing home is known to be a stressful situation for older adults. Relocation stress syndrome is a formal nursing diagnosis with a several identifiable symptoms, such as: depression, anxiety, changes in eating and/or sleeping behaviors, worsening of chronic conditions, deterioration of mental functioning, and decline in life satisfaction following relocation.⁴ Maintaining a sense of continuity in self-identity has been shown to be important for older adults' acceptance and positive perceptions of the transition into an institution.^{5,6} The ability to have some

degree of control over daily routines has been cited as an important aspect of older adults' lives in institutional care.⁷ The forced decision minimizes autonomy and takes away a significant provider of daily routine.

Providing care for a companion animal has been identified as giving structure and meaning to the daily life of older adults.^{2,8} The transition into long-term care is an explicit recognition of an older adult no longer being able to care for his or herself. The companion animal may be the only remaining relationship in which the older adult is depended upon as opposed to dependent upon another. Older adults are emotionally attached to their companion animals and value the companionship and emotional bond they share with their pets.^{1,9} The opportunity for nurturance also plays a significant role in the relationship.¹ Forcing the individual to relinquish his or her companion is likely to compound the stress of the transition and may exacerbate any physical and mental health consequences of that stress.

Creating policies and providing resources which allow new residents to keep their companion animal are likely to have positive effects on the transition. The importance of providing support for older adults to continue these important relationships has been recognized by veterinarians.¹⁰ The TigerPlace Pet Initiative is an existing model in the United States which does both.¹¹ TigerPlace is a pet-encouraging retirement residence in Columbia, Missouri into which older adults move with their pets. It was started by University of Missouri faculty of the Sinclair School of Nursing. The Research Center for Human-Animal Interaction (ReCHAI) operates the TigerPlace Pet Initiative in which we support the human-animal bond between older adults and their pets. We provide regular help with pet feeding, exercise, and care by providing a Pet Care Assistant (PCA). Three to five times per week, the PCA walks dogs (if the older adults cannot do this), cleans cat



litter boxes, gives pets their medications and checks on the health and welfare of the pets. The PCA also makes monthly visits to the older adults and their pets with the TigerPlace veterinarian to check on the health and well-being of the pets. ReCHAI also operates a weekly animal visitation program called 'PAWSitive Visits' in which TigerPlace residents are able to visit with and learn about animals of a variety of species. Through these activities and more, ReCHAI supports human-animal interaction (HAI) among the older adult residents. This ensures that they derive the companionship, unconditional love, and reason to remain physically active associated with pet ownership and human-animal interaction. One ReCHAI study demonstrated that older adults can be helped to significantly improve their normal walking speed by dog-walking. In contrast, older adults who walked with a human companion did not derive this benefit. Thus dog walking, while a commonplace part of daily life in many cultures, was a beneficial fitness activity for older adults in the U.S.

ReCHAI was founded in 2005 by Rebecca Johnson with the objective to engage people and companion animals in unique ways which benefit both ends of the leash and to show these benefits through a robust program of research (www.rechai.missouri.edu). ReCHAI is a collaboration between the University of Missouri Sinclair School of Nursing and College of Veterinary Medicine. In addition to helping people in the community, ReCHAI fosters educational opportunities for students and international visitors to work with many different populations of people who need the unconditional love experienced when they interact with a companion animal. ReCHAI's research tests the benefits of HAI on the elderly, hospital patients, abused children, families of children with autism, prison inmates, and US military veterans. ReCHAI regularly hosts international visiting scholars and students who want to learn about conducting HAI research and programs. It is a training site for professional nursing students and also for doctoral students from a variety of disciplines.

As a member of the International Association of Human Animal Interaction Organizations (IAHAIO), ReCHAI helps to maintain the mission of this important organization in advancing the HAI field in practice, research and education. IAHAIO is the global umbrella association in HAI (www.iahaio.org) and is comprised of organizations from many countries. IAHAIO holds symposia annually along with its annual general membership meetings, and a major triennial conference every third year (2016 in Paris). The 2014 symposium will be held in Amsterdam, The Netherlands, July 24-26 with a theme of, "Bridging cultural and disciplinary boundaries in Human Animal Interaction." The goal will be for IAHAIO's attending members and others in the field to work together on several key initiatives that IAHAIO has underway.

UIT DE PRAKTIJK VAN EEN DIERENASIEL

Ze komt binnen, met gebogen hoofd, met haar zoon en met een oud, wit-zwart hondje. Ze loopt moeilijk, haar benen gezwachteld, de voeten in pantoffels. 'Daar istie dan mevrouw,' zegt ze. 'Ik heb vorige week gebeld. M'n zoon kon me even rijden. Pukkie....' Dan stukt haar stem en biggelen tranen over haar wangen. Mevrouw van Andel gaat verhuizen. Moet verhuizen. Ze loopt slecht, kan niet goed meer voor zichzelf zorgen; haar kinderen wonen ver uit haar buurt. Een dezer dagen zal ze naar het verzorgingstehuis vertrekken. Pukkie wordt nu naar het asiel gebracht, een oud, aandoenlijk, wat te zwaar hondje. Het doet mevrouw zichtbaar pijn haar hondje af te staan. Samen hebben ze tien jaar lief en leed meegeemaakt, het baasje begraven, het dagelijks leven gedeeld. Nog weken daarna belt ze haast dagelijks vanuit het zorgcentrum om te horen hoe het met haar lieveling gaat. Heeft Pukkie al weer een nieuwe baas?

Beschrijving van de ervaring van een vrijwilliger van dierenasiel Bommelerwaard.¹

LITERATUUR

1. Enders-Slegers M-J. (2000). *The meaning of companion animals: Qualitative analysis of the life histories of elderly cat and dog owners*. In A.L. Podberscek, E.S. Paul, & J.A. Serpell (Eds.), *Companion animals & us: Exploring the relationships between people and pets* (pp.237- 56). Cambridge: Cambridge University Press.
2. Rogers J, Hart LA, Boltz RP. *The role of pet dogs in casual conversations of elderly adults*. *The Journal of Social Psychology* 2001;133:265-77.
3. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. (2010). *Residents living in residential care facilities: United States, 2010*. Retrieved from www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db91.htm
4. Johnson RA. *Relocation stress syndrome*. In B. Ackley, G. Ladwig (Eds.), *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*, 10th edition. (pp. 647-51). St. Louis, Mosby Elsevier, 2013.
5. Iwasiw C, Goldenberg D, MacMaster E, McCutcheon S, Bol N. *Residents' perspectives of their first two weeks in a long-term care facility*, *Journal of Clinical Nursing* 1996;5:381-88.
6. Johnson R, Popejoy LL, Radina ME. *Older adults' participation in nursing home placement decisions*. *Clinical Nursing Research* 2010;19:358-75.
7. Harnett T. *Seeking exemptions from nursing home routines: Residents' everyday influence attempts and institutional order*. *Journal of Aging Studies* 2010;24:292-301.
8. Thorpe RJ, Simonsick EM, Brach JS, Ayonayon H, Satterfield S, Harris TB, Kritchevsky SB. *Dog ownership, walking behavior, and maintained mobility in late life*. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006;54:1419-24.
9. Peretti PO. *Elderly-animal friendship bonds*. *Social Behavior and Personality* 1990;18:151-56.
10. Ormerod E. *Supporting older people with pets in sheltered housing*. In *Practice* 2012;34:170-73.
11. Johnson RA. *Promoting One Health: The University of Missouri Research Center for Human Animal Interaction*. *Missouri Medicine* 2013;110:125-128.

Correspondentieadres

Jessica Bibbo, jlbnq7@mail.missouri.edu

Amen

Jacobien Erbrink

Dit is alweer het eerste nummer van 2014, de tijd gaat snel. Afgelopen jaar was voor mij persoonlijk een zeer bewogen jaar, waarin we afscheid namen van drie dierbare familieleden in een half jaar tijd. Het is, naast een onstuimige reis door een land van verdriet en verbondenheid, ook een verhelderende reis door gezondheidsland geweest. Mijn idealen inzake de zorg en geneeskunde voor kwetsbare ouderen heb ik uitgebreid kunnen spiegelen aan de schrale werkelijkheid. Ik weet het nu weer heel zeker, voor ouderengeneeskunde heb je een specialist nodig.

De huisarts wist het. Bij elk geriatrisch consult probeerde zij dapper te laveren tussen sufheid of probleemgedrag, tussen hartfalen of nierfalen, COPD of stress, pijn of decubitus. Menig leefstijladvies kwam daarbij meteen terecht op de stapel 'nog te doen als ik me weer wat beter voel'. En de assistent cardiologie wist het ook. Toen ik hem vroeg om beleid te maken inzake terminale zorg, en daar ook duidelijkheid over te geven aan mijn schoonvader, biechtte hij beschroomd dat hij dat toch te moeilijk vond. En hij bedoelde daarmee zowel de terminale medische zorg in engere zin als het gesprek erover met de patiënt. Verder dan een 'wij kunnen niks meer doen en dus mag u nu naar huis' kwam de arme jongen niet, waarna hij weer snel de kamer verliet op zoek naar levensreddende cardiologische heldendaden om deze beangstigende handelingsverlegenheid te compenseren. Een onoverbrugde kloof tussen dokter en patiënt achter zich latend.

Natuurlijk heeft het mij ook verrijkt, niet alleen met realiteitsbesef inzake de ouderengeneeskunde, maar ook met nieuwe inzichten van toepassing op mijn eigen handelen. De kracht van ons vak is me nog eens te meer duidelijk geworden. Het belang van een coördinerende en regisserende functie in de (medische) zorg voor ouderen. Het belang van systeemdenken wanneer het gaat om ouderen. En de mogelijkheden die wij als hoofdbehandelaar of consultant hebben om een verbindende rol te spelen in die zorg of in dat systeem. Nou ja, wat een open deur, zie ik jullie denken. En dat dacht ik zelf ook, maar toch hebben de mantelzorgavonturen van het afgelopen jaar mij een nieuwe dimensie opgeleverd. Een dimensie van, noem het maar praktische wijsheid. Een cursus 'omgaan met zorg en lijden' voor gevorderden. Hoe verhoud ik mij tot die dierbare ander die rouwt, die ziek is of dood gaat? Dat is nog niet zo eenvoud-



dig. Dat is een kunst!! Hoe vaak heb ik niet gezegd tegen familie van bewoners wat ze in theorie zouden moeten doen, zonder me te realiseren hoe weerbarstig de praktijk daarvan is? 'Ga maar rustig naast uw man zitten, en houdt zijn hand maar vast.' Of 'zorg nou eerst maar eens goed voor uzelf, anders kunt u ook niet goed voor uw vrouw zorgen'.

Veel mensen hebben ook ons afgelopen jaar bezworen dat we goed voor onszelf moesten zorgen. Doe mij dan ook even dat recept, dacht ik steeds, want ik heb geen idee hoe dat moet. Echt waar, ik vond het een onmogelijke opdracht. 'Nou, gewoon. Gezond leven.' gaf een enkeling dan als advies. Gezond leven? Ja, gewoon goed slapen, gezond eten en regelmatig bewegen! Hoezo gewoon? Zie dat maar eens voor elkaar te krijgen als je gedachten beheerst worden door verdriet en onmacht, als je leven ineens in vrije val geraakt of als je het gevoel hebt dat je alle kansen moet grijpen om er voor elkaar te zijn nu het nog kan. Dan is helemaal niks meer 'gewoon'. Ik ben me zeer bewust geworden van de kunst die leven in het besef van ziekte en afscheid van een mens vraagt. En hoe moeilijk het juist dan is om voor jezelf te zorgen. Ik moest er vaak aan denken bij het voorbereiden van dit themanummer.

Toch was het ook een bijzonder en intens jaar, waarin liefde en zorgzaamheid tot ongekende bloei kwamen. Er was lijden en sterven, hand in hand met ontroerend betekenisvol leven. Desalniettemin hoop ik op een ander 2014, met ander geluk.

Het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde zal ook veranderen in 2014, net als deze column. Na ruim tien jaar serveren van Amuses zal dit de laatste zijn. Met dank aan ieder die ze las, en ieder die daar ooit gewag van deed. Ik wens jullie vanaf deze plek alle gezondheid en geluk, et nunc et semper.

Correspondentieadres
j.erbrink@vanneynsel.nl

Over geluk

Jacobien Erbrink

Welbevinden, een belangrijk doel in ons werk. We proberen dagelijks het welbevinden van onze cliëntèle te bevorderen op alle manieren die ons daartoe ten dienste staan. Maar hoe staat het met ons eigen welbevinden? Uit onderzoek blijkt dat dokters die zich 'wel bevinden' beter werk leveren. Dat geldt trouwens niet alleen voor dokters, dat geldt voor iedereen: welbevinden bevordert de productiviteit. Welbevinden bevordert ook je gezondheid en je sociale leven en vermindert stress. Daarmee zet je een cascade van positieve gebeurtenissen in gang, waar je zelf, maar ook je omgeving veel plezier van kan hebben. Het is dus de moeite waard om te streven naar een vorm van duurzaam welbevinden. Dat is niet een voortdurende euforische staat van extreem geluk, maar een chronisch gevoelde positieve waardering van je eigen leven, een leven waarin ook wel eens negatieve emoties kunnen voorkomen. En geheel in lijn met de trend van verantwoord en gezond burgerschap is ook welbevinden een kwaliteit waar je aan kunt werken – geluk is eigenlijk een proces. Sterker nog, het gevoel dat je je leven zelf kunt beïnvloeden werkt welbevinden in de hand. Ik wil dat overigens niet overdrijven, maar heb ervaren dat met een aantal kleine tips het geluk toch wat dichterbij is gekomen. Er is de laatste jaren wereldwijd veel gepubliceerd over geluk, onder andere door Jan Auke Walburg, tot 1 januari 2014 verbonden aan het Trimbos-instituut en inmiddels bijzonder hoogleeraar positieve psychologie aan de Universiteit van Twente. Walburg is van mening dat wij zelf ons geluk kunnen beïnvloeden. Hij schreef een boek over dit onderwerp, waarin hij tot zes principes van duurzaam geluk komt. Principes die veel te maken hebben met het onderwerp van dit themanummer, met tips die meteen vandaag zijn toe te passen zowel thuis als op het werk. Ik geef een sterk verkorte versie.

ZES PRINCIPES

Positief en optimistisch denken. Gedachten en gevoelens zijn onderling sterk verbonden. Positieve gedachten induceren een positief gevoel. Zo leiden ook twijfelende, negatieve gedachten over jezelf tot een selffulfilling prophecy. Wanneer je je dat bewust bent kun je anders gaan handelen. Vervang de pessimistische gedachten door optimistische gedachten en versterk dat ook door een positieve houding aan te nemen.

Leven vanuit een betekenisvolle missie en die succesvol na kunnen streven. Zinnig bezig zijn met dingen waar je goed in bent en die bij je passen, maakt je gelukkig. Jezelf daarbij steeds verder ontwikkelen werkt ook positief. Het helpt om hier bewust over na te denken en er ook iets mee te doen,



waarbij welbevinden eerder de vrucht van het proces is dan een doel. Waar ben je eigenlijk goed in? Wat is je levensdoel? Wat zou je willen dat anderen over je zeiden als je vijfzig wordt, als je met pensioen gaat, of als je begraven wordt?

Bewust leven en genieten. Aandacht verhoogt de ontvankelijkheid voor schoonheid, voor positieve ervaringen van allerlei aard. Kleine dingen krijgen een grote waarde. Aandachtig aanwezig zijn in het hier en nu zorgt ook voor intensere contacten met anderen, daar hebben beide partijen baat bij. Aandachtig leven vermindert stress en verhoogt de geluksbeleving. Aandacht kun je oefenen, zie daarvoor de pagina 34.

Interactie met anderen. Goede, betekenisvolle, evenwichtige relaties met anderen zijn erg belangrijk voor het welbevinden. Bewust tijd en aandacht nemen voor vrienden en familie is belangrijk. Het hoeft niet diepgaand en ingewikkeld te zijn, even glimlachen naar iemand anders is al heel stimulerend. Maak eens bewust werk van het bedanken of complimenteren van anderen. Je geeft ook jezelf daarmee opnieuw de kans te genieten van waar je dankbaar voor was. Kleine moeite, groot geluk!

Gezonde leefstijl. Een goede conditie, je lichamenlijk en geestelijk fit voelen, bevordert het welbevinden. Wie dit nummer leest, weet hoe het werkt.

Geluk delen. Welbevinden wint aan waarde als je het deelt met of ten goede laat komen aan anderen. Dat gaat vaak vanzelf, een goed humeur is besmettelijk, met een blij moeder is het leuker afwassen, en een gelukkige dokter levert beter werk. Geluk verbreedt ook ons blikveld, en daarmee ons vermogen en onze invloed om voor anderen iets te betekenen, daarmee maken we anderen ook weer gelukkiger.

Hieronder enkele positieve acties om geluk uit te lokken, kun je vandaag meteen mee beginnen. Veel plezier en veel geluk!

Noem aan het einde van de dag drie dingen op die je vandaag goed hebt gedaan.

Kijk anderen lachend aan.

Maak elke dag iemand een compliment.

Maak bewust werk van bedanken: bedank elke dag iemand.

Bedenk waar je vandaag van hebt genoten. Kun je dat binnenkort herhalen?

Bron: Mentaal vermogen. Investeren in geluk. Jan Auke Walburg. Nieuw Amsterdam Uitgevers in samenwerking met het Trimbos-instituut.



Correspondentieadres
j.erbrink@vanneynsel.nl

Ouderen en huisdieren 4

Interview met mevrouw Smits

Mevrouw Smits, 79 jaar en sinds tien jaar weduwe, is sinds een maand opgenomen op de revalidatieafdeling vanwege een status na CVA. Het is nog onduidelijk of zij weer naar haar vorige woonsituatie kan terugkeren. Hier maakt zij zich erg veel zorgen om. Zij heeft vroeger op de huishoudschool gezeten, maar deze niet afgemaakt. Zij en haar man hebben altijd huisdieren gehad, honden en ook katten. Ze heeft ook nu nog een hond, Boris, een kleine White Terrier van 13 jaar oud, die nu tijdelijk door familieleden wordt verzorgd. Ze vindt het erg dat ze nu niet voor haar hondje kan zorgen en is bang dat Boris haar erg mist. Ze heeft Boris een paar keer gezien sinds opname. 'Gelukkig mag Boris hier op bezoek komen.'

Ze is ambivalent over de hondenbezoeken aan de afdeling. Ze vindt het leuk om de honden te zien en er mee te spelen, maar tegelijk moet ze daardoor aan haar eigen hondje Boris denken en dat roept veel emotie op. 'Als ik deze hond zie, dan mis ik mijn eigen hondje ontzettend. Dan klap er iets dicht.'

Als leukste activiteit om met de honden te ondernemen noemt ze 'koekjes geven en wandelen.' Als ze gaan wandelen, zit mevrouw in een rolstoel en houdt de hond aan de lijn, terwijl ze geduwd wordt door een vrijwilliger.



Over de huidige bezoek hond merkt mevrouw Smits op dat ze deze te druk vindt. 'Veel drukker dan ik gewend ben met Boris. Ik houd niet van drukke honden.' Toch ervaart ze een band met de bezoek hond.

Ondanks dat de hondenbezoeken haar tegelijk een leuk en naar gevoel bezorgen, zou ze toch graag doorgaan met de activiteit. Het leidt haar af en 'ik moet gewoon af en toe een hond kunnen aaien'. Bij voorkeur Boris, maar als dat niet gaat een andere hond.

Aandachtig leven

Jacobien Erbrink

Het belang van 'aandacht' hoeft eigenlijk geen betoog. Aandacht – je gedachten op iets kunnen richten – is een belangrijke voorwaarde voor mentaal functioneren en voor het maken van wezenlijk contact. Ook is aandacht de basis van plezier en genieten (zie hiernaast). Aandacht hebben voor iets of iemand betekent dat je in het hier en nu bent. Dat klinkt erg makkelijk, maar vergis je niet. In de praktijk zijn we toch heel veel bezig met het 'daar en het elders'. Het gesprek van zometeen alvast voorbereiden terwijl je achter het stuur zit, tijdens het eten het afgelopen weekend overpeinzen of bij een consult ongewild bezig zijn met hoeveel je vandaag nog moet doen. Voor gebeurtenissen om ons heen geldt hetzelfde, die kunnen snel de aandacht wegtrekken van waar we mee bezig zijn. Je aandacht richten en houden op waar je mee bezig bent is een kunst. Eentje die je kunt oefenen.

Het beoefenen van mindfulness is daarvoor bij uitstek geschikt. Mindfulness laat zich het beste vertalen met 'opmerkzaamheid' of 'aandacht', en vindt zijn oorsprong in de Boeddhistische traditie. Bij het beoefenen van mindfulness gaat het erom aandachtig aanwezig te zijn in het hier en nu, op een milde en niet-oordelende manier. Een mindfulnessstraining bestaat uit een programma van 8 weken opgebouwd uit vaste onderdelen waarin meditatie en cognitieve strategieën gecombineerd worden. Het oefenen van deze vaardigheden is essentieel. Met behulp van meditatie richt je je aandacht op ademhaling, lichamelijke sensaties of gedachten, en oefen je je in het opmerken en ervaren van deze gewaarwordingen zonder dat je er iets mee hoeft te doen of iets van hoeft te vinden. Je oefent je als het ware in 'er zijn' in plaats van 'iets doen'. De vrucht van dit oefenen kan uiteindelijk zijn dat je in staat bent gewaar te zijn zonder te oordelen, je eigen ervaren neutraal te beschouwen en daarmee los te komen van associaties en emotionele beleving. Het zijn juist de negatieve associaties en de negatieve emotionele lading die veel energie kosten en die lijdensdruk veroorzaken bij bijvoorbeeld chronische stress, depressiviteit, angst of pijn. Het oefenen van opmerkzaamheid leidt ook tot bewustwording van automatische patronen en de mogelijkheid om daar invloed op uit te oefenen. Een automatische herkennen opent de (soms lange) weg naar het maken van andere keuzes. Mindfulness kan op deze manier zowel de energiebalans verbeteren als ook het gevoel van regie en controle (en vreugde!) in het eigen leven vergroten. Mindfulness werkt het beste als je in staat bent om de mindfulness-technieken duurzaam te integreren in je eigen manier van leven. Je een vorm van aandachtig leven eigen maken. Het is daarmee een echte leefstijlinterventie.



Naar het effect van meditatie en mindfulness op gezondheid is inmiddels heel veel onderzoek gedaan. In Nederland hebben met name VUmc en Radboudumc expertisecentra op dit gebied. Het beoefenen van mindfulness met behulp van de mindfulnessstraining als interventie bij specifieke gezondheidsproblemen laat een positief effect zien op stresshantering en psychische klachten (onder andere depressie en angst). Het helpt mensen met een chronische ziekte te leven met dat wat er is. Ook voor overbelaste mantelzorgers van mensen met dementie kan mindfulness een geschikte interventie vormen. Mindfulness heeft echter niet alleen een therapeutische waarde bij al bestaande klachten, maar lijkt ook een bijdrage te kunnen leveren aan preventie van gezondheidsklachten en in die zin onderdeel te kunnen vormen van een gezonde levensstijl. Recent is hierover een artikel in het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie verschenen (TGG 2013; 44) dat de mogelijke bijdrage van mindfulness aan succesvol ouder worden bespreekt.

Ook voor gezonde mensen kan mindfulness een waardevolle investering in evenwichtig en aandachtig leven en werken zijn. Verschillende disciplines in de ouderenzorg ervaren hun beroep als stressvol, er moet zoveel gebeuren en zoveel tegelijk, daarbij kan mindfulness van betekenis zijn. Door de aard van mindfulness – het oefenen van aandacht en mildheid – draagt het bij aan ontwikkeling van empathie en compassie, en lijkt het voor hulpverleners zo ook een investering in de kwaliteit van hun contact op te leveren. Mindful werken zou van ons betere dokters kunnen maken. Maar persoonlijk zie ik het vooral als een investering in eigen kwaliteit van leven. Het leven is zoveel leuker als je het met aandacht kunt (be)leven!

Aandachtig leven hoeft niet ingewikkeld te zijn, het gaat over de kleine dingen van alledag. Hieronder volgen enkele voorbeelden ter illustratie. Ik nodig je van harte uit om ze eens uit te proberen en te proeven aan de kunst van mindfulness.

Eten met aandacht

Eten is een activiteit waarbij je veel zintuigen gebruikt. Daar ben je je misschien niet van bewust, eten is al te vaak een automatisch handeling, onderdeel van multitasken. Eten met aandacht begint met gaan zitten en je volle aandacht aan je eten geven. Het eten aanraken, ruiken en proeven, met aandacht kauwen en doorslikken. Elke hap opnieuw.

Doe dat ook eens met de droppot op je bureau: snoep met aandacht, in plaats van gedachteloos innemen tijdens het lezen, mailen of bellen. Ruik, voel, proef dat dropje, neem de tijd.

Telefoon opnemen met aandacht

Als de telefoon gaat, laat hem dan minimaal drie keer overgaan. Maak een bewuste keus om op te nemen.

Aandachtig ademen

De ademhaling is een betrouwbaar centraal ijkpunt in een drukke wereld. Aandacht voor ademen brengt je even terug bij jezelf en bij dit moment. Stap even van de automatische piloot en volg je ademhaling aandachtig gedurende drie ademhalingen.

Probeer een korte meditatieoefening uit

Drie minuten zitten. Deze staat op de website van Verenso: www.verenso.nl/actueel/tijdschriftvoorouderengeneeskunde/februari2014. Een mooie korte oefening ter onderbreking van de dagelijkse routine. Deze oefening gebruiken wij in onze vakgroep bij aanvang van een groot overleg om de overgang van hectische bezigheden naar efficiënt vergaderen met aandacht te kunnen maken.

Of probeer een iets langere meditatieoefening uit

Tien minuten. Ook op de website van Verenso. Of installeer de App Buddhify (zie Ouderengeneeskunde 2.0, pagina 47).

MEER OEFENINGEN UITPROBEREN?

Edel Maex heeft een internetsite waarop je ook oefeningen kunt vinden: www.levenindemaalstroom.drupalgardens.com. Yvonne van Iersel, zie www.yvonnevaniersel.nl, is de donateur van de oefeningen op de site van Verenso. Bij deze trainer kun je ook een digitale tiendaagse mindfulness-training uitproberen.

EEN COMPLETE MINDFULNESSTRaining DOEN?

Er zijn diverse aanbieders die specifieke trainingen voor artsen aanbieden te vinden via google. Enkele aanbieders besteden in de training ook aandacht aan wat mindfulness voor je patiënten kan betekenen. Mindfulnessstraining levert bij erkende aanbieders (als VvAA) 20 nascholingspunten op.

MEER WETEN OVER MINDFULNESS?

Lezenswaardig zijn de boeken van Edel Maex 'In de maastroom van je leven' en het recent uitgegeven 'Dit is je plaats' bij Uitgeverij Lannoo. Edel Maex is psychiater in België en dé mindfulnessstrainer in de Lage Landen. Andere bekende auteurs van informatieve boeken over mindfulness en meditatie zijn Jon Kabat-Zinn, de grondlegger van de therapeutische mindfulnessstraining in Amerika en de boeddhistische Vietnamese monnik Thich Nhat Hanh.



Correspondentieadres
j.erbrink@vanneynsel.nl

Complementaire zorg in de palliatieve zorgverlening: een onmisbare aanvulling!

Ronald van Nordennen, specialist ouderengeneeskunde/palliatief consulent

Mieke van de Heijden, verpleegkundige palliatieve zorg, aandachtsgebied complementaire zorg

Jeanette Koeman, verpleegkundige palliatieve zorg, aandachtsgebied complementaire zorg

Alle drie auteurs zijn werkzaam binnen Hospice Roosdonck, Stichting Groenhuysen, Roosendaal

Sinds september 2012 heeft Hospice Roosdonck in Roosendaal haar deuren geopend. Het hospice telt 12 appartementen en richt zich op palliatieve behandeling en zorgverlening voor patiënten die zich al dan niet in de terminale fase bevinden. Dit betekent dat ook korte opnames mogelijk zijn voor het instellen van bijvoorbeeld pijnbehandeling. De specialist ouderengeneeskunde of de eigen huisarts is hoofdbehandelaar. Het verdere team bestaat uit een manager, verpleegkundigen, vrijwilligers en een geestelijk verzorger. Indien nodig kunnen andere disciplines worden ingeschakeld. Grenzend aan het hospice bevindt zich een kennis en expertisecentrum. Hier worden scholingen gegeven en is ruimte voor ontmoeting van mensen werkzaam in de palliatieve zorg.

Sinds de opening van Roosdonck is het team zich gaan verdiepen in 'Complementaire Zorg'. Deze zorgvorm is letterlijk complementair aan de reguliere palliatieve zorg. Het is geen alternatieve behandeling, omdat complementaire zorg geen therapie is.¹ Wij hanteren binnen onze zorgverlening het begrip 'Integrative Medicine' en daarbinnen de 'Integrative Care' waarin we de patiënt benaderen als een holistisch mens, uitgaand van eenheid van lichaam, geest, ziel en de balans hierin.² Er wordt binnen de complementaire zorg aandacht gegeven aan de fysieke, emotionele, mentale, sociale en spirituele behoefte van de patiënt. Uiteraard is het doel het welbevinden van de patiënt die palliatieve zorg behoeft, te bevorderen. Complementaire zorg binnen de palliatieve zorgverlening voegt naast de reguliere zorg veel extra's toe aan het leven dat zijn einde nadert en wil zo de kwaliteit van het leven bevorderen. De verpleeg-

kundigen binnen ons hospice spelen hierin de hoofdrol. Enkele verpleegkundigen hebben zich bijgeschoold op het gebied van complementaire zorg bij de Levensboom. Naast scholingen bij de 'Levensboom' hebben enkele verpleegkundigen zich ook geschoold bij het 'van Praag instituut' in Utrecht, waar een verdere verdieping is gekomen in het geprotocolleerd werken met complementaire zorg. De kennis en kunde hebben zij vervolgens gedeeld met het overige team, inclusief artsen, geestelijk verzorger en vrijwilligers. Zodra complementaire zorg wordt ingezet, wordt dit ook met de hoofdbehandelend arts besproken. Dit is van belang om goed op de hoogte te zijn van de zorg die de patiënt wordt geboden en om eventuele interacties met palliatieve behandeling te voorkomen.

Er is gekozen voor een beperkt aantal complementaire zorgvormen binnen ons hospice, om eerst eens ervaring op te doen en te wennen aan deze zorg. Wij hebben gekozen voor aromazorg, massage en aquazorg.

AROMAZORG

Etherische oliën hebben invloed op het limbisch systeem, een gebied in de hersenen dat betrokken is bij emoties, motivatie en genot. Hier zit ook het emotioneel geheugen, waardoor een geur van lang geleden een heel sterk gevoel kan oproepen. Bij palliatieve patiënten, die vaak lichamelijk verzwakt zijn, vindt er snel overprikkeling plaats voor bijvoorbeeld geur, geluid en/of aanraking. Voorzichtigheid is dan ook geboden. Goede scholing, een goed naslagwerk, goede rapportage en overleg is daarom belangrijk.

Veel patiënten staan open voor aromazorg. Het wordt ingezet bij onrust, angst, slapeloosheid, moeizame verwerkingsprocessen, misselijkheid en benauwdheid. We zetten de etherische oliën pas in nadat er met patiënt en/of naasten is gesproken en er een goede anamnese is afgenomen. In de anamnese wordt gevraagd naar eerdere ervaringen met aromazorg, klachten worden uitgediept en verbonden aan bepaalde geuren. Het is erg belangrijk om te weten of er een geur is die weerstand oproept. Bijvoorbeeld olibanum (wierook) werkt rustgevend, maar kan een heel akelig gevoel oproepen bij een mogelijk religieus verleden. En ook een geur als bergamot, wat ontspannend, rustgevend en vitaliserend werkt, kan vervelende associaties geven. Deze geur ruikt sterk naar de Eau de cologne 4711.



Eucalyptus.



Rozemarijn.



Olibanum (wierook).

Na een goede anamnese wordt de aromazorg ingezet met een druppeltje olie op een tissue, een aantal druppels op een geursteentje of in een aromabrander. Het effect op de klachten wordt met de patiënt doorgenomen. Als de patiënt de geur als prettig ervaart wordt deze vaker ingezet. Dit kunnen vaste momenten op een dag zijn om klachten te voorkomen, of juist op vraag van de patiënt. Er wordt dagelijks met de patiënt geëvalueerd en zo nodig worden geuren of inzetschema's aangepast.

Ook kan het gemengd worden met een basisolie voor handen/of voetmassage. We gebruiken aroma-inhalers bijvoorbeeld bij benauwdheid of misselijkheid. Bij benauwdheid kan een combinatie van eucalyptus en rozemarijn verlichting bieden. Een aantal druppels doen we in een kleine neusinhaleer, de patiënt kan dit vervolgens zelf toedienen door het aan de neus te zetten en te inhaleren.

HYDROZORG

Het werken met hydrozorg kan ook erg weldadig zijn. Alleen een voetbad, met of zonder etherische olie, kan al een heel ontspannen gevoel geven en veel rust geven zonder dat het erg belastend is voor de patiënt.

Mevrouw P is een hoogbejaarde dame die in het hospice is opgenomen met onrust, verwardheid en achterdocht. Hierdoor is zij haar medicatie gaan weigeren. Zij is grotendeels immobiel en delirant, met als lichamelijke oorzaak obstipatie. De ingezette complementaire zorg, in deze situatie een 'koele buikwassing' blijkt erg effectief, is niet belastend en werkt zelfs rustgevend.

De koele buikwassing is een vorm van aquazorg en wordt toegepast bij obstipatie. Het is een simpele handeling die weinig tijd kost, maar vaak een groot effect heeft. Met een washand met koud water worden ronddraaiende bewegingen gemaakt over de buik, met de klok mee. Daarna wordt de patiënt warm toegedekt, waarbij hij/zij vervolgens 20 minuten op bed blijft liggen. Het effect op het krijgen van ontlasting is in veel situaties erg goed. Daarnaast blij-

ven patiënten ook laxantia gebruiken, onder andere bij het gebruik van opioïden. Hydrozorg is een aanvulling op de therapie, het vervangt deze niet.

MASSAGE

In de terminale fase van het leven, met name in de laatste dagen voor het sterven is mondeling contact met de patiënt vaak niet mogelijk of sterk verminderd. Echter, zonder woorden kan toch een diep menselijk contact ontstaan door bijvoorbeeld een hand en/of voetmassage. Je bent daarmee letterlijk dichtbij, er is contact en het samenzijn wordt daarmee van waarde en kan geborgenheid en troost geven. Een goede massage geven is iets dat je moet leren. Onze verpleegkundigen zijn hierin geschoold en leren het weer aan elkaar en aan bepaalde vrijwilligers die hier voor open staan. We kiezen er dus voor dat niet iedereen zomaar gaat masseren zonder voorkennis van massagetechnieken. Ook de behandelend artsen worden hiervan op de hoogte gebracht, zodat overleg kan plaatsvinden over de massagegebieden en eventuele gebieden die niet gemasseerd moeten worden in verband met bijvoorbeeld tumorgroei.

Het resultaat van de complementaire zorg wordt gerapporteerd en wordt wekelijks in het MDO besproken. Op deze manier weet de behandelend arts welke vormen van complementaire zorg worden gebruikt. Patiënten zijn zeer te spreken over de complementaire zorg. Uiteraard speelt aandacht hebben voor de klachten van de patiënt hierbij een rol, met name door de anamnese en aanvankelijk voorzichtig inzet van bijvoorbeeld aromazorg. Als naslagwerk gebruiken wij het boek van Madeleine Knapp-Hayes: 'Complementaire zorg in de palliatieve zorgverlening'. Ook hebben we het boek 'Inleiding in de complementaire zorg' van Martine Busch et al in ons bezit. Dit is een erg compleet naslagwerk aangaande complementaire zorg.

Complementaire zorg is altijd maatwerk binnen deze kwetsbare groep patiënten. Het vraagt om een zorgvuldige inzet, maar is voor ons bijna niet meer weg te denken binnen de palliatieve zorg die wij geven. Het verrijkt onze zorgverlening en gaat goed samen met de traditionele zorg. Een gedegen bijscholing voor de verpleging en verzorging is wel een voorwaarde om complementaire zorg in te zetten. Voor de specialist ouderengeneeskunde is een verdieping in het onderwerp interessant als deze frequent werkt met patiënten die complementaire zorg ontvangen.

LITERATUUR

1. Richtlijn Complementaire zorg: IKNL handboek versie 2.0; 2009. M.E.H. Busch et al.
2. Complementaire zorg in de palliatieve zorgverlening, 2013. M. Knapp Hayes-Wellhüner.

Correspondentieadres
rvnordennen@groenhuysen.nl

Thuis (in) zorgtechnologie

Drs. J.J. Johan van der Leeuw, senior adviseur zorgtechnologie, Vilans, Kenniscentrum voor de Langdurende Zorg te Utrecht

SLIMME SENSORTECHNOLOGIE THUIS

Vanaf circa 2004 is veel geïnvesteerd, ook in Europees verband, in de ontwikkeling van technologie ter ondersteuning van de autonomie en zelfredzaamheid van thuiswonende kwetsbare ouderen in het algemeen en mensen met dementie in het bijzonder. Nu, na tien jaar, zijn er drie systemen gebaseerd op slimme sensortechnologie met de status van bewezen technologie en op beperkte schaal in gebruik.[1] Deze technologie wordt nog steeds verder doorontwikkeld. Op hoofdlijnen omvat het een netwerk van sensoren verspreid door de woning. Veelal relatief eenvoudige bewegings-sensoren, maar in het systeem voor geavanceerde bewaking is in de slaapkamer ook een specifieke slimme sensor in het netwerk opgenomen. De sensoren in het netwerk geven hun signalen door naar een centrale computer. Hier functioneert een uitgebreid computerprogramma die de signalen van de sensoren interpreteert en analyseert. De resultaten van deze bewerkingen worden gecommuniceerd naar de zorgverlener en indien gewenst (ook) de mantelzorg via het internet. Een internetaansluiting is dus wel noodzakelijk. Bij alle drie de systemen worden in principe geen camera's toegepast in verband met de privacy. Het is het computerprogramma dat hier het essentiële werk verricht.

GEAVANCEERDE BEWAKING

Eén van de drie systemen is gericht op geavanceerde bewaking: detectie van een mogelijke noodsituatie zonder technologie als een alarmknop te hoeven dragen en zonder op enig moment op een knop te hoeven drukken, noch door de cliënt zelf, noch door de mantelzorg. De bewaking wordt volledig autonoom uitgeschakeld bij het verlaten van de woning en bij het naar bed gaan en autonoom geactiveerd bij het binnenkomen van de woning. Met dit systeem is vanaf 2007 een opeenvolgende reeks pilots uitgevoerd, waarbij de volgende balans centraal stond: daadwerkelijke noodsituaties moeten tegen de 100% tijdig gesignaleerd worden, maar anderzijds mag het systeem niet te veel valse alarmen genereren. Hiermee wordt bedoeld wel een melding, maar er is niets aan de hand. De zogenoemde 'false alarm rate' van dit systeem is zodanig laag gebleken dat directe door melding naar ambulante zorgpersoneel op smartphones mogelijk is gebleken. Een bemenste zorgcentrale is niet nodig. Specifiek voor mensen met dementie is dwaaldetectie toegevoegd op verzoek van Vilans: een melding bij het verlaten van de woning zonder polsband of chip in de schoen en zonder dat in- en uitlopende mantelzorgers of hulpverleners een valse melding veroorzaken.

SAMENVATTING

Onder de noemers van 'domotica' en 'zorg op afstand' is de afgelopen jaren veel technologie ontwikkeld en getest voor met name thuiswonende mensen met dementie en de intramurale dementiezorg. Centraal staan hierbij autonomie en kwaliteit van leven en van de zorg. Deze technologie heeft inmiddels de status van bewezen technologie: minimaal één jaar in de praktijk van de langdurende zorg toegepast met een positieve evaluatie. Het gaat hierbij vooral om slimme sensortechnologie in de woning of de intramurale locatie.

Inmiddels is onder de noemer van 'eHealth' een nieuwe type zorgtechnologie tot ontwikkeling gekomen, die nog niet de status heeft van bewezen technologie. Hierbij worden applicaties toegepast voor een smartphone of tablet PC waarbij bijvoorbeeld zelfmanagement van de thuiswonende cliënt en de mantelzorg centraal staat, en daarmee zijn/haar autonomie.

Dit artikel biedt een overzicht van de huidige stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen. Vilans, Kenniscentrum voor de Langdurende Zorg, is actief bij een deel van deze ontwikkelingen betrokken en ondersteunt zorgorganisaties bij het keuzeprocess en de implementatie.

Het systeem is toegepast bij thuiswonende kwetsbare ouderen met gevorderde dementie of ernstige somatische klachten in twee pilots. Bij de grootste en meest langdurige pilot van 2,5 jaar is het systeem toegepast bij in totaal 13 mensen met ernstige somatische klachten en 7 mensen met gevorderde dementie.¹ Allen hadden een indicatie voor intramurale opname, maar bleven met verpleeghuiszorg aan huis vooralsnog thuis. Bij de mensen met somatische klachten was er sprake van een verhoogd veiligheidsgevoel, maar is niet direct uitstel van verpleeghuisopname als indicator van autonomie aangetoond. Dit was wel het geval bij de 7 mensen met gevorderde dementie: 3 mensen met dementie hebben meer dan half jaar langer thuis gewoond. Dit was de eerste keer dat door inzet van technologie direct uitstel van verpleeghuisopname is aangetoond.

LEEFPATROONMONITORING

De andere twee systemen zijn gericht op leefpatroonmonitoring van mensen met vooral een neurodegeneratief ziektebeeld en/of andere ziektebeelden die van invloed kunnen zijn op het dagelijks leefpatroon. Gedurende de eerste twee weken wordt het dan gebruikelijke dagelijkse leefpatroon gevolgd en vastgelegd. Bijvoorbeeld de casemanager dementie, maar indien gewenst ook de mantelzorg en/of

de specialist ouderengeneeskunde, kan vervolgens via een wekelijks te raadplegen scherm de ontwikkeling volgen. Via het scherm wordt men geattendeerd op belangrijke veranderingen in het dagelijks leefpatroon, zoals het optreden van nachtelijke onrust. Hierop kunnen dan tijdig bijvoorbeeld psychosociale interventies volgen, waarbij de leefpatroonmonitoring als feedback kan fungeren.[2]

In vergelijking met het systeem voor geavanceerde bewaking werken de systemen voor leefpatroonmonitoring alleen bij alleenwonende mensen. Het systeem voor geavanceerde bewaking is ook toepasbaar bij een twee- en meerpersoonshuishouden. De systemen voor leefpatroonmonitoring beschikken ook wel over noodsituatie detectie, maar zijn daar minder betrouwbaar in en niet de hele woning dekkend. Het systeem voor geavanceerde bewaking dekt namelijk wel de hele woning.

Onderzoeken naar pilots en in één geval structurele uitrol hebben aangetoond dat door de feedback vanuit de leefpatroonmonitoring de kwaliteit van zorg verbetert^{2,3}, men beter op de hoogte is van de actuele situatie en de zorg hier sneller op in kan spelen door aanpassingen in de interventies. Belangrijker wellicht in relatie tot de autonomie en de kwaliteit van leven, als dit laatste verlengd wordt naar de mantelzorger: aangetoond is een verminderde subjectieve stress van de mantelzorger.

LOKALISATIE DWALENDE MENSEN

Als het gaat om het verminderen van de stress van de mantelzorger is een belangrijk stresspunt het risico van verdwalen van personen met dementie of van het weglopen bij gevorderde dementie. Al enige tijd zijn er producten op de markt voor het lokaliseren van mensen met dementie te gebruiken door bijvoorbeeld de mantelzorger. Deze zijn met name op het punt van bruikbaarheid nog niet optimaal. Inmiddels is een tweede generatie product op de Nederlandse markt beschikbaar die specifiek is ontwikkeld voor mensen met dementie in samenwerking met een buitenlandse nationale Alzheimer-organisatie.[3]

BEELDSCHERMZORG

Voor met name mensen met somatische klachten en/of met een chronische ziekte (diabetes, hartfalen, COPD) is toepassing van beeldcommunicatie tussen zorgverlener en cliënt van belang gebleken. Als vorm van communicatie tussen bezoek aan huis en een telefonisch gesprek. Het is met name van belang gebleken voor de functie begeleiding, maar ook specialisten ouderengeneeskunde zouden dit instrument kunnen gebruiken, bijvoorbeeld voor communicatie met de mantelzorger.

Hier is de afgelopen jaren veel aandacht voor geweest. Een beperkt aantal zorgorganisaties werkt aan structurele implementatie en een groter aantal hebben pilots.

INTRAMURALE SETTING

In de intramurale setting is met name de toezichthoudende domotica van belang als een mogelijk lichter alternatief voor de fysieke maatregelen voor vrijheidsbeperking. Dit geeft een aangetoonde verbetering van de kwaliteit van leven in de nachtsituatie (vermindering toepassing onrustbanden en bedhekken) en overdag. In de dagsituatie vooral door het via het zogenoemde leefcirkelconcept kunnen bieden van meer leefruimte, hoewel dit sterk afhankelijk is van de locatie.

De toezichthoudende domotica voor met name de nachtsituatie is inmiddels sterk verbeterd door toepassing van de slimme sensortechnologie die voor thuiswonende kwetsbare ouderen is ontwikkeld. Dit wordt inmiddels op een aantal locaties geïmplementeerd. Het accent ligt hierbij op een verbetering van de opsta-alarmering of uitbedmelding ter vervanging van de huidige veel gebruikte enkelvoudige bewegingssensoren op een standaard naast het bed en de belmatten op de grond. Het maakt mede mogelijk dat er geen nachtelijke rondes meer gelopen hoeven te worden, wat op zich een verbetering van de kwaliteit van leven is. De cliënt wordt namelijk 's nachts niet meer gestoord en er is geen regelmatige inbreuk op de privacy meer.

Het geeft een zodanige ondersteuning van het nachtzorgpersoneel dat de omvang van de nacht zorg kan worden teruggebracht. Helaas wordt dit vanuit het bestuur van een zorgorganisatie al vaak doorgevoerd met de toepassing van domotica als argumentatie. Op dit moment is de toegepaste domotica veelal niet adequaat genoeg om te kunnen werken met een verminderde nacht zorgbezetting. Met vermindering wordt concreet bedoeld: van bijvoorbeeld 1 nacht zorgmedewerker op 24 bewoners (4 groepswoningen van 6) naar 1 op 36 (6 groepswoningen van 6). Hierdoor ontstaat een verhoogd risico van een 'niet meer te belopen aantal meldingen'. Er zijn op dit moment een gelimiteerd aantal domoticasystemen beschikbaar die een dergelijke verminderde nacht zorgbezetting aantoonbaar mogelijk maken.

Als het gaat om de autonomie van de bewoner met dementie is de nachtorientatieverlichting relevant. Bewoners worden langer in staat gesteld zelf naar het toilet te gaan.

Domotica voor de intramurale somatische zorg is later tot ontwikkeling gekomen, waarbij met name de zorgorganisatie Vivre te Maastricht veel pionierswerk heeft verricht. De autonomie van de bewoner staat hierbij centraal door hem/haar bijvoorbeeld in staat te stellen via een aanraakscherm op een verrijdbaar bedtafeltje in de kamer de verlichting, de televisie, de gordijnen, de voordeur enzovoort, op afstand te bedienen.

DE TOEKOMST

De technologie die nu nog in ontwikkeling is, draait vooral om het downloaden van applicaties (apps) op een smartphone of tablet PC. Op dit moment betreft het vooral applicaties ter ondersteuning van het zelfmanagement van men-

sen met een chronische ziekte (COPD, hartfalen, diabetes). Hiervoor zijn inmiddels een groot aantal applicaties op de markt, in de vorm van apps te downloaden uit de appstores van Apple, Android of Windows (Microsoft). Voor mensen met dementie zijn deze nog maar beperkt aanwezig en zijn deze vooral gericht op ondersteuning bij de dagstructurering van mensen met nog milde dementie. Alzheimer Nederland heeft wel recentelijk een app gelanceerd ter ondersteuning van de mantelzorger: de Alzheimer Assistent. De effectiviteit is nog wel onderwerp van onderzoek, evenals een selectie van de beste apps. Een vervolg zijn apps in combinatie met op het lichaam gedragen sensoren.

TOT SLOT

Voor specialisten ouderengeneeskunde is het goed om te weten dat voor thuiswonende kwetsbare ouderen al systemen bestaan met een bewezen status. Deze uitgebreide systemen voor in de woning worden bij voorkeur aangeboden door zorgorganisaties in combinatie met een zorg- of dienstenarrangement. Naar analogie van de huidige personenalarmering.

Met name de twee systemen voor leefstijlmonitoring kunnen direct van nut zijn voor de specialist ouderengeneeskunde: bij bijvoorbeeld alleenwonende mensen met dementie kan via de schermen die de software presenteert de effecten op het dagelijkse leven van het langzaam verminderen van de cognitie gevolgd worden. Dit maakt tijdige interventies beter mogelijk en hierdoor zijn de effecten van de interventies te monitoren.

Een specialist ouderengeneeskunde heeft hier ook een toegevoegde waarde ten opzichte van bijvoorbeeld een casemanager dementie of een wijkverpleegkundige: de schermen die de software genereert kunnen lastig te interpreteren zijn. Wat is hier nu precies aan de hand? Interessant is om op de website www.domoticawonenzorg.nl al de film te bekijken over het systeem dat structureel in gebruik is bij de zorgorganisatie Proteion in Noord-Limburg (onder het webdossier zorg op afstand).

Voor de intramurale setting gaat het om de kennis dat er vanuit de technologie inmiddels goede alternatieven beschikbaar zijn voor de fysieke maatregelen voor vrijheidsbeperking. Dit naast overigens niet 'high tech' alternatieven, zoals opgenomen in de alternatievenbundel van Vilans.[4]

LITERATUUR

1. Hoof J van, Jans A, Kort HSM, Overmars-Marx T. *Evaluatieonderzoek van het UAS-project van Zorgpalet Baarn-Soest, Zorg aan Huis, Eindrapportage*, juli 2009. Vilans Kenniscentrum voor de Langdurende Zorg en Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening.
2. Heide L van der, Spreuwenberg M, Willems C. *Rapportage Zorg op maat door leefstijlmonitoring, resultaten gebruiks-onderzoek 2008-2010*, juli 2011, Hogeschool Zuyd, Lectoraat Technologie in de Zorg.
3. Nijhof N. *eHealth for people with dementia in home-based and residential care*, proefschrift Universiteit Twente, april 2013, hoofdstuk 3, *Monitoring technology at home*.

EINDNOTEN

- [1] Een beschrijving van deze drie systemen is opgenomen op de website www.domoticawonenzorg.nl van de Kenniscir- kel domotica/zorg op afstand van Vilans, het deel van deze website dat openbaar toegankelijk is onder het dossier zorg op afstand. De drie systemen zijn: het UAS (Unattended Autonomous Surveillance) voor geavanceerde bewaking ontwikkeld door TNO en op de markt gebracht door Dutch Domotics, de leefstijl- of leefpatroonmonitoringsystemen Livind (Nederlands) en ADLife van het Engelse Tunstall.
- [2] Pilots bij de zorgorganisaties Proteion te Noord-Limburg en Bruggerbosch en de Posten in Enschede. Inmiddels structurele toepassing bij Proteion en naburige zorgorga- nisaties Land van Horne en De Zorggroep. Onderzoeken door Hogeschool Zuyd en Technische Universiteit Twente. Van het gebruik van het systeem door Proteion is een film opgenomen op de website www.domoticawonenzorg.nl onder het dossier Zorg op afstand.
- [3] Zie www.domoticawonenzorg.nl voor een beschrijving van dit type producten en een vergelijking tussen de huidige eerste generatie voor lokalisatie van mensen met dementie en de tweede generatie.
- [4] Zie www.zorgvoorbeter.nl onder thema vrijheidsbeperkingen.

Correspondentie
j.vanderleeuw@vilans.nl

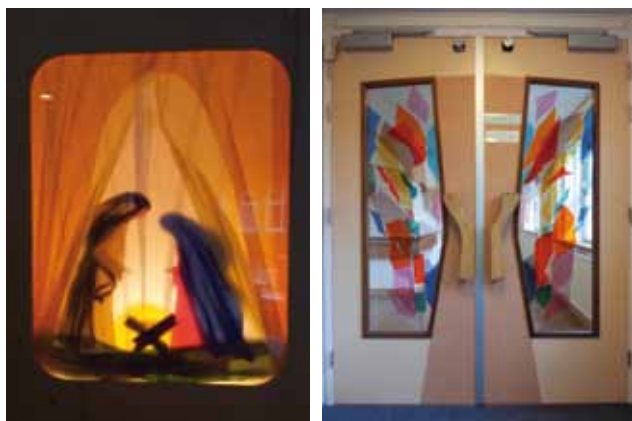
Thuis in de antroposofie

Jacobien Erbrink

Het Leendert Meeshuis, tegenwoordig onderdeel van Antroz, biedt wonen, zorg en welzijn vanuit een antroposofisch mensbeeld. Dat betekent dat men uitgaat van het principe dat de mens een eenheid vormt van lichaam, ziel en geest, dat ieder mens – ook de zieke mens – ontwikkelingsmogelijkheden heeft, op weg is naar innerlijke vrijheid en autonomie en ernaar streeft om met anderen een gemeenschap te vormen. Er zijn niet veel huizen op antroposofische grondslag in Nederland, daarom zijn antroposofische cliënten uit het hele land welkom. Ook wie geen antroposofische leefwijze heeft kan er komen wonen, maar moet wel duidelijk affiniteit hebben met de antroposofie. Het onderhouden van de antroposofische identiteit vereist ook extra financiële middelen, iedereen betaalt in principe een verplicht maandbedrag daarvoor. Zo kan men bijvoorbeeld activiteiten die het leefritme – een belangrijk gegeven in de antroposofie – weergeven (jaarfeesten volgens de jaarcyclus, weekopeningen, dagritme) in stand houden. Het antroposofisch mensbeeld klinkt ook door in de vertaling naar de zorgdomeinen, er is gezocht naar een goede vervlechting van enerzijds de begrippen vanuit de antroposofie (het fysieke lichaam, het levenskrachtenlichaam, het zielelichaam en de individualiteit) en anderzijds de vier inmiddels klassieke zorgleefplandomeinen. Zo probeert men de reguliere zorg en de antroposofische mensvisie samen vorm te geven en tot uiting te laten komen.

HET FYSIEKE LICHAAM OF WOON- EN LEEFOMSTANDIGHEDEN

Het fysieke lichaam staat voor het meetbare, uiterlijk waarneembare deel van de mens. Dit correspondeert met element aarde. Meteen bij het binnenkomen in het Leendert Meeshuis is een specifieke uitstraling voelbaar. De receptioniste zit aan een fraaie houten balie met halfronde golvende vormen. Er staat een kleine lichtbak met een crêpepapieren tafereel van Maria en Jozef bij de kribbe. Laagbouw middenin de bos-



sen, dat helpt ook. De inrichting met natuurlijke materialen – veel hout – en her en der seizoenstaferelen (passend bij de jaarkalender) weerspiegelt de antroposofische identiteit van het huis. Bij de vormgeving van het houtwerk probeert men rechte lijnen en rechthoekigheid te vermijden, ten gunste van ronde en speelse vormen. De basiskleurstelling is licht en rustig, waardoor de vrolijke wisselexposities van kunstwerken overal in huis er mooi uitspringen.

LEVENSKRACHTENLICHAAM OF LICHAAMELIJKE WELBEVINDEN EN GEZONDHEID

Het levenskrachtenlichaam omvat de groei- en levensprocessen, dat de mens gemeen heeft met de plantenwereld. Dit correspondeert met het element water. Er werken antroposofische artsen (een specialist ouderengeneeskunde tevens antroposofisch arts, een specialist ouderengeneeskunde in opleiding voor antroposofisch arts, en een antroposofisch arts in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde) en therapeuten in het behandelteam. Een antroposofische levenswijze is eigenlijk een must voor de behandeldienst, omdat de visie op gezondheid, ziekte, zorg en zijn zo bepaald wordt door het antroposofische mensbeeld. De antroposofische geneeskunde gaat uit van het antroposofische mensbeeld, waarbij andere referentiebeelden een rol spelen, zo legt Paul Schmitz uit, een persoonsbeschrijving in termen van orgaantype, mineraaltypen of elementair type. Deze beeldende typering komt ook in het zorgplan te staan als basis voor de arts, zo staat er bijvoorbeeld bijna altijd iets in over de warmtehuishouding, de juiste temperatuur is belangrijk voor een goede balans, bij alle fasen in het leven. De antroposofisch arts maakt bij de behandeling vervolgens gebruik van natuurlijke middelen, waarbij de kenmerken van planten en mineralen op dezelfde manier beschouwd en uitgedrukt worden als de kenmerken van personen. ‘Medicamenteus ingrijpen is ook altijd een ingrijpen in de persoon (‘eenheid van lichaam, ziel en geest’), verklaart Paul, ‘het één moet wel bij het ander passen en je moet weten wat een medicament doet – ook een regulier medicament – op de persoon’. Wat betekent de inzet van een bètablokker voor de warmteregulatie van dit type mens? Hoe beïnvloedt medicatie het lichaamsgevoel? ‘Ik neem de bijwerkingen daarom juist expliciet mee in mijn afwegingen bij de keuze van bijvoorbeeld een antihypertensivum, misschien past de ene bijwerking beter bij het persoonstype dan de andere’, gaat hij verder. ‘En ook het placebo-effect vind ik belangrijk, effect is effect.’ Bij terminale zorg en begeleiding – het grote inslapen – zet hij, naast reguliere palliatieve medicatie, de antroposofische medicatie soms in om ‘loslaten’ te vergemakkelijken. De beide behandelkaders kunnen goed samen bestaan, ze zijn doorgaans complementair aan elkaar.

Ook niet-medicamenteuze therapieën vormen een belangrijk onderdeel binnen de antroposofische geneeskunde. Vaktherapeuten spelen daarin een rol, maar fysiotherapeuten hebben ook een specifieke taak binnen de behandeling. Zij zijn geschoold in het geven van ritmische massages (met specifieke draairichting, frequentie en aantal), orgaaninwrijvingen en badtherapie. Bij deze vormen van therapie en zorg maakt men gebruik van specifieke technieken en bewegingen, naast substanties. Substanties zijn bijvoorbeeld aromatische of minerale natuurproducten zoals lavendel of koper. Ook de verpleging geeft zogenaamde uitwendige behandelingen met substanties, inwrijvingen, pakkingen en zalfapplicaties. Ze hebben daarvoor een aanvullende landelijke opleiding. Voor elke (be)handeling geldt dat doel en actie in het zorgplan zijn opgenomen, en waar nodig worden aangepast.

HET ZIELELICHAAM OF PARTICIPATIE

Het zielelichaam staat voor actie en reactie, voor bewustzijn en gevoel. Dit correspondeert met het element lucht. De antroposofie kent een belangrijke plaats toe aan kunsten, zoals muziek, drama, dans en schilderen. Deze bevorderen de eenheid van lichaam, ziel en geest. In huis kunnen bewoners daarom deelnemen aan meerdere kunstzinnige activiteiten die onderdeel vormen van het vaste programma. Zo is er elke zondag een concert in het huis. Een deel van de activiteiten heeft de vorm van therapie en is in handen van vaktherapeuten. Een mens is ook een ritmisch wezen, en het ritme van de natuurcyclus vormt de basis voor het aanbod van activiteiten, bedoeld om bewoners innerlijk en uiterlijk in beweging te brengen. De natuurcyclus komt onder andere tot uiting in de jaarfeesten, naast de bekende ijkpunten in het jaar als Kerst en Pasen zijn er ook feesten rond de zomerzonnwende (Johanni) en de herfstevening (Michael). De dag en weekopening, de thema's van kunstzinnige vorming en uiting en de aankleding van het huis moduleren allemaal mee met het ritme. Verder staat de na-



tuurcyclus ook voor de cyclus van leven en dood en weer terugkomen, waarbij men zich bewust is van het feit dat bijna iedereen in het verpleeghuis aan het laatste stuk aardeleven is begonnen, een fase waarin zingeving een belangrijke plaats inneemt. Het grote inslapen is niet alleen het afronden van de dag, of het jaar, maar van het hele leven. In de begeleiding speelt, waar dat nog kan, het zoeken naar betekenis een belangrijke rol, vaak ook juist via non-verbale kunstzinnige therapie. Muziek gebruiken we zo mogelijk ook live gespeeld door de muziektherapeut. Is iemand eenmaal overleden dan volgt een herdenking met familie, personeel en bewoners aan het bed. Het bed is opgemaakt met een drievoudig gevouwen laken en veel bloemen. Opbaren gebeurt meestal in het huis zodat iedereen ook afscheid kan nemen. De uitgeleide gaat via de voordeur in aanwezigheid van de medewerkers.

De verbondenheid met de gemeenschap, een andere aspect van participatie, vat men bij Antroz nadrukkelijk op als een verbondenheid van iedereen die woont en werkt in het huis. Bewoners met hun relaties, maar ook zorgprofessionals en vrijwilligers zijn onderdeel van die gemeenschap. Veel werknemers in het Leendert Meeshuis hebben zelf ook een antroposofische levenswijze. Met name voor sleutelfiguren in de organisatie (onder andere behandelaars) is dit ook van belang voor de dragende kracht van hun (voorbeeld)functie.

INDIVIDUALITEIT OF MENTAAL WELBEVINDEN

Individualiteit is het specifieke domein van de mens, die streeft naar een steeds groter zelfbewustzijn om daarmee innerlijke vrijheid en autonomie te ontwikkelen. Dit correspondeert met het element vuur. Zielelichaam en individualiteit zijn eigenlijk zo verwant aan elkaar dat ze elkaar grotendeels overlappen. Respect voor autonomie, persoonlijke groei en het beleven van innerlijke vrijheid in gemeenschappelijke verbondenheid is van belang voor de individualiteit. De levensgeschiedenis van elke bewoner is daarbij richtinggevend. Uitgangspunt voor zorgplan en dagelijkse (kunstzinnige) activiteiten vormen de beeldvormende besprekingen bij het begin van de zorgrelatie, deze geven inzicht in het antroposofisch persoonsperspectief van de individu en zijn de basis voor zorg en behandeling. Bij het persoonsperspectief spelen verschillende kwaliteiten een rol, die men graag in beeldende associaties of metaforen omschrijft. Iemand kan 'warm als een zonnetje' zijn of 'koel als de nacht'. Ook de vier elementen (aarde, water, lucht en vuur) of minerale kenmerken ('een vurig mens is een zwaveltype') passen bij de persoonsbeschrijving. Er ontstaat dan een brede profiel-schets op grond van de verschillende gegevens waarmee een beeld van de totale mens wordt gegeven.



TIP 1: HET BELANG VAN WARME VOETEN

Ontregeling van temperatuur kan in de weg van ontspanning en comfort staan. Denk bij mensen die niet in slaap kunnen komen dus ook aan koude voeten. Komt daar de slapeloosheid vandaan?

Zorg voor een goede doorbloeding van de benen en voeten, dat kan op verschillende manieren. Begin met een extra dekentje op de voeten of een warme kruik bij het voeteneinde. Warme sokken (eventueel met antislip) kunnen ook helpen.

Masseren van de voeten en de benen is de volgende stap. Dit kan al heel eenvoudig op de volgende manier: zorg dat je handen warm zijn, leg ze op het bovenbenen van de slapeloze (allebei tegelijk) en maak daarbij goed (stevig) contact, daarna wrijf je met je beide handen langzaam van boven naar beneden, naar de voeten, daar even vast houden. Dit doe je driemaal.

Is dat nog onvoldoende? Een voetmassage met olie brengt de temperatuur van de benen en voeten zeker omhoog. Olie heeft van zichzelf al een verwarmende invloed. Voeg je er enkele druppels van een aromatische substantie aan toe (of gebruik je gearomatiseerde olie) denk dan aan Lavendel of Sint Janskruid, dit zijn warmteminnende planten.

TIP 2: RUST OP NATUURLIJK WIJZE

Een antroposofisch arts maakt gebruik van natuurlijke middelen, ook bij onrust of inslaapproblemen. Avena Valeriana van Weleda (OTC) is zo'n middel. Een homeopathisch middel zonder sederende bijwerkingen, in te zetten wanneer niet-medicamenteuze adviezen niet helpen. Als 'zo nodig' geeft het vaak al rust, niet alleen door het middel, maar ook omdat er 'iets' gedaan is. Een volgende stap met zo nodig een benzo is dan vaak niet meer nodig.



Wil je meer weten over antroposofische geneeskunde?

Paul Schmitz: p.schmitz@antroz.nl

Op zoek naar de juiste toon

Lonneke Schuurmans

Muziek speelt een belangrijke rol in de levens van mensen. Ook in de ouderenzorg wordt muziek frequent ingezet. Koren of muzikanten bezoeken met regelmaat verpleeg- of verzorgingshuizen in de regio en zingen of spelen het bekende repertoire van voor de ouderen herkenbare liederen, vaak uit de tijd dat ze zelf jong waren. Andre Rieu is een graag geziene gast in de Dvd-speler en de liederentafel een vaste waarde in het activiteitenprogramma. Tijdens al deze activiteiten valt op dat de herkenbaarheid van muziek vaak lang behouden blijft, ook bij verminderde cognitieve of taalvermogens. Dit gegeven wordt onder meer gebruikt in die situaties dat muziek met een therapeutisch doel wordt toegepast. Elders in dit tijdschrift vindt u bijvoorbeeld een artikel over de inzet van muziektherapie bij mensen met dementie. Muziek heeft eveneens zijn waarde aangetoond als hulpmiddel bij logopedie.

Hoe belangrijk de rol van muziek is, wordt ook getoond in de prachtige serie **Muziekherinneringen** van SBS6.¹ In iedere aflevering worden portretten geschetst van mensen met dementie door middel van muziek, gezongen en gespeeld door bekende Nederlandse artiesten. De gekozen nummers roepen emoties op en brengen herinneringen naar boven. Een andere documentaire die de kracht van muziek in beeld brengt is 'Misha and So On' van cineast Cherry Duyns, die eind 2013 in première is gegaan op het International Documentary Filmfestival Amsterdam.² In 'Misha and So On' volgen we Misha Mengelberg, een van de belangrijkste hedendaagse jazzpianisten en -componisten van Nederland, tijdens een concert in Londen. Mengelberg leidt al sinds enkele jaren aan Alzheimer. Hij blijft echter optreden zo lang hij nog kan en zo lang hij nog wil. Zijn muziek klinkt nog steeds prachtig, ook al wil zijn geheugen niet meer.

WAT IS DAT TOCH MET MUZIEK DAT HET ONS ZO KAN BEROEREN?

In de inleiding van haar proefschrift over muziektherapie bij dementie zet Annemieke Vink muziek in een historisch en biologisch perspectief.³ Daarvoor moeten we een heel eind terug. Zo bestaan er papyrusrollen daterend uit het Oude Egypte, waarop wordt beschreven dat muziek wordt voorgeschreven als medicijn voor bepaalde ziektebeelden en Hippocrates zelf schrijft in zijn bekende geschriften dat muziek bijdraagt aan het genezingsproces. Pythagoras en Plato zijn de eersten die uitgebreid ingaan op de relatie muziek, lichaam en geest. In de biografie van Pythagoras staat beschreven dat hij een fluitspeler maant tot rustige deuntjes om – door drank en ruzie - opgefokte jongemannen weer tot rust te brengen en nader onheil te voorkomen. Dit

illustreert meteen de belangrijkste kwaliteit van muziek: het activeert of brengt rust. Denk aan het joggen in de maat van de muziek, maar ook aan de rustige muziek in de winkels die moet verleiden tot een rustiger looptempo (en meer aankopen).

Muziek beïnvloedt onze hartslag, ademhaling en bloeddruk, aldus Vink, en vaak ligt het ritme van muziek in de buurt van een gemiddelde, normale hartslag, zo'n 72-80 slagen per minuut. Muziek met een hoger ritme stimuleert,

ER ZIT MUZIEK IN DE SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE!

Er zit muziek in het verpleeghuis, maar zit er ook muziek in de specialist ouderengeneeskunde? Collega Frans Voncken heeft, via een quasi wetenschappelijk onderzoek naar het voorkomen van ouderengeneeskundige trefwoorden in de hedendaagse popmuziek, geconcludeerd dat er **goede muziek** zit in **Elderly Care Physician** en nog **veel meer goede muziek** in **Care Doctor for the Old**.



De resulterende playlist treft u hier.

- Elvis Presley – Baby I Don't **Care**
- The Beatles – **Doctor** Robert
- The Rolling Stones – Dear **Doctor**
- The Doobie Brothers – The **Doctor**
- Robert Palmer – Bad Case of Loving You (**Doctor, Doctor**)
- Alan Parsons Project – **Old** and Wise
- Dixie Chicks – I'll Take **Care** of You
- The Pogues – Dirty **Old** Town
- Bruce Springsteen – **Old** Dan Tucker
- John Fogerty – I Don't **Care**
- John Mayer – I Don't Need No **Doctor**
- Mick Jagger – **Old** Habits Die Hard
- The Traveling Wilbury's – Handle With **Care**
- Nina Simone – My Baby Just **Cares** For Me
- Alanis Morissette – Not The **Doctor**
- Phil Collins – I Don't **Care** Anymore
- Jamie Cullum – **Old** Devil Moon
- John Legend – PDA (We Just Don't **Care**)
- Placebo – You Don't **Care** About Us
- Copeland – Take **Care**
- Pearl Jam – **Elderly** Woman Behind The Counter In A Small Town (Bonus Track, zie kader)

muziek met een lager ritme brengt rust. Bepaalde aspecten van muziek, zoals toonhoogte, tempo en modaliteit, kunnen tevens onze emoties beïnvloeden. Een pianostuk in een snelle majeure stemt vrolijk, terwijl een langzaam stuk in mineur een gevoel van melancholie kan opwekken.

In de documentaire **Muziek en Geheugen** van de NCRV⁴ wordt uitgelegd hoe muziek emoties en geheugen kan oproepen. Muziek functioneert als een sterke drager van herinneringen, veelal positieve herinneringen. Slechte herinneringen blijken zich minder te hechten aan muziek. Hoe dat precies in elkaar zit, is vooralsnog voor de wetenschap een mysterie. Welke muziek herinneringen oproept, is voor ieder persoon verschillend. Voor de ene persoon geeft het luisteren naar Bach herkenbaarheid en emotie, voor een ander zijn het de Beatles. Waar deze verschillen op gebaseerd zijn, is eveneens onbekend. Een ander opvallend gegeven is het feit dat mensen in het luisteren naar muziek vaak een nummer zoeken dat past bij hun stemming. Een rustig, droevig nummer als men verdriet heeft (vaak wordt het verdriet daardoor alleen maar erger) en een opgewekte beat als men veel energie heeft (wat het energie niveau nog verder verhoogd).

Kijkend naar bovengenoemde effecten van muziek op lichaam en geest is het wellicht lonend om de muziek in uw verpleeghuis eens onder de loep te nemen. In de inleiding van dit stuk staan voorbeelden beschreven waaruit blijkt dat muziek over het algemeen volop aanwezig is binnen de ouderenzorg, in diverse vormen. De vraag is echter of muziek altijd op de juiste manier wordt gebruikt. Wordt er bijvoorbeeld aandacht besteedt aan het inzetten van de juiste muziek op het juiste moment? Dus rustige muziek om rust te brengen in een huiskamer en juist actieve muziek om te activeren. Wat zijn eigenlijk de individuele muziekvoorkeuren van uw bewoners en zijn deze opgenomen in een Plezierig Activiteiten Plan? Hoewel Andre Rieu over het algemeen goed in de markt ligt, zijn de Rolling Stones voor een specifieke cliënt mogelijk een betere keuze. Zijn er bewoners die een muziekinstrument bespelen en dit wellicht nog steeds kunnen of willen uitoefenen, ondanks hun ziektebeeld? Zijn er, tot slot, mogelijkheden om een muziektherapeut in te schakelen voor een specifieke hulpvraag? Wie over deze laatste vraag meer informatie wil, kan terecht bij de website van de Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie (www.nvmt.nl).

“Elderly Woman Behind The Counter In A Small Town”

Eddie Vedder, Pearl Jam, 1993

i seem to recognize your face
haunting, familiar, yet i can't seem to place it
cannot find the candle of thought to light your name
lifetimes are catching up with me
all these changes taking place, i wish i'd seen the place
but no one's ever taken me
hearts and thoughts they fade, fade away...
hearts and thoughts they fade, fade away...

i swear i recognize your breath
memories like fingerprints are slowly raising
me, you wouldn't recall, for i'm not my former
it's hard when, you're stuck upon the shelf
i changed by not changing at all, small town predicts
my fate
perhaps that's what no one wants to see
i just want to scream...hello...
my god its been so long, never dreamed you'd return
but now here you are, and here i am
hearts and thoughts they fade...away...
hearts and thoughts they fade...away...
hearts and thoughts they fade, fade away...
hearts and thoughts they fade

De afsluitende conclusie mag duidelijk zijn: Er zit muziek in het verpleeghuis!

REFERENTIES

1. *Muziekherinneringen* (SBS6, 2013): www.sbs6.nl/programmas/muziekherinneringen
2. *Misha and So On/Misha* Enzovoort (Cherry Duyns, 2013): op naam zoeken via www.idfa.tv
3. Vink A. *Music Therapy for Dementia. The effect of music therapy in reducing behavioural problems in elderly people with dementia*. Proefschrift. Rijksuniversiteit Groningen. 2013.
4. *Muziek en Geheugen* (NCRC, 2008): op naam zoeken via www.youtube.com

Correspondentie

lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

Complementaire zorg in de palliatieve zorgverlening

Integrative care in Palliative Care

Ronald van Nordennen, specialist ouderengeneeskunde/palliatief consulent



Auteur: Madeleine Knapp Hayes-Wellhüner
Aantal pag: 500
Uitgeverij: Kicozo
ISBN: 9789 081767408
Prijs: € 79,95

Binnen de palliatieve zorg is complementaire zorg ondertussen niet meer weg te denken. Binnen veel hospices, palliatieve units en binnen de thuiszorgsetting wordt een aanbod ge-

daan aan complementaire zorg. Er is zelfs een landelijke richtlijn vanuit het IKNL opgesteld. Complementaire zorg is geen alternatieve behandeling, omdat het geen therapie is. Het accent ligt op ondersteuning in de palliatieve zorg en het bevorderen van welbevinden. Binnen de complementaire zorg wordt aandacht besteedt aan welbevinden op lichamelijk vlak, maar zeker ook op het vlak van emotioneel, mentaal, sociaal en spiritueel welbevinden.

Dit handboek voor de professional in de palliatieve zorg gaat met name in op aromazorg, massage en aquazorg. De auteur heeft ruime ervaring binnen de palliatieve zorg en heeft zich volledig gespecialiseerd in de complementaire zorg. Zij laat zien dat de baten van complementaire zorg erg afhangen van het individu. Niet alles is voor iedereen even prettig. De informatie is overzichtelijk weggezet en laat de mogelijke toepassingen zien, maar heeft ook aandacht voor contra-indicaties. Complementaire zorg moet je niet zomaar even toepassen, het vraagt om kennis en kunde. Op diverse plaatsen refereert de auteur naar wetenschappelijke artikelen over een bepaalde vorm van complementaire zorg.

Dit is interessant voor verdere verdieping in het onderwerp. Complementaire zorg moet vooral prettig zijn voor de patiënt, met of zonder wetenschappelijke verantwoording.

Complementaire zorg heeft duidelijk een plaats naast de reguliere zorg en het is dan ook van belang dat de behandelend arts op de hoogte is van de ingezette complementaire zorg. Het boek is begrijpelijk geschreven en is ook praktisch in de dagelijkse palliatieve zorg. Het boek is extra aantrekkelijk door de mooie afbeeldingen en verdient een plaats in iedere werksetting binnen de palliatieve zorg. Het is een naslagwerk voor artsen werkzaam in de palliatieve zorg en daadwerkelijk een handboek voor de verpleegkundigen en verzorgenden aan het bed. Bijscholing in de complementaire zorg is wel een voorwaarde om deze in te zetten in de palliatieve zorgsetting.



Correspondentieadres
rvnordennen@groenhuysen.nl

Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

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

Deze speciale editie van Ouderengeneeskunde 2.0 staat geheel in het teken van de leefstijl van de dokter. Bewegen en ontspannen met behulp van technologie en apps.

TIPS & TRICKS

www.figurerunning.com

Op zoek naar een leuke manier om toch aan de benodigde hoeveelheid beweging te komen? Nog wat laatste kilo's kwijttraken, overgehouden van de feestdagen? Misschien is Figure Running een leuke suggestie. Figure Running is feitelijk creatief hardlopen. Het gaat niet om snelheid of afstand, maar om figuren en tekenen. Met behulp van een app en GPS signaal, creëer je al lopend figuren op een kaart, die je als foto kunt opslaan. Je kunt je figuur ook uploaden naar de Figure Running website en vergelijken met de figuren van andere deelnemers, over de hele wereld. Je kunt deelnemen aan wedstrijden en figuren proberen te lopen die passen bij een thema. Dit alles onder het motto: hardlopen is een kunst!



www.fitbit.com

De Fitbit is een handig apparaatje om gegevens over je leefstijl vast te leggen, dag in en dag uit. Een hele luxe stappen-teller eigenlijk, die – afhankelijk van welk Fitbit apparaat je gebruikt – bijhoudt hoeveel stappen je hebt gezet, hoeveel meter je hebt afgelegd, hoeveel trappen je hebt gelopen en hoeveel calorieën je daarmee hebt verbrand; maar ook je slaappatroon 'leest' aan de hand van beweging. Er is natuurlijk ook een Fitbit app (voor Android en iOS) en synchronisatie via een cloudprofiel. Zet doelen en houdt bij hoever je deze genaderd bent. Fitbit is er onder meer in de vorm van horloges, armbanden en clips en is niet goedkoop. De



simpelste Fitbit clip (zie foto) is 59 euro. Onder andere verkrijgbaar bij online warenhuizen en sportspecialzaken.

www.bandcamp.com

Al dat lopen werkt natuurlijk het beste met de juiste beats op de achtergrond. Via de website www.bandcamp.com kun je muziek van (beginnende) artiesten beluisteren en kopen. Bepaal zelf de prijs van een lied of album, afhankelijk van hoe je deze waardeert. Het geld gaat direct naar de artiest. Er zit dus geen muziekmaatschappij tussen. Gekochte songs kun je downloaden als MP3 (om te luisteren tijdens Figure Running bijvoorbeeld) of streamen via de Bandcamp app thuis op de bank.

APPS

Art

Speciaal voor iPad (en iPhone) is er de prachtige app Art. Een aanrader voor kunstliefhebbers. Voor het verwaarloosbare bedrag van 0,89 cent haal je alle belangrijke kunstwerken in huis. Lees meer over de achtergronden van schilderijen en de verschillende perioden in de kunstgeschiedenis en geniet van prachtige schilderijen en beelden met de iPad als fotolijst. Prachtig op het retinascherm! Er zijn ook apps van dezelfde maker gericht op een specifieke schilder, bijvoorbeeld alle schilderijen van Rembrandt of van Gogh.

Audible

Door het drukke bestaan als specialist ouderengeneeskunde geen tijd om te lezen, maar wel een boekenliefhebber? Dan zijn audioboeken mogelijk een uitkomst. Laat je het boek voorlezen door professionele (stem)acteurs! Audioboeken zijn al lang niet meer voorbehouden aan slechtienden, ouderen of kinderen; er is een bloeiende markt in audioboeken onder jongeren en forenzen. De beste audioboeken app is Audible van de gelijknamige audioboeken winkel (www.audible.com), die verschillende kortingsabonnementen aanbiedt. Zonder abonnement kopen kan ook. Luister je liever in het Nederlands? De Audible app kan ook audioboeken inlezen die je elders hebt gekocht (bijvoorbeeld via iTunes) en deze afspelen via de app. Luister onderweg, in bad of voor het slapen gaan (met sleeptimer) en laat je mee-



slepen door het verhaal. Beter ontspanning is er niet! Er zijn gratis Audible apps voor Android, iOS, Windows Phone en diverse andere apparaten. Lees je vaak ebooks? Amazon heeft een leuke doorlopende actie: koop een ebook en krijg het Audible audiobook erbij tegen zeer gereduceerd tarief.

Goede voornemens

Er zijn verschillende apps die kunnen helpen om die – waarschijnlijk inmiddels verwaterde – goede voornemens voor het nieuwe jaar nu eens echt tot een succes te maken. **CalorieTeller door FatSecret** (iOS, Android, Blackberry, Windows), bijvoorbeeld, helpt je bijhouden hoeveel calorieën je inneemt gedurende een dag. **7 Minute Workout**

(iOS, Android) is een intensieve fitness oefening van, inderdaad, 7 minuten om die calorieën ook weer te verbranden. **aTimeLogger 2** (iOS, Android) helpt om inzicht te krijgen in welke zaken veel van je tijd opslokken (en of dat terecht is). Even een momentje tot jezelf komen? **Buddhify** (iOS, Android) is gekozen tot beste mindfulness & meditatie-app on the go. Eindelijk eens die series uit vroeger tijd nog eens kijken? **Netflix** is tegenwoordig ook in Nederland beschikbaar en biedt veel series en films aan voor diverse media. Tot slot is er nog een app die vaak wordt vergeten, maar in bepaalde situaties heel positief kan werken. Deze app heet de **UIT-knop** (iOS, Android, Blackberry en Windows) en is gratis verkrijgbaar.

Correspondentieadres

lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

Twitter: @ouderengnk

Facebook: ouderengeneeskunde

Ouderen en huisdieren 5

Interview met mevrouw Franssen

Mevrouw Franssen is 68 jaar, gescheiden en sinds vijf jaar opgenomen op de ouderenspsychiatrie vanwege een manische depressie. Zij heeft het conservatorium succesvol afgerond. Ze vertelt dat ze vroeger ‘in goede tijden’ twee honden heeft gehad en tot hun dood heeft verzorgd (een Labrador Retriever en een Leonberger). Ze vindt de hond die op de afdeling komt erg lief en benoemt specifiek dat hij zo’n leuk karakter heeft. ‘Het is een boef!’.

Als activiteit doet ze het liefst wat de hondentrainer voorschrijft. ‘Die mevrouw brengt het zo leuk.’ Het valt haar wel op dat de activiteiten voor de hond hard werken zijn en vindt het belangrijk dat de hond op tijd rust krijgt. Ze geniet het meest van de hond observeren. Ze zegt hierover het volgende. ‘De hond vindt het gezellig en betreft je erbij. Hij luistert goed naar zijn baasje.’

De frequentie van de bezoeken (een keer per week) bevalt haar prima. Het zou niet vaker moeten, want ‘dan zou het gaan vervelen.’



Mevrouw Franssen heeft het idee dat de hond haar herkent en dat zij een band met de hond heeft. Ondanks de positieve ervaringen met de bezoeken heeft ze niet het idee dat haar stemming erdoor verandert en dat het bijdraagt aan haar behandeling. Toch wil ze ermee doorgaan. Al is het niet voor haarzelf, dan voor de hond en diens baasje. ‘Zij vinden het zo leuk om te komen!’

Leergang Ouderengeneeskunde

Maart	<p>Kaderopleiding specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn (Boerhaave nascholing)</p> <p><i>De kaderopleiding richt zich op specialisten ouderengeneeskunde die werkzaamheden in de eerste lijn verrichten en de daarbij behorende competenties willen ontwikkelen, die nodig zijn om in samenwerking met de huisarts ouderen met complexe (multi)morbiditeit in de thuissituatie te behandelen. De belangrijkste thema's zijn: profilering, ontwikkeling voortrekkersrol, wetenschappelijke vorming en kennisontwikkeling, communicatie, consultatieve en docentvaardigheden, opzetten van een vernieuwingsproject en netwerkontwikkeling. De opleiding duurt twee jaar en bestaat uit 20 onderwijsdagen, die deels in tweedaagse blokken op een locatie in het midden van het land gegeven worden. Op acht onderwijsdagen zijn er gezamenlijke programma's met de NHG kaderopleiding ouderengeneeskunde voor huisartsen in Leiden.</i></p>
20 en 21 maart	<p>Masterclass Lijden en dood in de filosofie (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg)</p> <p><i>De inhoud van deze Masterclass draait om de vraag naar de existentiële betekenis van lijden en dood – naar de zinloosheid ervan, maar juist ook naar de mogelijke zin voor het menselijke bestaan. Deze cursus verdiept zich in het volle existentiële gewicht (negatief en positief), of beter: in de gewichtigheid van het lijden en de dood voor de mens die een authentiek bestaan wil leiden. Met andere woorden: de vraag naar de zin en zinloosheid staat centraal.</i></p>
4 en 11 april	<p>'Denk veilig, kies veilig', Farmacotherapie en medicatieveiligheid bij ouderen in instellingen (Gerion)</p> <p><i>Farmacotherapie bij ouderen vereist maatwerk. Problemen kunnen ontstaan door veranderde farmacokinetiek/-dynamiek, interacties, inappropriete medication, bijwerkingen, maar ook door onderbehandeling. Vaak ontbreekt evidence voor werkzaamheid van geneesmiddelen bij ouderen met meerdere aandoeningen. Bijwerkingen bij ouderen worden door specifieke presentatie niet altijd herkend en weinig gemeld.</i></p> <p><i>De specialist ouderengeneeskunde moet alert en deskundig voorschrijven, blijven monitoren en regelmatig de voorgeschreven medicatie evalueren. Dit kan de arts alleen realiseren in goed samenspel met een apotheker, die een bewakende en ondersteunende rol speelt.</i></p>
15 april	<p>Basiscursus Operatieve technieken (PAO Heyendaal)</p> <p><i>In de dagelijkse praktijk wordt u met enige regelmaat geconfronteerd met aandoeningen die met een eenvoudige chirurgische ingreep te behandelen zijn. Het betreft bij voorbeeld een wond, abces of een oppervlakkige tumor. In deze hands-on training brengen ervaren chirurgen u in korte voordrachten de benodigde theorie bij over operatieve technieken waarna u vervolgens onder begeleiding de gelegenheid krijgt de diverse technieken te oefenen.</i></p>
25 april, 2 en 16 mei, 6 en 13 juni	<p>De ouderenarts, de huisarts en de patiënt met een verstandelijke beperking (Gerion)</p> <p><i>Een cursus voor specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen die structureel werkzaam zijn in de VG-sector.</i></p>
Voorjaar	<p>Multidisciplinaire Masterclass Spiritualiteit in de palliatieve zorg (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg i.s.m. prof. Carlo Leget, Joep van de Geer, geestelijk verzorger MC Leeuwarden, IKNL)</p> <p><i>Binnen de zorgsector zijn geestelijk verzorgers bij uitstek deskundig op dit terrein. Het begrip spiritualiteit roept echter veel verschillende beelden bij de verschillende zorgverleners op, met als gevolg dat er weinig diepgaande uitwisseling is ontstaan. Vanuit de eigen ervaring van de deelnemers op het gebied van palliatief terminale zorg, stervensbegeleiding, rouwverwerking en geestelijke verzorging zoeken we naar een passende invulling van het begrip spirituele zorg in de huidige context van de Nederlandse gezondheidszorg, met specifieke aandacht voor de (ondersteunende) expertrol van geestelijk verzorgers. Een multidisciplinaire cursus: 50% geestelijk verzorgers 50% andere disciplines (artsen, verpleegkundigen niveau 5, maatschappelijk werkers, psychologen en leidinggevend). Duo's (geestelijk verzorger samen met andere discipline) uit dezelfde organisatie krijgen voorrang voor deelname! Accreditatie is aangevraagd voor 36 punten.</i></p>
26 juni	<p>Diagnostische strategieën (Boerhaave nascholing)</p>
5 september	<p>25 jaar opleiding tot specialist ouderengeneeskunde "Aging beyond frailty" (Gerion)</p> <p><i>In 2014 bestaat de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde 25 jaar. Op 5 september 2014 vieren we dit in de Aula van de VU met een symposium. In de ochtend bekende internationale en nationale sprekers. In de middag 20 parallelsessies met zeer uiteenlopende onderwerpen, en aansluitend een feest. De voorbereidingen zijn in volle gang. Noteert u de datum alvast in uw agenda!</i></p>
12 september	<p>Hart- en longgeluiden (Boerhaave nascholing)</p>
25 september	<p>Vorderingen in het specialisme ouderengeneeskunde (Boerhaave nascholing)</p>

6 t/m 9 oktober & 8 december	<p>Multidisciplinaire Masterclass Teaching the Teacher Palliatieve Zorg (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg)</p> <p><i>Training in het omzetten van ervaring in palliatieve zorg naar praktijkgerichte onderwijsvormen. Hulpverleners die de kennis, kunde en kunst moeten verstaan om deze zorg te ontwikkelen.</i></p> <p><i>In deze cursus spelen de inhoudelijke aspecten uiteraard een belangrijke rol, de nadruk ligt echter op de wijze waarop deze specifieke problematiek van palliatieve zorg onderwijskundig vorm kan krijgen. Deze multidisciplinaire cursus vertrekt vanuit het learning style model van David Kolb en bouwt verder op een methodiek die Ruthmarijke Smeding en Ruud Oderkerk de afgelopen jaren tijdens de diverse cursussen, wereldwijd, hebben ontwikkeld. Vanaf 2000 werd deze cursus op verschillende plekken tegelijk gegeven, waaruit vanaf 2005 in Europees verband een nieuwe impuls zal worden gegenereerd: Samen lerend zal een gezamenlijk studieplan in de diverse talen worden ontwikkeld met daarop aansluitende vervolgcursussen.</i></p>
30 oktober	Interne geneeskunde (Boerhaave nascholing)
13 november	Degeneratieve aandoeningen (Boerhaave nascholing)
10 t/m 14 november	<p>Multidisciplinaire Masterclass Palliatieve Zorg Renesse (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg)</p> <p><i>Palliatieve zorg is de zorg die het lijden probeert te verlichten van patiënten, hun naasten en van de betrokken hulpverleners. Zorg die nodig is opdat ruimte ontstaat voor dat wacht essentieel is: het leven op een eigen wijze afronden en afscheid nemen van dat wat belangrijk is.</i></p> <p><i>Er wordt ingegaan op de verlichting van symptomen en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze zorg goed te organiseren. Ethiek, communicatie en aandacht voor tijdig anticiperen, duidelijke coördinatie en continuïteit van de (vaak intensieve) zorg zijn hierbij kernaspecten.</i></p> <p><i>De cursus is voor alle specialisten ouderengeneeskunde van belang. Zij is des te waardevoller indien de cursist reeds enige praktijkervaring heeft. In de cursus wordt immers gewerkt met casusbesprekingen waarin ruimte is om te reflecteren op de eigen ervaringen.</i></p> <p>Cursisten verhogen hun Kennis Kunde Kunst over: SOMATIEK, PSYCHE, SOCIAAL: begeleiding van naasten, rouw en nazorg, SPIRITUALITEIT, ORGANISATIE, COMMUNICATIE en ETHIEK: moeilijke beslissingen ten aanzien van dehydratie, palliatieve sedatie, euthanasie; met wie, waarom, hoe en wanneer.</p>



Richtlijnen voor auteurs

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

INDIENEN VAN EEN BIJDRAGE

Tekst

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

Taal

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

Afbeeldingen/tabellen/figuren

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

Literatuur

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

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

VERKLARING AUTEURS

Door het inzenden van een bijdrage verklaren alle auteurs dat:

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

PROCEDURE BEOORDELING BIJDRAGE

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

DRUKPROEVEN

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

PLAATSING

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

REDACTIEADRES

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

INLICHTINGEN

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