

TIJDSCRIFT VOOR ouderen- geneeskunde



In dit nummer o.a.:

**Knelpunten bij de uitvoering van
palliatieve sedatie**

**De strijd aangaan tegen decubitus,
niet alleen praten: doen!**

**Kleinschaligheid binnen groot-
schalige setting**

**Het beloop van gedragsproblemen
bij oudere verpleeghuispatiënten**

Inhoudsopgave

April 2010



047
In memoriam
Wineke Weelder



068
5 vragen aan....
Adriaan de Kinkelder



082
Amuse



059
Kennistoets

- 046** Redactioneel: Wineke Weelder, visie en daadkracht
- 047** In memoriam Wineke Weelder
- 049** Knelpunten bij de uitvoering van palliatieve sedatie
- 055** Gesignaleerd: Amerikaans pleidooi voor de verpleeghuisarts
- 056** De strijd aangaan tegen decubitus, niet alleen praten: doen!
- 059** Kennistoets: Artritis
- 060** Kleinschaligheid binnen grootschalige setting: de effecten bij verpleeghuisbewoners gemeten
- 065** Oproep: Call for Abstracts
- 066** Klinische les: Onttrekkingsdyskinesieën na het staken van haloperidol
- 068** 5 vragen aan ...
Adriaan de Kinkelder
- 070** Het beloop van gedragsproblemen bij oudere verpleeghuispatiënten met dementie die worden behandeld met antipsychotica
- 080** Hora Est: Depressie op latere leeftijd
- 082** Amuse: De vooruitgang
- 083** Boekbesprekingen
- 084** Bureau Verenso: Zwak bewijs voor een conclusie, zwakke aanbevelingen? Sterk bewijs, sterke aanbevelingen?
- 087** Boekbespreking
- 088** Antwoorden kennistoets
- 088** Bijlage

WINEKE WEEDER, visie en daadkracht

Jos Konings, hoofdredacteur / Correspondentie: hoofdredacteur@verenso.nl

Dit nummer van het tijdschrift opent met het In Memoriam voor Wineke Weeder, onze bestuurder, die op 11 februari 2009 op 63-jarige leeftijd veel te vroeg overleed. Vanaf 1999 heeft zij met veel inzet en visie haar stempel gedrukt op de koers van onze beroepsvereniging en heel veel goeds bereikt. Zij laat een grote leegte achter. In haar jaren als bestuurder heeft ze een grote bijdrage geleverd aan de verbreding van ons vakgebied. De inhoud van dit nummer is daar mede een weergave van.

Er zijn praktische bijdragen uit de dagelijkse praktijk, zoals de klinische les 'Knelpunten bij de uitvoering van palliatieve sedatie', waarvan Adriaan de Kinkelder – specialist ouderengeneeskunde te Geertruidenberg – de eerste auteur is. Deze les is al eerder gepubliceerd en wel in december 2007 in *Huisarts en Wetenschap*. Met deze les won hij op 11 december 2009 de NHG-casusprijs. Hij komt verderop in dit tijdschrift tevens aan het woord in de rubriek 5 vragen.

Andere bijdragen uit de dagelijkse praktijk zijn de tweede klinische les in dit nummer van de hand van Winfried Vergeer en Linda Hempenius en het decubitusartikel van Ronald van Norden.

De klinische les handelt over de ont-trekkingsdyskinesieën die kunnen ontstaan na het staken van haldol. Afbouw van antipsychotische medicatie is met het oog op de langetermijneffecten in het algemeen zeer gewenst. Het is echter raadzaam om dat in een aantal stappen verspreid over enkele weken te doen.

Van Nordennen beschrijft hoe lastig het is om een decubitusprotocol ook daadwerkelijk op de werkvloer geïmplementeerd te krijgen en biedt daarvoor enkele handreikingen.

Verder zijn er enkele wetenschappelijke bijdragen opgenomen. In het onderzoeksartikel van Henny Dercksen wordt

verslag gedaan van een onderzoek naar de effecten van kleinschalig wonen binnen een groot-schalige setting op probleemgedrag en psychofarmacagebruik.

Bart Kleijer heeft een grote studie gedaan naar het be-loop van gedragsproblemen bij verpleeghuispatiënten met dementie die met antipsychotica worden behandeld. Hij heeft daarvoor toegang gekregen tot de VURAI-database. Het artikel is een vertaling uit het Engels van een eerdere publicatie in *International Psychogeriatrics*. De conclusies zijn niet mals en op basis daarvan dient een nog grotere terughoudendheid betracht te worden met het voorschrijven van antipsychotica dan in de afgelopen jaren reeds werd gepropageerd.

Hans de Beer, beleidsmedewerker van Verenso, betoogt dat aanbevelingen in richtlijnen sterk of zwak geformuleerd kunnen zijn. Men is snel geneigd te denken dat sterke aanbevelingen gebaseerd zijn op sterk bewijs uit wetenschappelijk onderzoek en zwakke aanbevelingen op zwak bewijs. Het is echter goed mogelijk dat sterk bewijs leidt tot zwakke aanbevelingen en omgekeerd. Hij illustreert dit met voorbeelden.

Vermeldenswaard is ten slotte dat in de rubriek Gesignaleerd een artikel uit de *Annals of Internal Medicine* (van 17 maart 2009) wordt besproken. Daarin wordt een pleidooi gehouden voor de verpleeghuisarts/specialist ouderengeneeskunde naar Nederlands model om voor de 1,6 miljoen Amerikanen die thans in verpleeghuizen verblijven, voldoende kwaliteit van medische zorg te garanderen. Wineke zou hier met grote voldoening kennis van hebben genomen.



Hoofdredacteur

Dr. Jos W.P.M. Konings

Redactie

Dr. Wilco P. Achterberg
Drs. Elis A.M. Bardelmeijer
Drs. Jacobien F. Erbrink
Drs. Martin W.F. van Leen
Drs. Lonke G.J.A. Schuurmans

Eindredacteur

Ria Appelman / Judith Heidstra

Redactiesecretariaat

Bureau Verenso, Judith Heidstra
Postbus 20069, 3502 LB Utrecht

Reacties naar redactie@verenso.nl. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (voorheen Tijdschrift voor Verpleeghuis-geneeskunde) verschijnt 6 keer per jaar. Voor Verenso-leden is het abonnement bij de contributie inbegrepen.

Voor informatie en adreswijzigingen

Verenso-leden: (030) 28 23 481. Niet-leden van de Verenso kunnen een betaald abonnement nemen via de uitgever.

Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Uitgeverij; Het Spoor 2
Postbus 246, 3990 GA Houten
tel. (030) 638 38 38, fax: (030) 638 38 39

Abonnementen en adreswijzigingen

Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
tel. (030) 638 37 36, fax: (030) 638 39 99
Voor informatie en bestellingen raadpleeg www.bsl.nl

Abonnement

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Abonnementenprijzen

Jaarabonnement (incl. BTW en verzend- en administratiekosten), Particulieren Nederland € 51,50, Studenten en artsen in opleiding € 25,75, Instellingen € 59,25. Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Prijs per nummer € 11,40
Prijswijzigingen voorbehouden.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Uitgeverij, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 1 januari 2008. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

Ontwerp

Het Lab grafisch ontwerpers BNO

Grafische uitwerking

Artcrew bv, Moerkapelle

Advertentieverkoop Farma & Voeding

Bohn Stafleu van Loghum, Het Spoor 2, Postbus 246, 3990 GA Houten
Advertentieverkoop op aanvraag.
Hafize Guven-Onder; tel. 030-638 39 75; h.guven@bsl.nl, fax (030) 638 38 39
www.bsl.nl/adverteren

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en na schriftelijke toestemming van de uitgever.

Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Bohn Stafleu van Loghum BV, gedeponeerd ter griffie van de rechtbank te Utrecht onder nummer 281/2003 van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.

Richtlijnen voor auteurs

Instructies voor het indienen van artikelen vindt u op www.verenso.nl

Fotografie

Foto Kennistoets: Frank Dries
Foto Mieke Draaijer: Mustafa Gumussu

ISSN 1879-4637

HOI
PRINT

Nederlands
uitgeversverbond
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

In memoriam

Wineke Weeder (1946-2010)



Op 11 februari 2010 overleed Wineke Weeder op 63-jarige leeftijd. Zij was nog niet klaar met haar werk. Wineke voelde duidelijk affiniteit tot de ouderenzorg. Na al jarenlang werkzaam te zijn geweest voor verschillende organisaties in de sector Verpleging en Verzorging koos zij in 1999 bewust voor de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA). De vereniging ging een ambitieus traject in door te stellen dat de verpleeghuisarts niet alleen werkzaam is binnen de muren van het verpleeghuis, maar alle mensen met 'multiple pathologie' en een complexe zorgvraag wil bereiken. Voor deze uitdaging zette Wineke zich in als eerste directeur van het bureau.

Het vakgebied werd omschreven in het beroepsprofiel en uitgewerkt in een takenpakket. Het bureau werd geprofessionaliseerd als gangmaker, ondersteuner en innovator ten dienste van de leden. De vereniging werd federatiepartner van de KNMG.

Een logische vervolgstap was het aanhalen van de banden met de sociaal geriateren. De NVVA fuseerde met de Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie (NVSG) waarmee het fundament voor een breed vakgebied werd gelegd. Vervolgens werden de opleidingseisen opnieuw geformuleerd en de opleiding werd verbreed naar drie jaar.

Een belangrijke stap in de emancipatie van het bureau en de ontwikkeling van de vereniging was de introductie van het Raad van Toezichtmodel. Dit paste in de visie van Wineke op een professionele organisatie en was bovendien een bevestiging van de werkwijze zoals die al jaren was. De Raad van Toezicht bestuurt op hoofdlijnen, de bestuurder is eindverantwoordelijk en legt over het gevoerde beleid verantwoording af.

Inmiddels dekte de naam verpleeghuisarts de lading niet meer. Wineke ging een langdurig en, volgens haar soms frustrerend, traject van naamsverandering in. In 2008 was de nieuwe naam van het specialisme een feit: het specialisme ouderengeneeskunde met als titel specialist ouderengeneeskunde.

Ook voor de benaming van de vereniging sloeg Wineke een nieuwe innovatieve weg in.

Geen afkorting, maar een aansprekende naam waarin de verbinding tussen de specialist ouderengeneeskunde en sociaal geriater terug te vinden was: 'Verenso', specialisten in ouderengeneeskunde.

Het was de wens van haar beroepsgroep om ook buiten de muren van het verpleeghuis te treden en daar ontbrekende expertise in te brengen. Wineke schreef het 'Beleidsplan 2008-2012'. De periode was bewust gekozen. Eind 2011 zou zij de pensioengerechtigde leeftijd bereiken en er was nog werk aan de winkel. 'Het grote profileringswerk is inmiddels begonnen,' zei Wineke.

In dit beleidsplan kon zij haar visie op het specialisme ouderengeneeskunde neerleggen. Taakverschuiving, aanpassingen in de praktijkvoering, verantwoordelijkheidsverdeling en wetenschappelijk onderzoek zijn essentiële voorwaarden voor de ontwikkeling van het vakgebied. Hiervoor is het nodig de collectieve ambitie verder uit te werken, het specialisme te positioneren en de leden te ondersteunen met praktische informatie.

Het beleidsplan werd enthousiast ontvangen door de ledenvergadering en de eerste concrete uitwerkingen, folders over positionering, verantwoordelijkheden en dossiervorming heeft zij het licht doen zien. De verdere uitwerking van dit beleidsplan kreeg zijn beslag in de ledenvergadering van 27 november 2009; de eerste ledenvergadering zonder Wineke.

Wineke was socioloog. Zij was hier trots op, met plezier vertelde zij over de bijeenkomsten met haar 'sociologenclub'. Zij dacht en voelde als een socioloog. Structuren, processen en de mens die dat maakte en erin leefde. Zij leefde vanuit de gedachte dat veranderingen in organisaties de meeste kans van slagen hebben als rekening wordt gehouden met menselijke eigenschappen en als mensen deel van het veranderingsproces gaan uitmaken. Integer en met een duidelijke visie op haar eigen verantwoordelijkheid voor de mensen in haar omgeving, worstelde zij om een balans te vinden in wat vanuit haar idee het beste was en wat mogelijk was. Ze wist altijd heel goed wat ze wilde, maar had altijd oog voor de mogelijkheden en beperkingen van haar omgeving. Wineke was wars van veel aandacht en 'gewichtigdoenerij'. Als bestuurder was zij eindverantwoordelijk voor het bureau. Zij voelde zich ook echt verantwoordelijk en stond voor haar mensen.

Zo heeft zij in de ruim 10 jaar dat zij verantwoordelijk was voor het strategisch beleid van de vereniging de juiste toon weten te vinden om 'haar' specialisten ouderengeneeskunde mee te nemen in een veranderingsproces. Met een helder doel voor ogen haar medewerkers te inspireren en in de top van de gezondheidszorg, vanuit haar vrouw-zijn, de menselijke maat weten te vinden, die zo belangrijk is bij de zorg voor kwetsbare ouderen.

Voor haar was het werk niet af. Voor ons heeft zij een erfenis nagelaten waarop wij kunnen doorbouwen en daar zijn wij haar dankbaar voor. Dat wij zullen moeten blijven werken aan verbetering en verandering, wist zij als geen ander: het was haar missie.

Mieke Draijer, voorzitter Verenso
Franz Roos, bestuurder a.i.

Knelpunten bij de uitvoering van palliatieve sedatie*

Een praktische kaart met aandachtspunten voor de hulpverlener

Adriaan de Kinkelder, verpleeghuisarts, palliatief consulent en scen-arts, Stichting de Riethorst Stromenland, Geertruidenberg / **Mirjam Broes**, huisarts, palliatief consulent en scen-arts, Palliatief Adviesteam Midden-Brabant / **Mick Raeven**, huisarts, palliatief consulent en scenarts / **Irmgard Kimenai**, wijkverpleegkundige, oncologieverpleegkundige en verpleegkundig pijnspecialist, Stichting Thuiszorg Mark en Maasmond / **prof.dr. Jos Schols**, verpleeghuisarts, Departement Tranzo, Universiteit van Tilburg
Correspondentie: a.dekinkelder@deriethorststromenland.nl

Inleiding

Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn om ondraaglijk lijden in de laatste levensfase te verlichten. Het gaat vaak om lijden door een lichamelijke oorzaak, dat op geen enkele andere manier te beïnvloeden is.

Palliatieve sedatie loopt in de praktijk lang niet altijd soepel, ondanks de vele publicaties en scholingen rond dit onderwerp en ondanks de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie.¹ Over de problemen die hierbij kunnen ontstaan, schreef Verhagen al in *Medisch Contact*.²

De problemen blijken ook uit vragen die palliatieve consulenten in Breda en Midden-Brabant over dit onderwerp krijgen. Voor het Palliatief Adviesteam van het Stadsgewest Breda was dit aanleiding om de *Aandachtspuntenkaart palliatieve sedatie* voor hulpverleners te ontwikkelen.

In dit artikel belichten we een aantal knelpunten rond palliatieve sedatie aan de hand van twee casussen. De adviezen die hieruit volgen, hebben we samengevat op de aandachtspuntenkaart.

In de afgelopen jaren lijkt palliatieve sedatie in de laatste levensfase steeds meer voor te komen. Dit blijkt onder andere uit de forse toename van het aantal voorschriften voor midazolam in de laatste levensfase van patiënten.^{3,4} Daarnaast krijgen de palliatieve teams meer vragen over sedatie. We zien dat niet alleen bij onze teams in Stadsgewest Breda en Midden-Brabant, maar deze tendens komt ook uit ander onderzoek naar voren.^{4,5} Opvallend is dat de meeste vragen over praktische zaken gaan, zoals de dosering en het regelen van een pomp. Terwijl de grootste knelpunten volgens ons samenhangen met de indicatie en voorwaarde voor palliatieve sedatie. Overigens zijn wij van mening dat palliatieve sedatie er in zekere zin altijd wel is geweest. Geen enkele

arts liet een hevig benauwde patiënt stikken, en dus probeerde men naar eer en geweten het leed te verlichten. Dit noemde men in het verleden altijd 'normale symptoombestrijding'. De richtlijn Palliatieve sedatie van de KNMG heeft dit 'handelen vanuit de praktijk' geprotocolleerd met een definitie van sedatie en een beschrijving van de indicatie en voorwaarden. Gesteld wordt dat artsen die de richtlijn volgen, daadwerkelijk zorgvuldig handelen.⁶

De publicatie van de richtlijn kreeg veel aandacht in de medische pers, maar ook daarbuiten. Hierbij klopte het geschetste beeld lang niet altijd met wat de richtlijn beoogt. Zo presenteerde een aantal landelijke dagbladen palliatieve sedatie als 'de gemakkelijke oplossing': eenvoudiger dan euthanasie.^{7,8}

Deze extra aandacht heeft wellicht gezorgd voor de toename van palliatieve sedatie, waarbij sedatie soms zelfs wordt voorgesteld als een alternatief voor euthanasie. Euthanasie is echter duidelijk bedoeld om het leven te beëindigen van een patiënt die ondraaglijk en uitzichtloos lijdt, terwijl sedatie het lichamelijke lijden wegneemt – in principe zonder levensverkortend effect.

Kennelijk is het onderscheid tussen palliatieve sedatie en euthanasie in de praktijk nog steeds lastig. A. Teeuw noemde dit probleem nog eens in *Medisch Contact*.⁹ En uit onderzoek van Rientjens et al.¹⁰ blijkt dat artsen geregeld sedatie starten met als (hoofd)doel het leven te bekorten. Over uiteenlopende opvattingen rondom sedatie, van goede stervensbegeleiding tot verkapte euthanasie werd ook al eerder in *Huisarts en Wetenschap* geschreven.¹¹ We illustreren de knelpunten die we regelmatig zien met twee casussen.

*Eerder gepubliceerd in *Huisarts & Wetenschap* 2007; 50: 695-699. Aan dit artikel werd op 11 december 2009 de NHG-casuïstiekprijs over de periode oktober 2007-oktober 2009 toegekend.

Casus 1

De heer Jansen, 72 jaar, is door ernstig longemfyseem vrijwel volledig afhankelijk en bedlegerig. Het leven heeft voor hem geen zin meer. Vanuit zijn geloofsovertuiging wijst hij euthanasie af. Hij heeft gehoord dat hij in slaap gebracht kan worden. Op zijn herhaald verzoek start de huisarts samen met de wijkverpleegkundige van het team Medisch Technisch Handelen (MTH) de toediening van midazolam. Het sterfbed verloopt de eerste dagen rustig, maar na ruim drie dagen wordt de familie ongeduldig. 'Dit kan zo toch niet?' zeggen ze. Zij eisen meer slaapmiddel of zelfs een 'dodelijk spuitje'. Daarbij zetten ze niet alleen de huisarts onder druk, maar ook de wijkverpleegkundige. De zesde dag ontstaat er ook onrust bij de heer Jansen zelf. De huisarts past de medicatie verschillende keren aan. Pas na ruim 24 uur lukt het om de patiënt redelijk rustig te krijgen. Het sterfbed verloopt nu verder rustig. De familie is echter lichamelijk en emotioneel volledig uitgeput wanneer de heer Jansen uiteindelijk op de tiende dag 's nachts overlijdt.

Commentaar

We bespreken eerst de indicatie en voorwaarde voor palliatieve sedatie. Daarna gaan we in op de communicatie tussen de betrokkenen.

Indicatie

In bovenstaande casus ontbreekt de indicatie, namelijk het refractaire symptoom. Een refractair symptoom is niet of niet snel te behandelen, waardoor sedatie de enige oplossing is om het lijden weg te nemen. Met het begrip 'uitstelbaarheid' kan een arts beoordelen of een symptoom refractair is.⁹ Is een behandeling uitstelbaar? Dan is er geen sprake van een refractair symptoom. Een refractair symptoom is meestal pijn, benauwdheid of onrust. Bij de heer Jansen bestaat het lijden uit afhankelijkheid voor de ADL en geen zin meer hebben in het leven. Palliatieve sedatie is daarom naar de huidige inzichten geen optie. Dit lijden zou, gezien de aandoening van de heer Jansen, wel aanleiding kunnen zijn voor een euthanasieverzoek. Overigens lijkt de discussie op dit punt nog niet gesloten. Hartogh beweert namelijk dat existentieel lijden ook een reden kan zijn voor palliatieve sedatie.¹² Zonder hier uitvoerig op in te gaan, willen wij toch waarschuwen dat de indicatiestelling hiermee steeds verder zou kunnen opschuiven.

Voorwaarde

Het is ongewenst dat de patiënt overlijdt, omdat hij niet meer eet en drinkt als gevolg van de sedatie. Daarom stelt de KNMG-richtlijn een levensverwachting van maximaal een tot twee weken als voorwaarde voor het starten van sedatie. Volgens de richtlijn en naar huidig algemeen aanvaard inzicht is de levensverwachting van patiënten die helemaal niets meer drinken minimaal twee weken. Met een maximale levensverwachting van twee weken zal de patiënt dus overlijden aan zijn ziekte en niet doordat hij niet drinkt.

Overigens vinden wij als palliatief consulenten de termijn van een tot twee weken aan de lange kant. In de praktijk blijkt namelijk dat een sterfbed van een week of meer erg lang is voor zowel de familie als de arts. De naasten kunnen burn-out raken. Daarnaast zien we bij zo'n lang sterfbed vaak andere problemen ontstaan, zoals gewenning aan de medicatie of decubitus. Wellicht het belangrijkste argument voor een kortere termijn, is dat de duur van met name een langer sterfbed vaak moeilijk in te schatten is.^{13,14}

Communicatie

De vele vragen van de familie, zelfs naar een 'spuitje', duiden er mogelijk op dat zij te weinig uitleg hebben gekregen over het doel van de sedatie en over wat ze kunnen verwachten. Gecombineerd met een onzorgvuldige indicatie leidde dit tot zo'n gevoel van onmacht dat de familieleden uiteindelijk zelfs de arts en verpleegkundige onder druk hebben gezet om 'een spuitje' te geven. Dit soort problemen kan de arts zo veel mogelijk voorkomen met goede, continue communicatie. De arts ondersteunt de naasten en legt uit hoe het (stervens)proces verloopt.¹⁵ Eventuele thuiszorgprofessionals hebben hierin ook een grote rol, idealiter als team met de huisarts. Hierdoor voorkomen zij onderlinge misverstanden en krijgen de naasten eenduidige informatie.

De belangrijkste aandachtspunten uit dit commentaar staan op de *Aandachtspuntenkaart palliatieve sedatie* (punten 3 tot en met 8).

Casus 2

Mevrouw Andijk, 68 jaar, heeft een gemetastaseerd longcarcinoom. De laatste weken gaat zij hard achteruit en is ze bedlegerig. Mevrouw Andijk is toenemend dyspnoïsch en weegt nog maar net 40 kilo. Zij krijgt hooguit 1 à 2 glazen vocht per dag binnen, eten doet ze nauwelijks. Wel rookt ze nog steeds haar sigaretje. Op een ochtend valt ze uit bed, met een femurfractuur als gevolg. Ondanks toenemende subcutane morfinetoediening gaat de verzorging erg moeizaam. Elke beweging geeft ondraaglijke pijn. Ook de mictie en de defecatie zijn een ware beproeving.

De huisarts schat de levensverwachting op hooguit enkele dagen. In het verleden heeft mevrouw Andijk al gesproken over palliatieve sedatie als behandelmogelijkheid bij een dreigende verstikking. Sedatie is nu in een ander verband actueel door haar ondraaglijke pijn. Een operatie tegen de pijn wijst patiënte resoluut van de hand. De pijnstilling werkt onvoldoende. De huisarts ziet sedatie uiteindelijk als enige optie. Na overleg met de patiënte, haar echtgenoot en de dochter en na een ontroerend afscheid start de huisarts de sedatie volgens protocol met een bolus midazolam. De familie installeert zich naast het bed om te waken. De huisarts blijft zelf de hele avond bereikbaar. Na de bolus raakt de patiënte vrij snel in slaap. Na ongeveer een uur, de verpleegkundige van het MTH-team heeft net de pomp met alleen midazolam aangesloten, ontwaakt mevrouw Andijk. Zij heeft hevige pijn. Haar echtgenoot en dochter zijn ontdaan: 'dat had toch nooit mogen gebeuren'.

De huisarts geeft opnieuw een bolus en verhoogt de pompsnelheid. Ook nu slaapt patiënte maar tijdelijk en is erg onrustig als zij midden in de nacht ontwaakt. De eigen huisarts blijkt inmiddels niet meer bereikbaar. De paniek slaat toe en de echtgenoot belt de dokterspost. De dienstdoende huisarts weet niet goed raad met de situatie en verhoogt de pomp nogmaals, nu naar 25 mg per uur. In een voor de familie slopende nacht zakt mevrouw Andijk maar af en toe even weg en raken de echtgenoot en dochter ten einde raad. Na overleg met het palliatief adviesteam start de huisarts een pomp met levomepromazine, naast de midazolam. De patiënte blijkt een erg volle blaas te hebben en krijgt een katheter. Ook komt er intensieve thuiszorg voor de komende nacht omdat de familie niet meer alleen durft te zijn met de patiënte. Uiteindelijk overlijdt mevrouw Andijk rustig na ongeveer 40 uur.

Later blijkt dat de patiënte jarenlang regelmatig 3 tot 4 tabletten oxazepam per dag gebruikte. De

huisarts die mevrouw Andijk nog maar kort in de praktijk had, was hiervan niet op de hoogte.

Commentaar

Bij mevrouw Andijk was duidelijk sprake van een refractair symptoom, namelijk ondraaglijke pijn door een wellicht pathologische fractuur. Het ophogen van de pijnmedicatie hielp niet genoeg, mede door de bijwerkingen, en de patiënte weigerde een operatie. Er bestond dus een goede indicatie voor palliatieve sedatie. Daarbij was er ook sprake van een korte levensverwachting. Aan deze voorwaarde voor sedatie is dus voldaan.

Gezien de nicotineverslaving en het jarenlange gebruik van sedativa had de huisarts kunnen verwachten dat de midazolam niet goed zou werken.¹ Hij had wellicht eerder moeten kiezen voor een combinatie van midazolam en levomepromazine. Het staken van de morfine was geen goede keus. Wellicht is de pijn hierdoor zo verergerd dat de patiënte door de sedativa 'heen brak'. Bovendien blijkt uit onze ervaring dat een lage dosis morfine ook bij opioïdnaïeve patiënten potentiërend werkt. Wellicht was er geen blaaskatheter ingebracht, omdat men het overlijden snel verwachtte. De medicijnen kunnen echter urineretentie induceren, wat vaak veel onrust geeft. Het is goed hier bij problemen altijd aan te denken. Afhankelijk van de voorgeschiedenis en levensverwachting kan de arts ook preventief een katheter inbrengen.

Uit de casus blijkt verder dat de huisarts duidelijk moet afspreken wie de naasten kunnen bellen bij problemen. Daarnaast is de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners – huisarts(en), verpleegkundigen van het MTH-team en dokterspost – essentieel. Tot slot is het goed als de familie van tevoren weet dat palliatieve sedatie niet garandeert dat de patiënt tot aan zijn overlijden rustig slaapt. Soms ontwaakt de patiënt en moet de arts de medicatie bijstellen. De symptomen van dat moment bepalen dan het te volgen beleid. Met andere woorden: niet het bewustzijnsverlies, maar een optimale behandeling van het refractaire symptoom is het doel dat men moet nastreven.

De belangrijkste aandachtspunten uit dit commentaar staan op de *Aandachtspuntenkaart palliatieve sedatie* (punten 6, 9, 11, 13-15).

Aandachtspuntenkaart palliatieve sedatie voor de behandelend arts en andere zorgverleners

Definitie

Palliatieve sedatie is 'het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase' met als doel het lijden te verlichten.

Indicatie

Eén of meerdere refractaire symptomen. Overleg bij twijfel met een palliatief adviesteam. Een symptoom is refractair wanneer het niet of niet (snel) genoeg te behandelen is en/of de behandeling onaanvaardbare bijwerkingen heeft. Als u behandeling uit kunt stellen, is er geen sprake van een refractair symptoom.

Voorwaarde

Een korte levensverwachting, maximaal 1 tot 2 weken. (Deze termijn is gebaseerd op de KNMG-richtlijn en blijkt in de praktijk soms zo lang te zijn dat een problematisch sterfbed kan ontstaan.)

1. Deze kaart is bedoeld als een praktisch hulpmiddel bij de toepassing van de KNMG-richtlijn. Het is essentieel dat de arts die palliatieve sedatie uitvoert de KNMG-richtlijn kent.
2. Palliatieve sedatie is een normale medische behandeling in bijzondere omstandigheden.
3. Bespreek duidelijk met de patiënt en de familie dat sedatie niet bedoeld is om het leven te bekorten. Er kan zelfs een levensverlengend effect zijn, omdat de patiënt er rustig bij ligt. Het doel is dus altijd symptoombestrijding door het bewustzijn meer of minder te verlagen (zie ook punt 11).
4. Leg heel duidelijk uit dat het sterfbed meer dan een week kan duren, wat heel vermoeiend en zwaar kan zijn voor de familie, ook als de patiënt rustig slaapt.
5. Wanneer u met continue (diepe) sedatie begint, kan een euthanasieverzoek niet meer besproken of uitgevoerd worden.
6. U kunt nooit volledig uitsluiten dat de patiënt op een bepaald moment toch ontwaakt. Het is dan mede afhankelijk van de klachten of u de behandeling moet bijstellen.
7. Leg desgewenst aan de familie uit dat het niet meer drinken meestal geen of nauwelijks klachten geeft, zeker bij oudere en zieke patiënten. Een bijkomend gunstig effect is dat hinderlijke symptomen, zoals overmatige slijmproductie en benauwdheid, minder vaak optreden. Daarbij kunt u ook uitleggen dat de patiënt overlijdt aan zijn ziekte(n), en niet omdat hij niet meer drinkt.
8. Intensieve begeleiding van de familie is noodzakelijk. Daarom is het belangrijk dat de verschillende hulpverleners (zoals de huisarts en wijkverpleegkundige) goed met elkaar samenwerken. Spreek ook af wie in welke situatie de medicatie mag aanpassen.
9. Soms is het nodig om in of voor het weekend te starten met palliatieve sedatie. Geef dan extra aandacht aan de continuïteit van zorg. Een goede overdracht tussen de verschillende betrokken hulpverleners is hierbij zeer belangrijk.
10. De richtlijn adviseert om in de 'titratiefase' te sederen met slechts één middel in de pomp (meestal midazolam). Hiermee voorkomt u overdosering van andere middelen. Zo nodig gebruikt u meerdere pompen. Vergoeding van twee pompen is in principe mogelijk.
11. Doseer de sedativa (en andere middelen) altijd proportioneel. Ophogen is alleen gerechtvaardigd wanneer het refractaire symptoom onvoldoende onder controle is. Leg aan de familie uit dat ophogen van sommige middelen zelfs een nadelig effect kan hebben. Morfine is hier een bekend voorbeeld van: dit geeft onder andere kans op onrust en hyperalgesie. Overigens stijgen de spiegels van een aantal middelen (waaronder morfine) al door de dehydratie.
12. Bij onvoldoende effect van de sedatie gaat u na of andere factoren de sedatie belemmeren. Voorbeelden zijn blaasretentie, faecale impactie, buikkrampen, onvoldoende pijnstilling, onttrekking (nicotine, medicatie) of een delier. Daarnaast controleert u de toedieningsweg.
13. Na ongeveer een week kan de patiënt gewend raken aan midazolam. Patiënten die voor de sedatie (intensief) sedativa, antidepressiva, anti-epileptica of antipsychotica gebruikten, hebben door enzyminductie een grotere kans op tolerantie voor midazolam. De gewenning kan bij hen ook al binnen een week optreden. In deze situatie kunnen hogere doseringen of andere middelen noodzakelijk zijn.
14. Een lage dosis morfine (15-30 mg) heeft mogelijk een potentiërend effect op de midazolam en zou mogelijk tolerantie kunnen voorkomen.
15. Consultatie van een palliatief consulent is niet verplicht, maar wordt wel aanbevolen. Zeker wanneer de behandelend arts weinig ervaring met palliatieve sedatie heeft.

U vindt deze tekst ook op: www.annevillegroep.nl onder Palliatieve zorg / folders.

Discussie

De casussen laten een aantal knelpunten zien. We bespraken deze knelpunten in het commentaar, waarbij we aandachtspunten voor de betrokken hulpverleners formuleerden. De belangrijkste aandachtspunten zijn:

- een goede indicatiestelling (het refractaire symptoom);
- een zorgvuldige beoordeling van de voorwaarde (een levensverwachting van een tot twee weken);
- een goede begeleiding van de naasten;
- een zorgvuldige uitvoering;
- een goede samenwerking tussen de betrokken hulpverleners.

In het eerste commentaar gaven we naast praktische adviezen een aantal argumenten om de (juridische) termijn van een tot twee weken in de praktijk terug te brengen tot maximaal een week. Boorsma et al. noemden deze termijn overigens al voor het verschijnen van de KNMG-richtlijn.¹¹ En in een eerder verschenen systematische review van de internationale literatuur over palliatieve sedatie komen de onderzoekers zelfs tot een termijn van uren tot dagen voor het toepassen van diepe sedatie.¹⁶ De knelpunten in dit artikel kwamen naar voren uit de ervaringen van de palliatieve teams van het Stadsgewest Breda en Midden-Brabant. Omdat sedatie in de praktijk soms anders verloopt dan verwacht, is al eerder een voorlichtingsfolder voor de patiënt en diens naasten ontwikkeld.¹⁷ Deze folder is inmiddels door de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) uitgegeven en landelijk onder hulpverleners verspreid. Op grond van de ervaringen van het palliatief adviesteam van het Stadsgewest Breda en met hulp van de KNMG-richtlijn ontwikkelden we de *Aandachtspuntenkaart palliatieve sedatie* voor de arts en andere hulpverleners die bij palliatieve sedatie betrokken zijn (zie *kader*).¹⁸ Deze kaart informeert de hulpverlener die met vragen over palliatieve sedatie bij het palliatief adviesteam komt. Inmiddels heeft het palliatief adviesteam van het Stadsgewest Breda hier al ervaring mee opgedaan. De informatie op deze kaart en de consulten hebben er een aantal keer toe bijgedragen dat de arts niet of later startte met palliatieve sedatie. Uit de evaluatie achteraf bleek dat de consultvragers de informatie op de kaart nuttig vonden.

Een en ander riep bij ons de vraag op of artsen voor het starten van palliatieve sedatie niet altijd met een palliatief adviesteam zouden moeten overleggen. De KNMG-richtlijn raadt dit alleen aan als de arts moeilijk in kan schatten of de patiënt in de laatste levensfase is. Eerder is al gesteld dat artsen die normaal niet in een palliatieve setting werken, zouden moeten

samenwerken met een collega die op dit gebied ervaren is.^{7,11,19} Ook wij staan hier positief tegenover. Deze consultatie is bijvoorbeeld mogelijk bij de telefonische palliatieve consultatieteams, die tegenwoordig overal beschikbaar zijn. De consulent kan samen met de behandelend arts stilstaan bij de indicatie en voorwaarde. Daarnaast kan de consulent praktische adviezen geven en toelichten, zoals verwoord in de *Aandachtspuntenkaart palliatieve sedatie*.

Wij willen hierbij overigens nog opmerken dat we niet pleiten voor een verplichte consultatie of toetsing door een tweede arts voor het starten van de palliatieve sedatie. De consultatie ondersteunt de betrokken hulpverleners bij deze vaak zeer complexe medische behandeling. Mede gezien het per definitie urgente karakter van een refractair symptoom moet een arts, die zich hiertoe bekwaam acht, de vrijheid blijven houden om ook zonder een voorafgaande consultatie met palliatieve sedatie te starten.

Samenvatting

Palliatieve sedatie wordt steeds vaker toegepast. In dit artikel bespreken we aan de hand van twee casussen enkele knelpunten bij palliatieve sedatie. Hieruit komt een aantal aandachtspunten naar voren, die we hebben samengevat op de *Aandachtspuntenkaart palliatieve sedatie*. Deze punten hangen deels samen met de huidige maximale termijn van levensverwachting zoals vastgesteld in de KNMG-richtlijn. Die termijn is nu een tot twee weken, wat in onze ogen lang is. Wij bevelen aan om deze termijn terug te brengen naar maximaal een week. Ten slotte adviseren we om te komen tot een meer structurele, maar niet verplichte, consultatie voor het starten van palliatieve sedatie.

Summary

Palliative sedation is becoming more common. In this article we discuss, on the basis of two cases, a few points of friction in palliative care. The points deserving attention that emerge from this investigation are resumed in the *Aandachtspuntenkaart palliatieve sedatie* (List of points worthy of attention in palliative sedation). The points of friction correspond partly to the current maximum term of life expectancy, as laid down in the KNMG guidelines. This term is at present one to two weeks which, in our opinion, is long. We recommend that this term be reduced to a maximum of one week. Finally we recommend that a more structured – though not compulsory – consultation should be drawn up to precede the inception of palliative sedation.

Literatuur

1. Commissie landelijke richtlijn palliatieve sedatie: KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie. Utrecht: Koninklijke Nederlandse maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, december 2005.
2. Verhagen EH. De eerste honderd dagen KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie schept duidelijkheid, praktijk blijkt weerbarstig. *Med Contact* 2006; 23: 951-955.
3. Publicatie rubriek Nieuwsreflex in *Medisch Contact*. Gebruik dormicium stijgt explosief. *Med Contact* 2006; 4: 138.
4. Publicatie rubriek Nieuwsreflex in *Medisch Contact*. Palliatieve sedatie groeit. *Med Contact* 2007; 62: 454.
5. Theunissen SC, Verhagen EH, Brink M, et al. Telephone consultation in palliative care for cancer patients: 5 years of experience in The Netherlands. *Support Care Cancer* 2007; 15: 577-582.
6. Schols JMGA, Arends R. Geen sluipteg voor euthanasie. *Med Contact* 2006; 6: 235-236.
7. Euthanasie is achterhaald. de Volkskrant 2005; 3 december.
8. Koelwijn J. De laatste slaap pijnloos sterven. *NRC Handelsblad* 2006; 15 april: 33.
9. Teeuw AA. Rustig sterven. *Med Contact* 2007; 3: 110-112.
10. Rientjens JAC, Heide A van der, Vrakking AM, et al. De praktijk van terminale sedatie in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 149: 467-471.
11. Boorsma M, Wanrooij B, Koelwijn M. Sedatie in de palliatieve fase; naar een kalm einde. *Huisarts Wet* 2005; 48: 470-474.
12. Hartogh GA. Het recht op inslapen. *Med Contact* 2006; 37: 1463-1465.
13. Keizer AA, Swart SJ. Palliatieve sedatie, het sympathieke alternatief voor euthanasie? *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 149: 449-451.
14. Brandt HE, Ooms ME, Ribbe MW, et al. Predicted survival vs actual survival in terminally ill noncancer patients in dutch nursing homes. *J Pain Symptom Manage* 2006; 23: 560-566.
15. Morita T, Ikenaga M, Adachi I, et al. Japan pain, rehabilitation, palliative medicine, and psycho-oncology study group: family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 557-565.
16. Graeff A de, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007; 10: 67-85.
17. Bommel JMP van, Raeven JMMM. Palliatieve sedatie. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), 2006. www.ikcnet.nl/bibliotheek/index.php?id=1879.
18. Palliatief Adviesteam Stadsgewest Breda. Aandachtspuntenkaart bij palliatieve sedatie voor de behandelend arts en andere zorgverleners. www.annevillegroep.nl onder Palliatieve zorg / folders.
19. Ponsioen BP, Schuurman WH, Hurk AJ van den, et al. Terminale sedatie: consultatie van een tweede arts zoals bij euthanasie of hulp bij zelfdoding. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005; 149: 445-448.

In december 2007 verscheen in het tijdschrift *Huisarts en Wetenschap* het artikel 'Knelpunten bij de uitvoering van palliatieve sedatie'. Onlangs ontvingen de auteurs voor dit artikel de NHG-casuïstiekprijs 2009 voor de beste geneeskundige klinische les, gepubliceerd in *Huisarts en Wetenschap* in de periode van oktober 2007 tot oktober 2009.

Geachte redactie,

Wij danken de redactie voor haar verzoek om het artikel ook nog een keer in TvO te publiceren.

Omdat er inmiddels een hele tijd verstreken is sinds de publicatie van het artikel in H&W, is het goed om de inhoud even te relateren aan de actualiteit.

In dit artikel worden aan de hand van knelpunten die naar voren kwamen tijdens palliatieve consultaties, 15 aandachtspunten geformuleerd.

Na het verschijnen van het artikel is de oude² KNMG-richtlijn palliatieve sedatie³ herzien. Een aantal knelpunten is hiermee mogelijk opgelost. Zo besteedt de herziene richtlijn specifiek aandacht aan de in onze ogen lange, maximale levensverwachting van een tot twee weken als voorwaarde voor sedatie. Deze termijn blijft overigens bestaan, maar er wordt wel duidelijk aangegeven dat sedatie gezien moet worden in de context van de stervende patiënt. Daarnaast besteedt de geactualiseerde richtlijn ook duidelijk aandacht aan de rol van de arts met betrekking tot de start en de begeleiding van sedatie. Ook een goede overdracht tussen hulpverleners wordt nog eens sterk benadrukt.

Deze en andere zaken werden ook in ons artikel reeds uitvoerig belicht.

Hiermee zou het idee gewekt kunnen worden dat

ons artikel inmiddels niet meer in een behoefte voorziet. In de dagelijkse praktijk van de consultaties zie ik echter met een zekere regelmaat dat er nog steeds een duidelijke behoefte is aan heldere en praktische informatie. De richtlijn en ook de recent verschenen KNMG-sedatiekaart⁴ kunnen hierin deels voorzien.

Maar door vanuit de casuïstiek aandachtspunten te presenteren, worden zaken nog duidelijker belicht. Dat dit nodig is, wordt onder andere onderstreept door Van Zuylen die aangeeft dat: 'ziekenhuisartsen het lastig vinden palliatieve sedatie volgens de KNMG-richtlijn uit te voeren'.⁴ En, dat er ook in de nieuwe richtlijn nog steeds zaken zijn die nog verder verhelderd kunnen worden, blijkt ten slotte uit een recent artikel van Lieveise, die de nieuwe richtlijn nog steeds te vaag noemt.⁵

Kortom: er zijn nog steeds voldoende redenen om de mogelijke knelpunten bij de uitvoering van sedatie onder de aandacht te brengen. Ook specialisten ouderengeneeskunde kunnen daar hun voordeel mee doen.

A. de Kinkelder

12 februari, 2010

Literatuur

1. Kinkelder A de, Broes M, Raeven JM, et al. Knelpunten bij de uitvoering van palliatieve sedatie. Een praktische kaart met aandachtspunten voor de hulpverlener. *Huisarts Wet* 2007; 50(13): 695-699.
2. Commissie landelijke richtlijn palliatieve sedatie. KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, december 2005.
3. Commissie landelijke richtlijn palliatieve sedatie. KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, januari 2009.
4. KNMG VIKC Sedatie kaart feb 2010, <http://knmg.artsennet.nl/dossiers/Dossiers-op-thema/levenseinde.htm>.
5. Zuylen L van, Dijk H van, Rijt C van der, Velu H van. KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie als handzame checklist, een werkbare variant. *Med Contact* 2009; 25(17): 1130-1131.
6. Lieveise P, Hilderling P, Klaasse-Carpentier M. Palliatieve sedatie: een glijdende schaal. *Med Contact* 2009; 45(3): 1881-1883.

Amerikaans pleidooi voor de verpleeghuisarts

Gesignaleerd

Elis Bardelmeijer / Correspondentie: elis.bardelmeijer@vivre.nl

Om kwaliteit van zorg in verpleeghuizen te behouden dient de rol van artsen in het verpleeghuis niet verder te worden overgenomen door het middenkader, zoals nurse practitioners of physician assistants. Dat betoegen Paul Katz en collegae, verbonden aan de University of Rochester, de State University of New York en Brown University, in een artikel in *Annals of Internal Medicine*.¹ Zij reageren daarmee op een advies van het gezaghebbende Institute of Medicine. Dit instituut is een onafhankelijke onderzoeksorganisatie op het gebied van de gezondheidszorg in Amerika, en vergeleekbaar met onze Gezondheidsraad.

Ook Amerika vergrijst. Naar verwachting zal daardoor het aantal verpleeghuisbewoners in de VS – nu 1,6 miljoen – verdubbeld zijn in 2030. De kans van een Amerikaan om gedurende zijn leven in een verpleeghuis terecht te komen is 46%. Geregistreerde geriaters en artsen in opleiding tot geriater zijn er echter steeds minder, waardoor de medische zorg in Amerikaanse nursing homes in gevaar dreigt te komen. Deze zorg is toch al verbrokken: 20% van de artsen in de VS levert zorg in het verpleeghuis, maar het betreft maar 4% van hun gezamenlijke werktijd. Een derde van die artsen is internist/geriater, de rest huisarts of anderszins gespecialiseerd.

De auteurs geven aan waardoor de belangstelling van jonge artsen in het werken in verpleeghuizen afneemt: de bureaucratie, het vele papierwerk, een gebrek aan verzorgend personeel en het probleem van hoe voldoende patiënten te bedienen als er veel gereisd moet worden tussen verschillende verpleeghuizen.

Daar waar het Institute of Medicine als oplossing voor het artsentekort in de verpleeghuissector het toekennen van meer taken aan nurse practitioners en dergelijke aandraagt, breken de auteurs een lans voor verpleeghuisgeneeskunde naar Nederlands model. Deze nursing home physicians zouden een groter deel van hun werktijd, met een minimum van 20%, in het verpleeghuis moeten doorbrengen. Daarnaast moet er gericht worden opgeleid en zou de medische zorg in het verpleeghuis moeten worden verleend door een beperkte groep in plaats van een bont palet artsen zoals nu vaak het geval is.

Als belemmering bij het ontwikkelen van dit nieuwe specialisme noemen Katz et al. het feit dat de gemiddelde arts in de VS het verpleeghuis niet voldoende tot zijn werkveld rekent, een gebrek aan inzicht in de samenhang tussen inzet van artsen en kwaliteit van zorg bij beleidsmakers en onduidelijkheid over de financiële vergoedingen voor het werk in het verpleeghuis. De auteurs roepen artsenorganisaties en met name de vertegenwoordigers van eerstelijnsgeneeskundigen op om zich hard te maken voor het verpleeghuisartsenmodel. Nu serieus nadenken over en grondig opzetten van dit specialisme voorkomt een afname van kwaliteit van zorg. Zij besluiten hun betoog met de opmerking dat als je verwacht dat bijna de helft van de babyboomers enige tijd in het verpleeghuis zal gaan doorbrengen, de vraag 'Is er misschien een dokter in huis?' ineens in een nieuw licht komt te staan.

Ondanks de vele verschillen met het Amerikaanse zorgstelsel zijn op een aantal punten de overeenkomsten met de situatie in Nederland – denk aan de zorgen over de kwaliteit van zorg en de geringe belangstelling van jonge artsen voor ons prachtige vak – opvallend te noemen.

Literatuur

1. Katz PD, Karuza J, Intrator O, Mor V. Nursing home physician specialists: a response to the workforce crisis in long-term care. *Ann Intern Med* 2009; 150: 411-413

De strijd aangaan tegen decubitus, niet alleen praten: doen!

Dhr. drs. Ronald T.C.M. van Nordennen, specialist ouderengeneeskunde, Stichting Groenhuysen, Roosendaal /
Mw. E. Schots, staffunctionaris kwaliteit, Servicecentrum Het Laar, Tilburg /
Correspondentie: rvnordennen@groenhuysen.nl

Inleiding

Decubitus vormt een groot probleem binnen de Nederlandse gezondheidszorg. In 2005 overleden er volgens het CBS 243 personen met decubitus als primaire doodsoorzaak. De prevalentie is hoog, zoals blijkt uit de landelijke meting decubitus, jaarlijks uitgevoerd door de Universiteit Maastricht. Decubitus komt het meest voor in verpleeghuizen, namelijk bij 24% van de patiënten (13% graad 1 en 11% graad 2 tot 4).¹

Op 31 mei 2005 gaf staatssecretaris Ross van Dorp het startsein voor het Landelijk Preventieprogramma 'Decubitus? Samen aanpakken!'. Organisaties worden hierin gestimuleerd om onder de prevalentienorm van 5% exclusief graad 1 te blijven. Dit is opmerkelijk, temeer daar het juist vroegtijdig signaleren en behandelen van graad 1 decubitus ernstiger letsel kan voorkomen. De patiënten in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn extra kwetsbaar. Juist de risicofactoren voor decubitus komen bij deze vaak oudere en fragiele patiënten veel voor, zoals verminderde mobiliteit, incontinentie, inadequate voedingstoestand en verminderde zintuiglijke waarneming. Het decubitusbeleid binnen een instelling wordt door de inspectie voor de gezondheidszorg gebruikt als kwaliteitsindicator voor verantwoorde zorg. Het vaststellen van een preventie- en behandelprotocol decubitus binnen de instelling is eenvoudig. Echter, de implementatie op de werkvloer is moeizamer. Dit artikel beschrijft een traject van drie jaar waarin het decubitusbeleid van een instelling voor verpleeg- en verzorgingshuiszorg is uitgezet en geïmplementeerd. De doelstelling was het prevalentiecijfer van decubitus terug te brengen onder de 5% inclusief graad 1 bij alle patiënten met een zorgindicatie ZZP 3 of hoger.

Methode

In 2006 werd binnen zorginstelling Het Laar, een verpleeg- en verzorgingshuis met 34 verpleeghuisbewoners en ongeveer 100 bewoners met een meerzorgindicatie, een werkgroep wondzorg gevormd, bestaande uit de specialist ouderengeneeskunde, twee teamleiders en de staffunctionaris kwaliteit. De specialist ouderengeneeskunde nam bovendien deel

aan het regionale netwerk voor decubituszorg. Binnen dit netwerk was een regionaal decubitusprotocol voor preventie en behandeling ontwikkeld, waarbij zorgafspraken tussen de ziekenhuizen, de eerste lijn en de zorginstellingen waren vastgesteld. Het betrof een algemeen protocol waarin de instellingen zelf de implementatie moeten regelen. Aan de hand van dit regionale protocol is een protocol voor decubituspreventie en -behandeling opgesteld, gebaseerd op de daadwerkelijke situatie van de instelling. Op elke afdeling van de instelling werden twee aandachtsvelders wondzorg aangesteld (totaal 12) en bovendien werden er twee aandachtsfunctionarissen wondzorg benoemd (beiden teamleider en verpleegkundige). De taken van de aandachtsvelders omvatten de daadwerkelijke implementatie van het protocol op de afdeling en het zorgen voor goede dossiervorming waaronder het invullen van wondpreventie- en registratieformulieren. De aandachtsfunctionarissen namen beiden deel aan de werkgroep wondzorg en waren aanspreekpunt voor de afdelingen. Zij hebben bovendien tijdens regionale bijeenkomsten informatie gegeven over het beleid van de instelling.

De registratie van de Bradenscore was een belangrijk onderdeel van het protocol. Deze score geeft het risico op decubitus aan door middel van een schaal van 6-23. De score 18-23 geeft een gering risico op decubitus aan, een score van 12-17 een verhoogd risico en een score van 6-11 een extra verhoogd risico.² Er wordt gescoord op de punten: zintuiglijke waarneming, vocht, activiteit, mobiliteit, voeding en schuif- en wrijvingskrachten. Deze score werd bij elk MDO (multidisciplinair overleg) en bovendien bij veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt (zoals plotselinge bedlegerigheid of koortsende infecties) bepaald.

De specialist ouderengeneeskunde heeft samen met de staffunctionaris kwaliteit scholingen georganiseerd voor verpleging en verzorging om het decubitusprotocol door te nemen, waarbij veel aandacht werd besteed aan opmerkingen over het protocol vanuit de werkvloer. Indien relevant werden deze opmerkingen in het instellingsprotocol verder uitgewerkt.

Het onderwerp decubitus werd een vast punt tijdens het MDO, aan de hand van de geregistreeerde Bradenscore. De specialist ouderengeneeskunde was voor de verpleeghuispatiënten, maar ook voor de patiënten in het verzorgingshuis beschikbaar om mee te denken en daadwerkelijk de behandeling van decubitus te starten, altijd in overleg met de eigen huisarts.

De instelling nam vanaf 2007 eenmaal per jaar deel aan de landelijke meting voor verantwoorde zorg (meting van de zorginhoudelijke indicatoren) en organiseerde daarnaast nog de eigen metingen. Deze werden als volgt ingevuld. Vanaf 2007 werd gemeten bij alle patiënten met een ZPP 3-indicatie of hoger. Er werd gekozen voor ZPP 3-indicaties of hoger, omdat hier de meest kwetsbare patiënten binnen vallen. Binnen deze instelling betroffen het 105 patiënten binnen de verzorging en 34 patiënten binnen het verpleeghuis.

In 2007 werd een meting uitgevoerd in het voor- en in het najaar en in 2008 en 2009 eenmaal per jaar. De metingen werden verricht door twee verzorgenden van de betreffende afdeling die samen de patiënt onderzochten op decubitus graad 1 tot en met 4.

Resultaten

Vanaf 2007 zijn de metingen binnen Het Laar te vergelijken. De eerste meting vindt plaats net na het introduceren van het instellingsprotocol voor preventie en behandeling en na een instellingsbrede scholing voor verzorging en verpleging. In figuur 1 wordt weergegeven wat de prevalentie door de jaren heen is binnen de vijf verschillende afdelingen van de instelling. Afdelingen 1, 2 en 5 zijn verzorgingshuisafdelingen en afdelingen 3 en 4 zijn

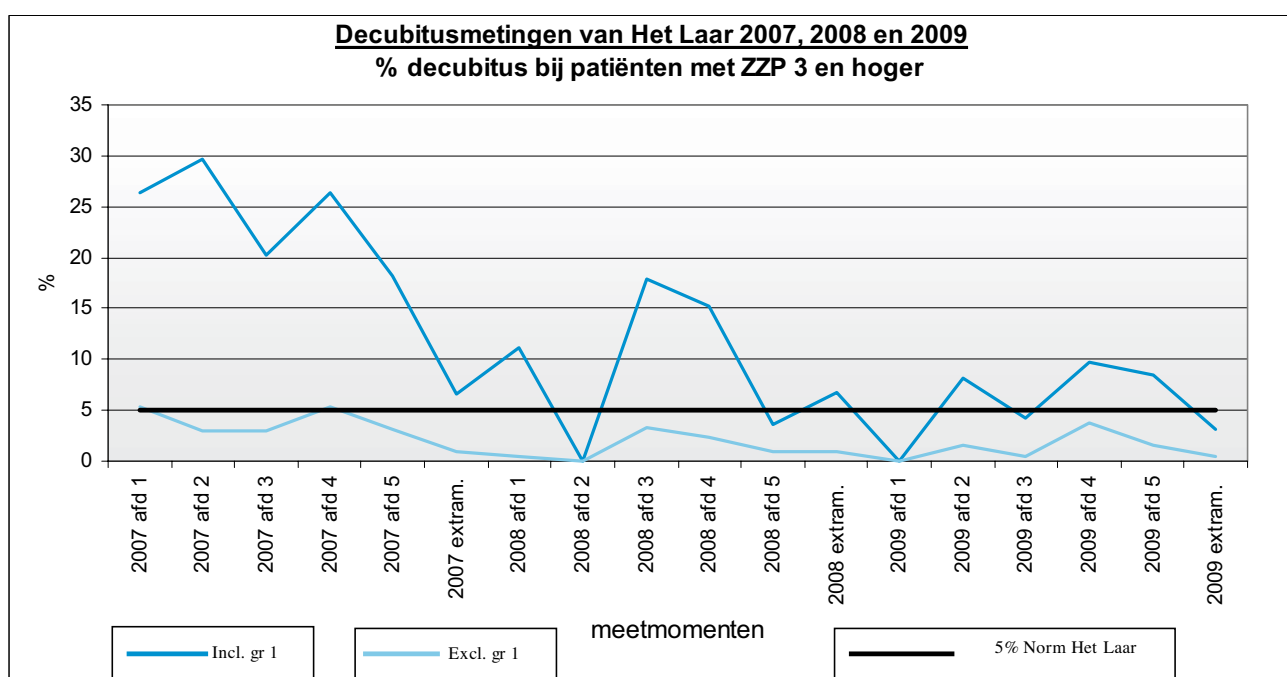
verpleeghuisafdelingen. Daarnaast werd de groep van extramuraal patiënten met een ZPP 3 of hoger gemeten.

In 2007 wordt de gestelde norm van onder de 5% inclusief graad 1 op geen enkele afdeling gerealiseerd. In 2009 is de norm van onder de 5% inclusief graad 1 op drie afdelingen gerealiseerd en op drie afdelingen is de prevalentie sterk gedaald in vergelijking met 2007.

Discussie

De resultaten laten zien dat de implementatie van een goed decubituspreventie- en behandelprotocol kan leiden tot een sterke afname van decubitus binnen de instelling. Binnen deze implementatie moet ruim aandacht worden geschonken aan scholing en het uitvoeren van de prevalentie metingen. Onze ervaring leert dat juist het uitvoeren van de metingen medewerkers van de afdeling stimuleert om decubitus nog meer centraal te stellen in de dagelijkse zorg voor kwetsbare ouderen. Door decubitus door middel van het invullen van de Bradenscore voor elk MDO onder de aandacht te brengen, wordt het een vast onderdeel van het zorg- en leefplan en krijgt het onderwerp de aandacht die het verdient. Hierin is de Bradenscore op zich niet heilig. Er zijn meerdere mogelijkheden om het onderwerp terug te laten komen in de zorg op de afdelingen, maar ons inziens is de Bradenscore wel een handige manier om dit te doen.

Uiteraard is de patiëntengroep in de loop van de drie jaren veranderd. Er zijn patiënten overleden en nieuwe patiënten bijgekomen. Echter, dit geldt ook bij de landelijke meting. Er mag van worden uitgegaan dat de groep patiënten in zijn geheel wat betreft zorgzwaarte ongeveer gelijk blijft.



Figuur 1: Prevalentie decubitus 2007-2008-2009.

Er is bij de metingen geen onderscheid gemaakt tussen decubitusletsel dat buiten de instelling is ontstaan en letsel dat binnen de instelling is ontstaan. Dit zorgde bij het evalueren van de metingen op de afdelingen soms voor commentaar. De cijfers werden soms verhoogd door patiënten die het letsel in het ziekenhuis hadden opgelopen, waar de medewerkers van de afdeling niet verantwoordelijk voor waren. In de gesprekken met de medewerkers op de verschillende afdelingen is aangegeven, dat de cijfers niet zozeer belerend bedoeld waren, maar tot nadenken en het verbeteren van de decubituszorg moesten aanzetten.

Aanbevelingen

Decubituszorg verdient de volle aandacht van alle medewerkers binnen de gezondheidszorg door de ernst van het letsel dat patiënten kunnen oplopen. Goede preventie en behandeling is mogelijk mits binnen de instelling op een juiste manier met het onderwerp wordt omgegaan. Het opstellen van een protocol alleen is onvoldoende. Implementatie van een decubitusprotocol is nodig, met ruime aandacht voor borging in de vorm van scholing en prevalentie metingen. Dit enthousiasmeert de medewerkers en komt de patiënten ten goede. De landelijke prevalentie cijfers zouden wel moeten worden aangepast voor het letsel dat buiten de eigen instelling wordt opgelopen, pas dan wordt een eerlijke weergave gegeven van de decubituszorg binnen een instelling. Daarnaast is een bredere kijk nodig, waarbij niet alleen decubitusletsel in kaart wordt gebracht en als zorginhoudelijke indicator wordt gezien, maar waarbij tevens wordt gekeken naar vochtletsel met als gevolg smetplekken. De meting voor de zorginhoudelijke indicatoren vanaf 2010 zal dit onderwerp aandacht gaan geven. Ook hier geldt dat een smettenprotocol eenvoudig te maken is, maar de implementatie op de werkvloer een uitdaging vormt. Specialisten ouderengeneeskunde hebben hierin een zeer belangrijke rol met betrekking tot verpleeghuispatiënten, maar zeker ook voor de kwetsbare groep ouderen in de verzorgingshuizen en de extramurale zorg.

Samenvatting

Decubitus is een ernstige aandoening en komt in verpleeghuizen zeer frequent voor. Het opstellen van een decubitusprotocol is eenvoudig, echter de implementatie op de werkvloer is vaak heel lastig. Een goede registratie van decubitus, frequente prevalentie metingen op afdelingen en continue scholing zijn essentieel om het aantal patiënten met decubitus te verminderen.

Summary

Pressure sores is a serious disease and is frequently diagnosed in nursing homes. Designing a guideline for pressure sores is quite simple, however implementation in daily practice is difficult. Careful monitoring, frequent measurement of prevalence on nursing home wards and permanent education are necessary to reduce new cases of pressure sores.

Literatuur

1. Halfens R, Janssen M, Meijers J. Rapportage resultaten: Landelijke prevalentie Zorgproblemen 2006. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2006.
2. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Res* 1987; 36(4): 205-210.



Kennistoets: Artritis

De NHG-standaard Artritis, die in augustus 2009 verscheen, geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij volwassen patiënten met inflammatoire aandoeningen van één of meer gewrichten.

Speciale aandacht gaat uit naar bacteriële artritis, jichtartritis, reactieve artritis, reumatoïde artritis en de differentiaaldiagnostiek van deze artritiden. In deze standaard is gekozen voor deze artritiden, omdat zij het meest voorkomen of omdat een juiste diagnose belangrijke consequenties heeft voor prognose en beleid.

Ook voor specialisten ouderengeneeskunde biedt deze standaard zeer waardevolle informatie.

U kunt uw kennis toetsen aan de hand van de volgende vragen. De antwoorden vindt u op blz. 81

1 *Wat zijn de essentiële vragen voor de differentiaaldiagnostiek als er sprake is van een artritis?*

2 *Wat is de meest frequente verwekker van een bacteriële artritis?*

3 *Wanneer dient de diagnose jichtartritis overwogen te worden?*

4 *Wat is de basisbehandeling van pijn en ontsteking bij alle artritiden (behalve de bacteriële artritis)?*

5 *Wanneer is het geïndiceerd om patiënten met artritis te verwijzen?*

Kleinschaligheid binnen grootschalige setting: de effecten bij verpleeghuisbewoners gemeten

H.A. Dercksen, specialist ouderengeneeskunde, Zorgcombinatie Zwolle te Zwolle /
Correspondentie: h.dercksen@zorgcombinatiezwolle.nl

Inleiding

Kleinschaligheid in het wonen en zorgen voor mensen met dementie, en ook voor mensen met andere beperkingen, wordt door steeds meer zorginstellingen als visie beleden, geïntroduceerd en gerealiseerd.¹ De verwachtingen zijn daarbij vooral vanuit het publieke domein hooggespannen.² Over het verhelderen van het begrip kleinschaligheid is onlangs gepubliceerd na concept mapping.³ De criteria van kleinschalig wonen zijn in volgorde van belangrijkheid:

- de bewoner blijft in voor- en tegenspoed een bewoner;
- er wordt een gewoon huishouden gevoerd;
- de bewoner heeft de regie over de inrichting van zijn dagelijks leven;
- het personeel is onderdeel van het huishouden (en werkt integraal);
- de bewoners vormen met elkaar een huishouden;
- de woonvorm is gevestigd in een 'gewoon' huis.

Behalve de bouw van de aldus gedefinieerde kleinschalige woonvoorzieningen wordt nieuwbouw of verbouw van functioneel verouderde verpleeghuislocaties gecombineerd met de invoering van het concept kleinschalige zorg, het gaat hierbij om een ontwikkeling waarbij een grootschalige verpleeghuislocatie (>100 plaatsen) om zorginhoudelijke redenen kiest voor het concept van kleinschalige zorg (kzgs) i.c. clustering van woongroepen als alternatief van grootschalige verpleeghuiszorg met afdelingen van 30 cliënten. Deze manier van wonen biedt de mogelijkheid om voor verschillende doelgroepen diensten aan te bieden. Door de grootschalige setting kunnen functies als behandeling, ontspannen, winkelen en deelnemen aan verenigingsleven worden gebundeld in een centrale voorziening in een woongebouw dat open is naar en in wisselwerking staat met de wijk.⁴ Locatie het Zonnehuis van Zorgcombinatie Zwolle verhuisde in mei 2007 naar een cluster nieuwe gebouwen, waarin bovengenoemde visie was gerealiseerd.

Het oude gebouw telde 190 plaatsen voor

verpleeghuisgeïndiceerde cliënten, verdeeld over afdelingen van 23-35 plaatsen, die onderverdeeld waren in units van 12-15 plaatsen. De nieuwe voorziening telt 192 plaatsen, in het hoofdgebouw verdeeld over vier buurten van elk vijf straten, in elke straat wonen acht cliënten, met eigen voordeur per groep van acht, eigen kamer per cliënt, gemeenschappelijke huiskamer met keuken, en een vast team medewerkers. In een ander gebouw vormen drie straten een buurt met respectievelijk twee straten van elf en één van tien cliënten, die met twee of drie personen een appartement met eigen voordeur bewonen. Ook deze kleinschalige groepen hebben een gemeenschappelijke huiskamer met keuken en een vast team.

Alle cliënten wonen tot hun overlijden in dezelfde groep.

Ter voorbereiding op de verhuizing van de grootschalige oudbouw naar het woongebouw voor kleinschalige zorg in een grootschalige setting (kzgs) werd kleinschalig wonen en verzorgen (in groepen van acht) op twee afdelingen in de oudbouw twee jaar tevoren geïntroduceerd.

In dit onderzoek wordt naar een antwoord gezocht op de vraag, welke invloed kleinschalige zorg van psychogeriatrische en somatische verpleeghuisbewoners heeft op neuropsychiatrische symptomen, het gebruik van psychotrope medicatie en vrijheidsbeperkende maatregelen.

Methode

Er zijn gegevens verzameld in die groepen, waar in het oude gebouw kleinschalige zorg werd geïntroduceerd, interventie 1 (Som/GP en PG 1). Deze gegevens werden driemaal verzameld, met tussenpozen van zes maanden, waarbij er bij de eerste meting nog sprake was van een grootschalige situatie (voormeting). Ter vergelijking zijn in een groep zonder kleinschaligheid (PG 2) op twee momenten met een tussenpoos van zes maanden gegevens verzameld (controle). Vervolgens (interventie 2) is een afdeling (PG 3) die vlak voor de verhuizing nog grootschalig was, op dat moment

en een halfjaar na de verhuizing gemeten, en zijn de interventie 1-groepen nogmaals gemeten een halfjaar na de verhuizing (zie tabel 1).

Tabel 1

Overzicht gegevensverzameling in de tijd en aantallen

| | T0 (voor- meting) | T1 6 maanden | T2 1 jaar | T3 3 jaar |
|---------------|-------------------------|--------------------|-----------------|-----------------|
| Interventie 1 | 51 | 39 | 34 | 17 |
| Interventie 2 | 24 | 20 | | |
| Controle | 35 | 24 | | |

Meetinstrument: Neuro Psychiatric Inventory-Questionnaire, ontwikkeld om in het alledaags klinische werk neuropsychiatrische symptomen beknopt in kaart te brengen.^{5,6} De NPI-Q is een bewerking van de NPI en ten opzichte van deze lijst gevalideerd.⁷⁻⁹ Het instrument wordt ingevuld door een verzorgende die goed bekend is met de bewoner, en omvat 12 neuropsychiatrische domeinen, te weten: wanen, hallucinaties, agitatie/agressie, depressie/dysforie, angst, euforie/opgetogenheid, apathie/onverschilligheid, ontremd gedrag, prikkelbaarheid/labiliteit, doelloos repetitief gedrag, gedrag 's nachts/nachtelijke onrust, en eetlust/eetgedrag. In elk van deze domeinen wordt de ernst van het symptoom gescoord op een 3-puntsschaal, en de emotionele belasting op een 6-puntsschaal. De NPI-Q levert voor elk gerapporteerd symptoom een bepaling van de ernst op en een beoordeling van de emotionele belasting, alsmede gesommeerde totaalscores voor ernst en emotionele belasting.

In de resultaten zijn de gemiddelde scores per groep voor ernst+emotionele belasting (gesommeerd) genomen, en de totaal scores emotionele belasting per groep.

Daarnaast werden de volgende gegevens verzameld: geboortedatum, geslacht, verblijfsduur, diagnose, lichaamsgewicht, toegepaste middelen en maatregelen, en gebruik van psychofarmaca. Vrijheidsbepalende maatregelen ter afwending van gevaar voor de patiënt en diens omgeving werden geregistreerd volgens de in de instelling gebruikte codering. Het betrof: band in de stoel, plank voor de stoel, band in bed, andere fixaties (waaronder verpleegdekken en bedhekken), afzondering, gecamoufleerde medicatietoediening, medicatie onder dwang, vocht- en voedseltoediening onder dwang, opdringen van hygiënische maatregelen. Het gebruik van psychofarmaca werd onderverdeeld in de subgroepen: antipsychotica, antidepressiva, anxiolytica en hypnotica. In de resultaten werden alle psychofarmaca samengenomen.

De onderzochte groepen (resp. $n = 14$, $n = 20$, $n = 35$, $n = 20$) hadden een vaste samenstelling, dat wil zeggen dat mutaties op de betreffende afdelingen niet meer werden geïnccludeerd. Uitval was in 90% door overlijden, 10% door verhuizing/overplaatsing.

Daarnaast werd voor de hele populatie van het Zonnehuis (revalidatie, somatiek en psychogeriatric, $n = 190$) met behulp van het apothekautomatiseringssysteem Zamicom het gebruik van psychofarmaca geregistreerd vlak vóór, en zes en twaalf maanden na de verhuizing naar kleinschalige zorg binnen grootschalige setting.

SPSS 15.0 is gebruikt voor de analyses: Wilcoxon signed ranks test en lineaire (multilevel) regressie.

Resultaten

Patiëntkenmerken

De totale onderzoeksgroep bestond uit 69% vrouwen en 31% mannen. De gemiddelde leeftijd van de psychogeriatricische patiënten was 82,6 jaar bij aanvang van het onderzoek. In de (deels gerontopsychiatrische) somatische groep was de vrouw/manverdeling 65%/35% en de gemiddelde leeftijd 72,2 jaar bij de eerste meting. De meest validiteitsbepalende diagnoses waren voor de PG-groepen: 37% m. Alzheimer, 27% vasculaire dementie, 9% dementie mengbeeld Alzheimer/vasculair, 11% dementie NAO, 12% parkinsondementie, 4% dementie met Lewy bodies. De diagnoses van de (deels gerontopsychiatrische) somatische patiënten waren: 35% depressie; psychose, organisch psychosyndroom, niet-aangeboren hersenletsel en status na CVA elk 15%; 5% multipale sclerose.

De gemiddelde verblijfsduur bij aanvang van het onderzoek bedroeg in de PG-groepen resp. 35 maanden (range 1-80), 20 maanden (range 1-99) en 22 maanden (range 2-90), en in de somatische groep: 41 maanden (range 1-133).

NPI-Q-metingen (tabel 2)

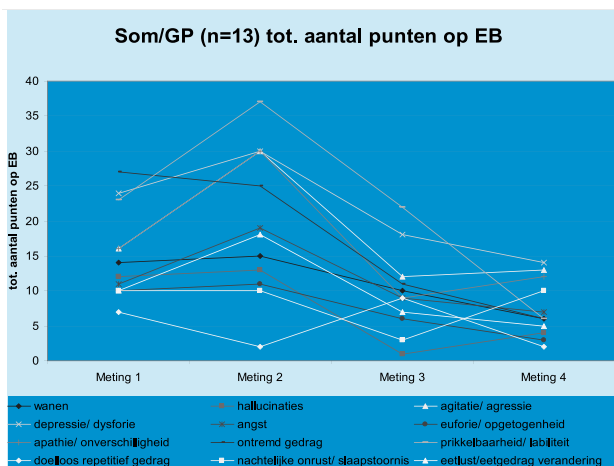
Bij analyse bleek de afname van de emotionele belasting in de Som/GP-groep tussen T0 en T3 significant ($p = 0,05$, zie figuur 1). Tevens was er voor de PG-1-groep een afname aantoonbaar op emotionele belasting tussen T0 en T2 ($p = 0,1$). De gemiddelde totaalscores en scores ernst van het probleemgedrag werden in beide groepen niet significant beïnvloed door de interventies. Bij regressieanalyse werd gecorrigeerd voor Somatiek/PG, leeftijd, geslacht en verblijfsduur; het verband tussen de scores bleef daarbij constant. Interventie 1 was effectiever dan interventie 2.

De gebruikte testen zijn de Wilcoxon signed ranks test en regressieanalyse.

Tabel 2

Gemiddelde totaal scores (som van ernst en emotionele belasting) op de NPI-Q per groep

| | Dec. 04 | Juli 05 | Nov. 05 | Dec. 05 | Mei 06 | Mei 07 | Nov. 07 |
|--------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|
| Som/GP | 18,3 | 21,8 | | 14,3 | | | 10,7 |
| PG 1 | 6,2 | 4,7 | | 6,9 | | | |
| PG 2 | | | 14,1 | | 11,6 | | |
| PG 3 | | | | | | 15,3 | 12,9 |



Figuur 1: Som/GP totaal aantal punten op NPI emotionele belasting EB.

Middelen en maatregelen

Het aantal toegepaste middelen en maatregelen was in PG 1 ($n = 14$) 21 bij nulmeting, 20 na zes maanden en 16 na twaalf maanden.

Bij de som/GP-groep ($n = 20$) was dit respectievelijk 30, 30 en 12. Zes maanden na de verhuizing werden bij deze groep ($n = 13$) nog zeven middelen en maatregelen geteld.

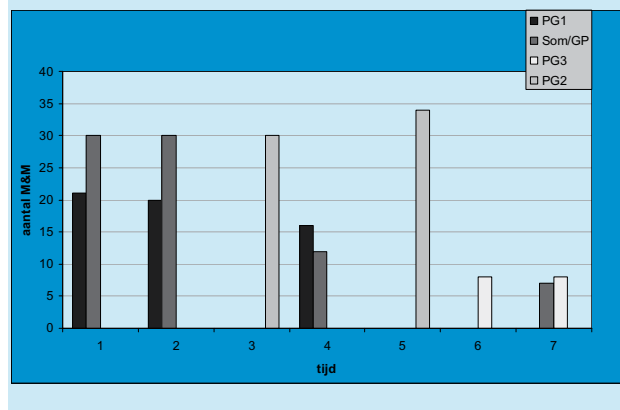
Bij PG 3 ($n = 20$) werden voor de verhuizing acht middelen en maatregelen toegepast, en 6 maanden erna eveneens acht.

In de grootschalige vergelijkingsgroep PG 2 ($n = 35$) was het aantal middelen en maatregelen bij eerste meting 30 en na zes maanden toegenomen tot 34. De afname van middelen en maatregelen is significant: $p = 0,001$ voor de interventie-1-groep tussen T0 en T2, $p = 0,006$ voor de Som/GP-groep tussen T0 en T3 (Wilcoxon signed ranks test).

Gebruik van psychofarmaca

Het totaal aantal voorschriften voor alle cliënten van het verpleeghuis (revalidatie, longstay somatiek en psychogeriatric, $n = 190$) bedroeg in mei 2007, vóór de verhuizing, 243; een halfjaar na de verhuizing 243 en een jaar na de verhuizing 240. Deze aantallen zijn exclusief de 'zo-nodig-voorschriften'.

Overzicht middelen en maatregelen



Figuur 2: Middelen en maatregelen op de verschillende meetmomenten.

Wat de onderzoeksgroepen betreft, bleef het psychofarmacagebruik gelijk in PG 1 en PG 3, nam toe in PG 2 (controlegroep) en nam af in de Som/GP-groep: in absolute getallen van 1,62 naar 1,00 per bewoner ($p = 0,011$).

Discussie

Dit onderzoek toont aan dat zowel de introductie van kleinschalige zorg in een bestaand verpleeghuis als de verhuizing naar nieuwbouw volgens het kzgs-concept geen invloed heeft op probleemgedrag, gedefinieerd volgens de symptomen van de NPI en op psychofarmacagebruik van bewoners met dementie. Wel bleek bij een groep somatische (deels gerontopsychiatrische) bewoners de emotionele belasting van het probleemgedrag en het psychofarmacagebruik te verminderen. Het aantal toegepaste middelen en maatregelen nam fors af. De resultaten sluiten aan bij een veel groter onderzoek naar effecten van kleinschaligheid.¹⁰ In de vergelijking van kleinschalig wonen met moderne grootschalige verpleeghuizen werd geen verschil gevonden in de meerderheid van de kwaliteit-van-levensschalen, geen verschil in gedragsproblemen of gebruik van psychofarmaca, echter wel minder middelen en maatregelen bij kleinschalig wonen.

Het is bekend dat van alle psychosociale interventies voor probleemgedrag onder andere het normaliseren van leefpatroon en woonomgeving een breed effect sorteert, op grond daarvan werd een afname verwacht.¹¹ Mogelijk beïnvloedt het voortschrijden van de dementie de resultaten, de literatuur is hierover niet eensluidend maar wijst er meer en meer op, dat probleemgedrag een constant gegeven is door alle stadia heen. Wel treden verschuivingen in de scores op de verschillende neuropsychiatrische domeinen van de NPI op.¹²⁻¹⁵ De ernst van de dementie is wel een voorspeller van neuropsychiatrische symptomen (Zuidema).¹⁶ De gevonden prevalentie

van probleemgedrag en de verdeling van de scores over de domeinen (van de PG-groepen) wijkt nauwelijks af van bevindingen in andere Nederlandse verpleeghuizen, evenals de prevalentieverschillen tussen de afdelingen.¹⁷

Inmiddels is er een grote variëteit in kleinschaligheid, zowel internationaal als in Nederland; cruciaal is de wijze waarop het zorgconcept daadwerkelijk vertaald is in de praktijk.¹⁸ De omstandigheden waren in dit geval gunstig en de medewerkers goed voorbereid op de veranderingen en gemotiveerd. Hun werktevredenheid nam toe wat aansluit bij bevindingen in een veel uitgebreider onderzoek.¹⁹

Een toename van de scores op de NPI-Q in de Som/GP-groep tussen T0 en T1 hing mogelijk samen met aanlooppromen bij de introductie van het zorgconcept, op T2 liep het project naar wens.

De onderzochte Som/GP-groep vraagt een aparte beschouwing. De samenstelling qua diagnoses is zeer gevarieerd, de verblijfsduur lang: echte 'bewoners' van het verpleeghuis. De nadruk bij de zorg ligt op gedragsmatige benadering door een gespecialiseerd team. In de grootschalige setting botste de afgesproken individuele benadering vaak met groepsdynamische processen. Voor deze afdeling, ook wel dubbelzorg/dubbel gehandicapten genaamd, zijn weinig vergelijkingsmogelijkheden in de literatuur. Wel zijn prevalentiestudies gedaan van depressie en angststoornissen bij somatische verpleeghuisbewoners, waarbij andere diagnostische criteria en onderzoeksinstrumenten gehanteerd werden.²⁰⁻²³

De prevalentie van depressie en angst volgens de NPI-Q is in de Som/GP-groep op T0, T1 en T2 nog hoger, maar op T3 overeenkomstig de literatuur: depressie/dysforie resp. 62%, 64%, 64% en 37%; angst resp. 20%, 32%, 32% en 18%. Strikt genomen is de NPI-Q niet geëigend voor deze doelgroep. De scores probleemgedrag zijn gemiddeld 2,5 maal zo hoog als voor de PG-groepen. De veranderingen sinds de introductie van kzgs zijn des te opmerkelijker. In dit onderzoek is het de groep die het meeste baat lijkt te hebben bij deze nieuwe zorgvisie: een significante afname van de scores emotionele belasting, de middelen en maatregelen en het gebruik van psychofarmaca, die stabiliseert na de verhuizing. Mogelijk is het uitblussen van (gerontopsychiatrische) ziektebeelden van invloed, anderzijds was de verandering in de dagelijkse leefomstandigheden voor deze groep zeer ingrijpend en duidelijk ten goede. De keuze voor kleinschalig wonen en verzorgen is eigenlijk alleen voor mensen met dementie goed onderbouwd.²⁴ Om zicht te krijgen op de gevolgen van kzgs voor somatische cliënten van het verpleeghuis is meer (kwalitatief) onderzoek

nodig, waarbij werkbeleving van de verzorgenden zeker betrokken moet worden.

Het gebruik van psychofarmaca voor de behandeling van neuropsychiatrische symptomen bij mensen met dementie staat toenemend ter discussie.^{25,26} Deze verandering van inzicht in de literatuur is niet terug te vinden in het voorschrijfgedrag van de verpleeghuisartsen van het Zonnehuis, althans niet gedurende de looptijd van dit onderzoek. Ook heeft de introductie van kleinschalige zorg binnen een grootschalige setting het aantal voorschriften voor de PG-groepen niet verminderd: 60-70% van de bewoners in dit onderzoek ontvangt psychotrope medicatie en dit hangt samen met de scores probleemgedrag; deze bevindingen komen overeen met studies in veel grotere groepen verpleeghuisbewoners met dementie.¹⁴⁻¹⁶

De vermindering van het aantal toegepaste middelen en maatregelen is opvallend en lijkt te wijzen op een definitieve ommekeer.²⁷ Veranderende inzichten zouden hierin een rol kunnen spelen, het zorgbeleid van de instelling is sinds drie jaar gericht op het achterwege laten van fixatie zoals aanbevolen door de inspectie en onderbouwd door onderzoek.²⁸⁻³⁰ Hoewel de bewonersgebonden determinanten van vrijheidsbeperking niet veranderden was de afname fors, met name in de Som/GP-groep. Wat dit item betreft lijken twee speerpunten in de zorgvisie elkaar duidelijk te hebben versterkt.

Beperkingen van dit onderzoek en dus van interpretatie van de uitkomsten zijn gelegen in de kleine aantallen, het beperkte aantal verzamelde gegevens om 'welbevinden' te operationaliseren, en met name door factoren samenhangend met de lange looptijd zoals ziektebeloop, comorbiditeit, facilitaire, logistieke en personele veranderingen. Een praktijkonderzoek als dit kan echter goed sturing geven aan zorgbeleid en steunt de motivatie van managers en zorgverleners en de terugkoppeling op hun handelen (lerende organisatie).

De NPI-Q is hierbij een handzaam instrument gebleken voor de score van symptomen die de leefsfeer in kleine groepen aanzienlijk beïnvloeden. Ten slotte willen wij hiermee laten zien dat verpleeghuizen die deelnemen aan universitaire netwerken (zoals het UNO-VUmc), interventies kunnen evalueren en onderbouwen met wetenschappelijke en statistische ondersteuning vanuit die netwerken.

Dankwoord:

Ik bedank Henriëtte Snel, Lukas Tiggelaar en Guendolen Lantinga voor hun inspirerende ondersteuning.

Samenvatting

Veel verpleeghuizen passen bij nieuwbouw of verbouw het concept kleinschalig wonen toe in de vorm van kleinschalige zorg in een grootschalige setting. In dit artikel wordt een beperkt onderzoek naar effecten hiervan op de bewoners gepresenteerd. Hiertoe werden, verspreid over drie jaar, bij de invoering van kleinschaligheid in het oude gebouw en bij verhuizing naar de nieuwbouw gegevens verzameld in groepen psychogeriatrische en een groep somatische (deels gerontopsychiatrische) bewoners. Daarbij kon voor bewoners met dementie geen invloed op de scores voor probleemgedrag (NPI-Q) of het psychofarmacagebruik worden aangetoond. In de groep somatische bewoners bleek echter de emotionele belasting van het probleemgedrag significant af te nemen, evenals het psychofarmacagebruik. De toepassing van middelen en maatregelen daalde significant in beide groepen. Nader onderzoek naar de mogelijk gunstige effecten van dit zorgconcept voor somatische bewoners wordt aanbevolen.

Summary

The concept of small homelike care environments for nursing home patients is increasingly realised as a cluster of group living homes within a large scale facility thus combining the advantages of both. In this article a limited study of the effects on residents over three years is presented. The figures demonstrate no change in neuropsychiatric symptoms (NPI-Q) or the use of psychotropic drugs in older people with dementia. In a group of nondemented older nursing home patients a significant decrease of caregiver distress of neuropsychiatric symptoms was showed as well as a decrease in the use of psychotropic medicines. Physical restraint use declined significantly in both groups. Further investigation of the influences of small scale group living care on nondemented nursing home residents is recommended.

Literatuur

1. Ettema T. Kleinschaligheid, waarom eigenlijk? Denkbeeld 2001; 13(2): 2-5.
2. Eefsting JA. Inconsistente maatschappelijke eisen in de dementiezorg. ZM 2007; 5: 12-16.
3. Boekhorst S te, Depla MFIA, Lange J de, et al. Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering. Tijdschr Gerontol Geriatr 2007; 38: 17-24.
4. Heide O van der, Kodden F. Groot & klein in lijn, strategie en bedrijfsvoering van kleinschalige zorg in grootschalige settings. Ver. het Zonnehuis 2009; pag. 14, 22, 30, ISBN 978 90 8141251 3.
5. Cummings JL, Mega M, Gray K, et al. The Neuropsychiatric Inventory; comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology 1994; 44(12): 2308-2314.
6. Wood S, Cummings JL, Hsu MA, et al. The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents. Characterization and measurement. Am J Geriatr Psychiatry 2000; 8: 75-83.
7. Kat MG, Jonghe JF de, Aalten P, et al. Neuropsychiatrische symptomen bij dementie: psychometrische aspecten van de Neuropsychiatric Inventory (NPI) Nederlandse versie. Tijdschr Gerontol Geriatr 2002; 33(4): 150-155.
8. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, et al. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the neuropsychiatric inventory. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2000; 12(2): 233-239.
9. Jonghe JFM de, Kat MG, Kalisvaart CJ, Boelaarts L. Neuropsychiatric Inventory vragenlijstversie (NPI-Q): validiteitsaspecten van de Nederlandse versie. Tijdschr Gerontol Geriatr 2003; 34: 74-77.
10. Boekhorst S te, Depla MFIA, Lange J de, et al. The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. Int J Geriatr Psychiatry 2009; 24: 970-978.
11. Mierlo LD van, Roest HG van der, Meiland FJM, Droes RM. Personalized dementia care: Proven effectiveness of psychosocial interventions in subgroups. Ageing Res Rev 23 sept. 2009 (Epub ahead of print).
12. Aalten P, Verheij FRJ, Boziki M, et al. Consistency of neuropsychiatric syndromes across dementias: results from the European Alzheimer disease consortium. Dement Geriatr Cogn Disord 2008; 25: 1-8.
13. Lyketsos CG, Steinberg M, Tszhanz JAT, et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on memory in aging. Am J Psychiatr 2000; 157: 708-714.
14. Margallo-Lana M, Swann A, O'Brien J, et al. Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. Int J Geriatr Psychiatry 2001; 16(1): 39-44.
15. Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22(9): 843-849.
16. Zuidema SU. Neuropsychiatric symptoms in Dutch nursing home patients with dementia. (Thesis). Nijmegen: Radboud Universiteit, 2008; ISBN: 978 90 9022470 1.
17. Zuidema SU, Derksen E, Verhey FRJ, Koopmans RTCM. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22: 632-638.
18. Verbeek H, Rossum E van, Zwakhalen SMG, et al. Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. Intern Psychogeriatr 2009; 21: 252-264.
19. Boekhorst S te, Willemsse BM, Depla MFIA, et al. Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. Int Psychogeriatr 2008; 20: 927-940.
20. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, et al. Depression among older nursing home patients: a review. Tijdschr Gerontol Geriatr 2003; 34: 52-59.
21. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, et al. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. J Affect Dis 2004; 83: 135-142.
22. Smalbrugge M, Pot AM, Jongenelis K, et al. Angststoornissen bij verpleeghuisbewoners: een literatuuronderzoek naar prevalentie, beloop en risico-indicatoren. Tijdschr Gerontol Geriatr 2003; 34: 215-221.
23. Smalbrugge M, Pot AM, Jongenelis K, et al. Prevalence and correlates of anxiety and anxiety disorders among nursing home patients. J Affect Dis 2005; 88(2): 145-153.
24. Verbeek H, Rossum E van, Zwakhalen SMG, et al. The effects of small-scale homelike facilities for older people with dementia on residents, family care givers and staff: design of a longitudinal quasi-experimental study. BMC Geriatr 2009; 9: 3.
25. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia, a review of the evidence. JAMA 2005; 293: 596-608.
26. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Aarsland D. 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; 23: 889-895.
27. Hamers JPH, Koopmans RTCM. Beschermende maatregelen in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Tijdschr Gerontol Geriatr 1991; 22: 45-50.
28. Veer AJE de, Francke AL, Bolle FJJ. Vrijheidsbeperkende interventies, een inventarisatie onder verzorgenden. Tijdschr Verpleeghuisgeneesk 2007; 32: 6-11.
29. Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? Z Gerontol Geriatr 2005; 38: 19-25.
30. Hamers JPH, Gulpers MJM, Bleijlevens M, et al. Het reduceren van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen. Tijdschr Ouderengeneesk 2009; 34(5): 156-159.

Call for Abstracts

Verenso-Jaarcongres 2010

De Verenso-congrescommissie nodigt alle specialisten ouderengeneeskunde, AIOS en (para)medici uit dit werkveld van harte uit een abstract of paper in te dienen voor een voordracht of posterpresentatie voor het Verenso Najaarscongres, welke op vrijdag 26 november in Apeldoorn plaatsvindt.

We verwelkomen met name abstracts rondom het thema Dementie, maar ook abstracts over recent verricht wetenschappelijk onderzoek met andere thema's zijn welkom.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen 'jonge' onderzoekers, c.q. AIOS (call for Abstracts I) en gevestigde, meer ervaren onderzoekers (call for Abstracts II). Aan in totaal zes inzenders zal gevraagd worden om een voordracht te houden.

Daarnaast is er de mogelijkheid tot het verzorgen van een posterpresentatie. De posterpresentaties zullen plaatsvinden tijdens een aparte lunchsessie van het congres.

Graag vernemen wij van u waar uw voorkeur naar uitgaat, naar het houden van een voordracht of een posterpresentatie.

De beste AIOS-voordracht en de beste posterpresentatie zullen tijdens de afsluiting van het congres worden beloond met een prijs.

Abstracts bij voorkeur in het Nederlands aanleveren. De tekst mag maximaal 400 woorden omvatten, exclusief de eventuele literatuurverwijzingen.

Vermeld bij de tekst:

- naam, titel en functie
- (werk)adres
- organisatie/instituut/universiteit
- telefoonnummer en e-mailadres

Het abstract over wetenschappelijk onderzoek dient de volgende elementen te bevatten:

- titel
- doel van het onderzoek
- opzet
- methode
- resultaten
- conclusie/discussie

Stuur het abstract **vóór 1 juni 2010** (bij voorkeur als Word-document) naar het bureau van Verenso, t.a.v. Jolanda de Wit, jdewit@verenso.nl.

Ook voor vragen kunt u bij haar terecht.

Onttrekkingsdyskinesieën na het staken van haloperidol

Winfried J.F. Vergeer, specialist ouderengeneeskunde, Zorgspectrum, locatie Het Houtens Erf /
Linda M.C. Hempenius, specialist ouderengeneeskunde, Zorgspectrum, locatie Hof van Batenstein /
Correspondentie: w.vergeer@zorgspectrum.nl

In navolging van vele wetenschappelijke tijdschriften bespreekt ook TvO in ieder nummer een klinische les. Casuïstiek levert een verbreding en verdieping van kennis, die voor eenieder herkenbaar en leerzaam kan zijn. Vooral in de ouderengeneeskunde, waar evidence based medicine een vooralsnog moeizaam concept is, kunnen klinische lessen een waardevolle bron van informatie zijn.

Aan úw ervaringen dankt deze rubriek haar bestaansrecht. We doen hierbij dan ook een krachtige oproep aan iedereen om casuïstiek aan te leveren op redactie@verenso.nl

Tardieve dyskinesieën komen volgens de literatuur voor bij meer dan 3% van de patiënten die langdurig antipsychotica gebruiken.¹ Dat dyskinesieën zich ook kunnen manifesteren na het staken van antipsychotica, toont ondergaande casus. Terwijl de dyskinesieën worden behandeld, maakt patiënt een conditionele verslechtering door met een verhoogd valrisico.

Casus

Mw. S. wordt vanuit de thuissituatie opgenomen op een psychogeriatrische afdeling van een verzorgingshuis in verband met een toegenomen zorgbehoefte.

De hoofddiagnose van patiënte S. is dementieel syndroom op basis van vasculaire problematiek. De medische voorgeschiedenis van mw. S. meldt verder het volgende:

hysterectomie in verband met uterus myomatosis, collesfractuur met dislocatie, IVP in verband met verdenking pyelumstenose. Cataractoperatie beiderzijds. Hypertensie, decompensatio cordis, atriumfibrilleren. Verminderde nierfunctie (GFR: 30 ml/min met Cockcroft-Gault).

De medicatie bestaat uit acenocoumarol v.v. trombosedienst, digoxine 0,125 mg 1 dd 1, metoprolol 50 mg 2 dd ½, furosemide 40 mg 1 dd 1, haloperidol 1 mg tabl 1 dd 1, lactulose siroop 2 dd 15 cc, bisacodyl supp 1 x week, en paracetamol 500 mg zo nodig.

Bij lichamenlijk onderzoek zien we een vitale

vrouw met parkinsonisme, bestaande uit rigiditeit en speekselvloed. Tremor en tandradfenomeen ontbreken. Patiënte is in een goede voedingstoestand. Zij kan – zij het met enige moeite door haar stijfheid – transfers nog zelfstandig uitvoeren. Zij loopt veilig met behulp van een rollator. Bij het lichamenlijk onderzoek worden verder geen afwijkingen gevonden.

Het medisch beleid wordt na opname met haar besproken: niet reanimeren en alleen ziekenhuisopname bij korte curatieve doelen. Er wordt een zorgprobleem genoteerd: nagaan of er nog indicatie is voor haloperidol en op termijn afbouwen.

Vanaf opname blijkt dat patiënte goed gedijt in de structuur van de afdeling. Eénmaal maakt patiënte een lage luchtweginfectie door, waar ze goed van herstelt. In een zorgplanbespreking waar ook haar dochters bij zijn, wordt het medisch beleid bevestigd. Patiënte heeft altijd aangegeven in deze situatie geen ingewikkelde, levensverlengende maatregelen te willen. Tevens wordt het haloperidolgebruik besproken. Patiënte kreeg dit medicament ongeveer 3½ jaar vóór opname van de huisarts in verband met wanen. Er wordt geconstateerd dat er momenteel geen indicatie meer voor is, en er wordt afgesproken dat het afgebouwd zal worden. De dosering van haloperidol wordt na dit gesprek gehalveerd naar 1 dd ½ mg (te noemen: dag 0). Op dag 14 volgt er een evaluatie met de verpleging: er is geen verandering in het gedrag van patiënte, waarna de haloperidol gestopt wordt. Op dag 25 meldt de verpleging dat patiënte 'schokken' heeft. Bij lichamenlijk onderzoek constateert de arts myoklonische trekkingen vanuit de romp. Bij de overweging wordt meegenomen de (te snelle) afbouw van haloperidol. De acties zijn laboratoriumonderzoek (o.a. naar elektrolytstoornissen) en herstarten van de haloperidol met ½ mg 1 dd 1. Op dag 28 meldt de verpleging dit keer golfachtige bewegingen van de rug. Overleg volgt met de consulent klinisch geriater. Het beeld wordt geduid

als tardieve dyskinesieën, door het staken van haloperidol. Op dag 29 valt patiënte en breekt haar rechterpols. Patiënte krijgt een gipsspalk met pijnstilling: paracetamol 4 dd 1000 mg en diclofenac 25 mg 3 dd 1 met pantozol 20 mg 1 dd 1. Opnieuw volgt overleg met de klinisch geriater op dag 35. De startdosering haloperidol wordt teruggegeven. Een verder advies is om bij uitblijven van effect madopar 2 dd 62,5 mg te geven.

Op dag 42 zijn de dyskinesieën vrijwel weg. Echter op dag 56 valt patiënte opnieuw, met als gevolg een pertrochantere femurfractuur. Een operatie volgt, gecompliceerd door een pneumonie, decompensatio cordis, een delier en een postoperatieve anemie.

Ontslag uit het ziekenhuis volgt op dag 62. Aan de vaste medicatielijst zijn diuretica en bètablokkers toegevoegd. Patiënte is getransfundeerd. Zij gebruikt nog steeds antibiotica, atrovent en prednison, en is zuurstofafhankelijk (2½ liter per minuut). Verder heeft patiënte decubitus graad 2 op de stuit.

Op deze zelfde dag wordt patiënte acuut onwel met een grauw gelaat en dyspnoe. In overleg met haar vertegenwoordiger wordt het palliatieve beleid bevestigd. In de periode na het acute beeld verslechtert patiënte verder. Een symptomatisch beleid wordt ingezet. Alle orale medicatie wordt gestopt en patiënte krijgt morfine toegediend. Korte tijd later verslijkt zij zich en ontwikkelt opnieuw een pneumonie, waarna de toestand verder verslechtert.

Op dag 91 overlijdt patiënte rustig.

Onttrekkingsdyskinesieën

Definitie

Uit case reports is bekend dat een paar dagen na het verlagen of stoppen van antipsychotica nieuwe bewegingsstoornissen kunnen ontstaan. Deze bewegingsstoornissen worden onttrekkingsdyskinesieën genoemd (in het Engels: withdrawal emergent dyskinesia). De incidentie wordt geschat op 10 tot 30%.²

De choreatische bewegingen kunnen zowel in de ledematen als in hoofd en romp optreden. De dyskinesieën verergeren bij stress en zijn afwezig tijdens de slaap. Onttrekkingsdyskinesieën uiten zich op dezelfde manier als tardieve dyskinesieën, die ontstaan na langdurig gebruik van antidopaminerge medicatie (tardief: laat). Het verschil is dat onttrekkingsdyskinesieën binnen enkele dagen tot weken spontaan verdwijnen, terwijl tardieve dyskinesieën irreversibel zijn.

In deze casus werd als reactie het antipsychoticum opnieuw gegeven, wat ook leidde tot verdwijnen van de symptomen.

Voorkomen

Onttrekkingsdyskinesieën komen tussen de 10 en 20% voor na langdurig gebruik van antipsychotica of bij hogere doseringen.^{3,4} Langzaam afbouwen van antipsychotica voorkomt deze problemen. Zowel bij het staken van klassieke als bij atypische antipsychotica kunnen onttrekkingsdyskinesieën voorkomen.

Pathofysiologie

De pathofysiologie van onttrekkingsdyskinesieën is nog onbekend.⁵ Aangenomen wordt dat er een tijdelijke overgevoeligheid van de dopaminereceptoren ontstaat. Door overprikkeling ontstaan dan heftige, onwillekeurige bewegingen. Bij gelijktijdig staken van antipsychotica en anticholinergica kunnen in de loop van enkele dagen zelfs tremor, rigiditeit en bradykinesie ontstaan. Deze verschijnselen nemen daarna weer af en verdwijnen. De verklaring hiervoor is, dat de halfwaardetijd van anticholinergica korter is dan van veel antipsychotica, waardoor tijdelijk de anticholinergica geen bescherming bieden.

Behandeling

De behandeling van onttrekkingsdyskinesieën bestaat in eerste instantie uit een afwachtende houding met geruststelling van de patiënt en zijn omgeving. Dyskinesieën kunnen echter dusdanig beperkend zijn, dat medicamenteuze behandeling geïndiceerd is. Dan kan hervatten van het antipsychoticum in een lagere dosering en dit daarna uitsluipen een optie zijn. Dopamineagonisten zijn gecontra-indiceerd.

Conclusie en aanbeveling

Met het oog op mogelijke langetermijnbijwerkingen is het zeer gewenst om antipsychotica waarvoor geen indicatie (meer) bestaat, af te bouwen. In sommige gevallen, met name bij hogere dosis of langdurig gebruik, is het verstandig om dit niet te snel te laten verlopen. In de literatuur zijn echter geen duidelijke aanwijzingen te vinden over hoe haloperidol het beste afgebouwd wordt. Op grond van de farmacokinetiek (eliminatiehalfwaardetijd van 18-24 uur) en switchschema's uit de psychiatrie, raden wij aan om haloperidol per 3 tot 4 dagen in stappen van 25% van de oorspronkelijke dosis af te bouwen. Haldol kan dus in 2 weken volledig worden afgebouwd tot stop.⁶

Literatuur

1. Harten PN, Kahn RS. Tardive dystonia. Schizophrenia Mag 1999; 25: 741-748.
2. Harten PN. Acute bewegingsstoornissen door medicijnen. Tijdschr Psychiatrie 2003; 45: 251-263.
3. www.cmdg.org/Movement_/drug/withdraw/withdraw.htm.
4. www.lareb.nl/documents/mt_bewegingsstoornissen.pdf.
5. Harten PN, Hoek HW, Kahn RS. Acute dystonia induced by drug treatment. BMJ 1999; 319: 623-626.
6. www.psychiatrynet.eu.

Adriaan de Kinkelder

Martin van Leen / Correspondentie: m.van.leen@avoord.nl



Adriaan de Kinkelder is als specialist ouderengeneeskunde werkzaam bij de Stichting de Riethorst Stroomland te Geertruidenberg. Hij kreeg 11 december 2009 op het NHG-congres de H&W casuïstiekprijs uitgereikt voor de beste klinische les die in de periode oktober 2007 tot oktober 2009 in *Huisarts en Wetenschap* verschenen was. Van de klinische les met de titel 'Knelpunten bij de uitvoering van palliatieve sedatie' (H&W 2007; 50: 695-699) is Adriaan eerste auteur. De jury onder leiding van de hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*, Henk van Weert, roemde de heldere wijze waarop in de praktijk ervaren knelpunten bij de uitvoering van palliatieve sedatie waren omschreven aan de hand van twee casus. Tevens was zij vol lof over de door Adriaan en de medeauteurs ontwikkelde aandachtspuntenkaart Palliatieve sedatie voor de behandelend arts en andere zorgverleners. De klinische les is met toestemming van de redactie van *Huisarts en Wetenschap* in dit nummer van het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* opgenomen.

1 *Vanwaar jouw enorme passie voor palliatieve zorg?*

Kort na mijn afstuderen raakte ik al geïnteresseerd in de medische beslissingen rond het levenseinde. Zo vroeg ik mij als arts-assistent op de interne met enige regelmaat af: 'Waar ligt de grens van medisch zinvol en niet-zinvol handelen en gaan we niet te ver door?' Wanneer ik dit met mijn supervisors besprak, bleek soms dat de patiënt hierin verder was dan de dokter. Gedurende mijn opleiding tot specialist ouderengeneeskunde werd deze belangstelling steeds groter, met name het 'meelopen' met de patiënt en de familie in deze fase waarbij je echt iets kan bijdragen aan de kwaliteit van het leven en sterven stimuleerde mij hierin. Overigens heeft de werkwijze van de verpleeghuisgeneeskunde heel veel overlap met de werk- en denkwijze in de palliatieve zorg.

2 *Vind je dat artsen te snel afzien van euthanasieprocedure?*

Nee, dat idee heb ik niet. Maar ik kan me wel voorstellen dat dit beeld in de media soms gewekt wordt. Naar mijn idee heeft dit voor een deel te maken met het feit dat patiënten, maar ook de familie en andere 'omstanders', soms de impact van een euthanasievraag onderschatten. Pas gaandeweg het proces en soms pas na de uitvoering beseft de familie echt wat deze vraag behelst. Daarbij heeft dit ook te maken met het feit dat, 'alles' tegenwoordig kan en moet. Aan de ander kant komt het ook voor dat artsen de 'lat' hoger leggen dan de wetgever. Dit komt bijvoorbeeld voor bij de omgang met een eerder opgestelde euthanasieverklaring bij een wilsonbekwame patiënt.

Patiënten, maar ook de familie en andere 'omstanders', onderschatten soms de impact van een euthanasievraag

In het algemeen wordt deze niet gevolgd, terwijl de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding hier wel ruimte voor biedt. Ik vind dit overigens een heel begrijpelijke keuze, aangezien voor mij de wettelijke criteria een minimum vormen; mijn eigen norm en gevoel zijn dus medebepalend of ik aan een euthanasieverzoek kan voldoen. Als SCEN-

arts kijk ik overigens anders dan als behandelend arts; als SCEN-arts toets ik namelijk de wettelijke criteria. Daarnaast probeer ik de behandelend arts zo goed mogelijk te ondersteunen bij zijn beslissing en bij praktische zaken rondom de uitvoering.

3 *Hoe kijk jij naar hulp bij zelfdoding bij ouderen (met levensmoeheid)?*

Ik blijf dit een heel lastige materie vinden. Ik zie namelijk best dat ouderen soms aan het leven lijden; als hulpverlener wil je dus helpen. Wat hierbij de beste hulp is, is natuurlijk de vraag. Daarbij voelt euthanasie of hulp bij zelfdoding bij deze problematiek niet goed. Ik denk dat dit voor heel veel artsen geldt en dat een verruiming van de wet, waarbij een voltooid leven een reden voor euthanasie zou worden, dus weinig aan dit knelpunt verandert. Mogelijk kan dit door de steeds grotere druk die artsen dan opgelegd krijgen, zelfs averechts werken.

4 *Wat versta jij onder existentieel lijden en wat is jouw ervaring ermee in de palliatieve zorg?*

Dit speelt bij de vraag hierboven en eigenlijk bij veel (palliatieve) patiënten die in hun laatste levensfase komen. Door ervaring word je je hiervan pas echt bewust. Zo kan ik me een situatie herinneren waarin ik met de hulp van de herhaaldelijk geconsulteerde anesthesist de een na de andere pijnstiller probeerde, zonder een stap verder te komen. Pas na het behandelen van de angst verdween de pijn als 'sneeuw voor de zon'. Daarnaast herinner ik me een

SCEN-consult waarbij de patiënt binnen twee dagen na de diagnose Ziekte van Pick al bij huisarts en notaris geweest was, toen ik op consult kwam. Deze patiënt had in zijn existentiële crisis zijn vrouw en dochter overtuigd van zijn euthanasieverzoek. Na het consult leefde deze patiënt nog ruim een jaar en het ging hem in dat jaar ook heel redelijk.

5 *Hoeveel artsen gebruiken in jouw regio de aandachtskaart en leidt dit tot extra overleg? (of extra sedatie?)*

Dit is eigenlijk niet goed aan te geven; het kaartje is ruim verspreid. Ook heb ik het idee dat er de afgelopen jaren minder vragen over sedatie komen. Maar dit hangt natuurlijk ook samen met de vele scholingen en de onlangs herziene richtlijn.

Het beloop van gedragsproblemen bij oudere verpleeghuispatiënten met dementie die worden behandeld met antipsychotica*

Drs. Bart C. Kleijer, onderzoeker UMC Utrecht, afdeling Geriatrie en Stichting Aveant, Utrecht / **dr. Rob J. van Marum**, senior onderzoeker UMC Utrecht, afdeling Geriatrie / **dr. A.C.G. (Toine) Egberts**, UMC Utrecht, afdeling Klinische Farmacie / **dr. Paul A.F. Jansen**, senior onderzoeker UMC Utrecht, afdeling Geriatrie / **dr. Dinnus H.M. Frijters**, senior onderzoeker, VUmc, afdeling Verpleeghuisgeneeskunde en EMGO-Instituut, Amsterdam / **dr. E.R. (Rob) Heerdink**, senior onderzoeker Universiteit Utrecht, afdeling Farmaceutische Wetenschappen / **prof.dr. Miel W. Ribbe**, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, VUmc, afdeling Verpleeghuisgeneeskunde en EMGO-Instituut, Amsterdam / **Correspondentie: b.kleijer@umcutrecht.nl**

*Dit artikel verscheen eerder als 'The course of behavioral problems in elderly nursing home patients with dementia when treated with antipsychotics' in *International Psychogeriatrics* 2009; 21(5): 931-940.

Inleiding

Antipsychotica worden vaak gebruikt voor de behandeling van gedragsproblemen bij dementie. De prevalentie van het gebruik van antipsychotica in de Nederlandse verpleeghuizen is geraamd op ongeveer 35%.^{1,2} De hoge niveaus van het gebruik van antipsychotica zijn ook gemeld in andere landen, zoals Canada (24%),³ Zwitserland (36%)⁴ en Finland (39%).⁵ Ook in de VS blijft het antipsychoticagebruik hoog (27%),⁶ ondanks de ontwikkeling van speciale wetgeving (OBRA) in 1987, waarin specifieke aanwijzingen voor het gebruik van antipsychotica werden vastgesteld om oneigenlijk gebruik tegen te gaan.⁷ Deze hoge prevalentie heeft geleid tot bezorgdheid gezien het hoge risico op bijwerkingen en de gedocumenteerde beperkte werkzaamheid van deze geneesmiddelen bij de behandeling van gedragsproblemen bij dementie.^{8,9} Onlangs hebben nieuwe problemen de aandacht getrokken. In 2005 heeft de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) verklaard dat het gebruik van atypische antipsychotica bij oudere patiënten met dementie heeft geleid tot een ongeveer 1,6 maal hogere mortaliteit.¹⁰ In 2008 werd deze waarschuwing uitgebreid tot alle antipsychotica.¹¹ Ondanks deze zorgen is er geen bewijs van enige substantiële wijziging in voorschrijfgedrag.¹² Het ontbreken van alternatieve interventies, druk van familie en verplegend personeel 'om iets te doen', en de bezorgdheid dat het probleemgedrag terugkomt bij het staken, kan verklaren waarom specialisten ouderengeneeskunde antipsychotica blijven voorschrijven. Duidelijke

klinische verbeteringen in sommige patiënten kan de gepercipieerde succeskans verhogen. Studies die het beloop van gedragssymptomen in verpleeghuizen onderzoeken zijn schaars. Voor zover wij weten, zijn er niet eerder grote langdurige longitudinale studies gedaan naar het beloop van gedragssymptomen van verpleeghuispatiënten vóór, tijdens en na de behandeling met antipsychotica. Ons primaire doel was om het beloop van gedragsproblemen te beschrijven in een grote steekproef van verpleeghuispatiënten met dementie die werden behandeld met antipsychotica.

Methoden

In deze observationele studie is het effect van antipsychotica op gedragssymptomen bij verpleeghuispatiënten met dementie bestudeerd door het vergelijken van deze symptomen voor en na de eerste start van de behandeling van antipsychotica via de Vrije Universiteit Resident Assessment Instrument Database (VURAIIDB). De Resident Assessment Instrument (RAI) database bevat meer dan 400 minimale data set (MDS-)items met betrekking tot 13 domeinen, met inbegrip van functionele, cognitieve en gedragsmatige items. Het omvat een dichotome registratie van het gebruik van antipsychotica in de laatste week voor de beoordeling. De gegevens zijn verzameld met het RAI-versie 2.0.¹³ De VURAIIDB bevat meer dan 40.000 anonieme RAI-beoordelingen van meer dan 10.000 bewoners van tien verpleeghuizen in Nederland. Er werden gegevens verzameld van 2002 tot maart 2008. Bewoners werden door direct betrokken verzorgenden beoordeeld, eerst bij de opname en vervolgens drie-

maandelijks. Extra evaluaties werden uitgevoerd in het geval van een significante verandering in de toestand van een bewoner. Het personeel dat de MDS-evaluaties verricht, heeft een gestandaardiseerde opleiding gekregen.

Onderzoekspopulatie

De bronpopulatie bestond uit alle verpleeghuispatiënten van 55 jaar en ouder die waren toegelaten tot een PG-afdeling of bij wie de diagnose dementie was gesteld. Ten minste twee MDS-beoordelingen moeten beschikbaar zijn.

Antipsychoticum blootstelling

In de MDS is de frequentie van het gebruik van antipsychotica in de zeven dagen vóór de beoordeling genoteerd. Wanneer een MDS zonder antipsychoticagebruik wordt gevolgd door een of meerdere MDS met dagelijks antipsychoticagebruik, is de patiënt een starter. Als er zich meerdere starts voordoen, is alleen de eerste episode gebruikt voor de analyse.

Uitkomstmaten

Om het gedrag te beoordelen gebruiken we de challenging behavior profile (CBP).¹⁴ Het CBP bevat negen items uit de RAI 2.0 angst/stemmingsectie. Een score van 0 op deze punten geeft aan dat het gedrag zich niet voordeed, een score van 1 betekent dat de betreffende gedrag zich voordeed tot vijf dagen per week in de afgelopen 30 dagen, en een score van 2 geeft aan dat het probleem aanwezig was op ten minste zes dagen per week of dagelijks in de afgelopen 30 dagen. Daarnaast werden vijf items opgenomen van de RAI 2.0 gedragsectie. Voor deze items geldt een andere score: een score van 1 geeft aan dat het probleem aanwezig was op 1 tot 3 dagen in de afgelopen week, een score van 2 geeft aan dat het probleem zich bijna dagelijks (4-6 dagen) voordeed in de afgelopen week, en een score van 3 geeft aan dat het probleem zich dagelijks heeft voorgedaan. Voor een optimaal evenwichtige bijdrage van elk item op deze schaal worden de categorieën 1 en 2 van de items met vier antwoordcategorieën samengenomen. De items zijn gegroepeerd in vier subschalen: conflict, agitatie, zich terugtrekken en aandacht vragen. De CBP-score is de som van de vier subschalen en varieert van 0 tot 30. De CBP-score is gedefinieerd als 'extreem' bij een totale score ≥ 15 . Een score van 10-15 wordt omschreven als 'ernstig', 5-10 als 'matig' en 1-5 als 'mild'. Een gedetailleerde beschrijving van de CBP-items wordt gegeven in tabel 1.

De gebruikte MDS-items zijn gevalideerd in drie studies waarin deze items met (onder andere) de psychogeriatrische Dependency Rating Scale, de Brief Psychiatric Rating Scale en de Physician Behavior

Tabel 1
Constructie van de CBP-score

| | |
|--|-----------|
| Challenging behaviour profile score: | |
| theoretische maximum score | 30 |
| • Subschaal conflict | 9 |
| E1d Voortdurend boos zijn | 2 |
| E4ba Verbaal agressief gedrag | 2 |
| E4ca Fysiek agressief gedrag | 2 |
| E4ea Verzet tegen zorg | 2 |
| F2a Conflict met personeel | 1 |
| • Subschaal zich terugtrekken | 4 |
| E1o Zich terugtrekken uit activiteiten | 2 |
| E1p Verminderde sociale interactie | 2 |
| • Subschaal agitatie | 7 |
| B5d Rusteloosheid | 1 |
| E1n Repetatieve bewegingen | 2 |
| E4aa Dwalen | 2 |
| E4da Sociaal onacceptabel gedrag | 2 |
| • Subschaal aandacht vragen | 10 |
| E1a Negatieve opmerkingen | 2 |
| E1b Voortdurend vragen | 2 |
| E1c Voortdurend uitroepen | 2 |
| E1h Aldoor klagen over gezondheid | 2 |
| E1i Aldoor zorgelijk klagen, geruststelling zoeken | 2 |
| <i>Afkortingen: CBP = challenging behaviour profile; RAI = Resident Assessment Instrument.</i> | |

Checklist Score zijn vergeleken. Er werden goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheidscoëfficiënten (0,63) en validiteit correlaties van 0,51 tot 0,58 gevonden.¹⁵⁻¹⁸ Voor de interne consistentie van het CBP zijn de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de validiteit tegenover de GIP (Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric) vastgesteld.¹⁴ Aangezien in het CBP niet alle MDS-items rond gedrag zijn opgenomen, hebben we ook de volgende individuele MDS-items onderzocht: onrealistische angst, ochtendhumeur, gemakkelijk afgeleid zijn, onsamenhangende spraak, wanen en hallucinaties.

Data-analyse

We berekenden de CBP-scores voor alle evaluaties gedurende de gehele follow-up. Voor elke patiënt werd de beoordeling voorafgaande aan de eerste beoordeling waarin het gebruik van antipsychotica werd gemeld, gebruikt voor de berekening van het CBP voor aanvang. De eerste evaluatie waarin het gebruik van antipsychotica werd gemeld, werd gebruikt om de scores te berekenen tijdens de behandeling. De eerste beoordeling zonder het

gebruik van antipsychotica werd gebruikt om de scores te berekenen na het staken van de therapie. Elke verhoging van de CBP-score wordt beschouwd als een achteruitgang, en een eventuele daling van de score betekent een verbetering van de symptomen. Het staken van antipsychotica werd als succesvol beschouwd als de patiënt stabiel is gebleven of verbeterd in de eerste en de volgende beoordeling na staken.

Statistische analyse werd uitgevoerd met SPSS, versie 15.0. Wilcoxon's test werd gebruikt om het verschil in symptoomscore en de algemene scores voor, tijdens en na de behandeling te evalueren voor elk individu. Omdat we verwachten dat het aantal ontbrekende MDS-items gering en willekeurig is, is gebruikgemaakt van 'pairwise deletion' van ontbrekende gegevens in de Wilcoxon-analyse, resulterend in wisselende aantallen patiënten voor de beoordeelde items.

Resultaten

10318 verpleeghuisbewoners zijn opgenomen in de VURAI-database, hiervan waren 9852 patiënten 55 jaar of ouder. Na uitsluiting van 5831 patiënten zonder diagnose van dementie, bestond de onderzoekspopulatie uit 4.021 patiënten. Bij 1904 patiënten was er ten minste eenmaal antipsychoticagebruik (47%). Na uitsluiting van 243 patiënten wegens het ontbreken van voldoende

follow-up, bleven 1661 patiënten over voor analyse. De gemiddelde leeftijd was 83 jaar, 68% was vrouw en 82% had matige tot ernstige cognitieve problemen, gedefinieerd als een score > 2 op de Cognitive Performance Scale (CPS) die varieert van 0-6.¹⁹ Enige kenmerken van de patiënten zijn weergegeven in tabel 2. Bijna de helft van deze patiënten gebruikte een antipsychoticum gedurende de gehele follow-up (820 patiënten), zodat de gevolgen van het starten of stoppen van een antipsychoticum bij deze patiënten niet kon worden gemeten. We identificeerden 319 patiënten met een eerste start van antipsychotica behandeling tijdens de follow-up, 285 patiënten die stopten met het gebruik van antipsychotica tijdens de follow-up en 237 patiënten met zowel een start en stop van een antipsychoticum. Bij de meeste patiënten was de MDS compleet ingevuld; ontbrekende informatie bij 3% van de patiënten resulteerde in variabele aantallen patiënten die in aanmerking kwamen voor analyse. Patiënten werden gevolgd tot aan de dood (44%), ontslag (7%) of het einde van de onderzoeksperiode (49%). Het gemiddelde tijdsinterval tussen de evaluaties van 105 dagen (mediaan 91 dagen). Tijdens behandeling met antipsychotica was de gemiddelde score van het CBP en de afzonderlijke subschalen slechter dan het laatste score vóór aanvang (figuur 1). Van de 556 patiënten die beginnen met an-

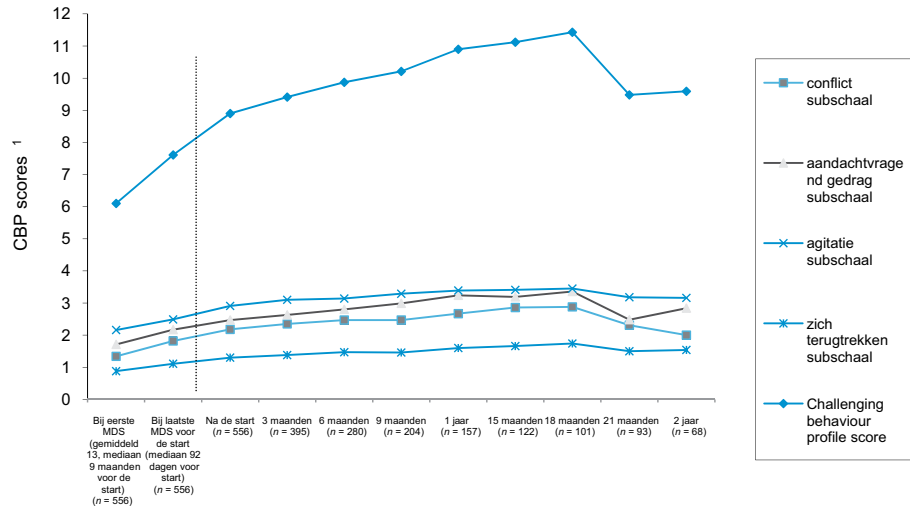
Tabel 2
Karakteristieken van de studiepopulatie

| | |
|--|-----------------|
| Totaal aantal antipsychoticagebruikers | 1661 |
| Gemiddelde leeftijd bij opname | 83 ± 8 (55-103) |
| Gemiddelde duur van de follow-up | 1,5 ± 1,4 |
| Mannelijk geslacht | 32% |
| Gemiddelde score op de cognitive performance scale (0-6) bij opname | 3,7 |
| Percentage van patiënten met matige tot ernstige cognitieve problemen | 82% |
| Challenging behaviour profile score (categorieën) bij opname | |
| – geen | 7% |
| – mild | 33% |
| – matig ernstig | 31% |
| – ernstig | 19% |
| – extreem | 10% |
| Functionele beperkingen (ADL hierarchy scale)* | |
| – onafhankelijk | 4% |
| – supervisie nodig | 7% |
| – veel hulp nodig 1 (geen hulp nodig bij zich verplaatsen) | 15% |
| – veel hulp nodig 2 (geen volledige hulp nodig bij eten of het zich verplaatsen) | 32% |
| – afhankelijk | 25% |
| – volledig afhankelijk | 8% |
| CVA in voorgeschiedenis | 18% |
| Gebruik van slaapmiddelen | 19% |
| Gebruik van anxiolytica | 16% |
| Gebruik van antidepressiva | 20% |

Afkorting: ADL = activities of daily living.

*De hiërarchische ADL-schaal gaat van lichte hulp tot volledige afhankelijkheid.²⁰

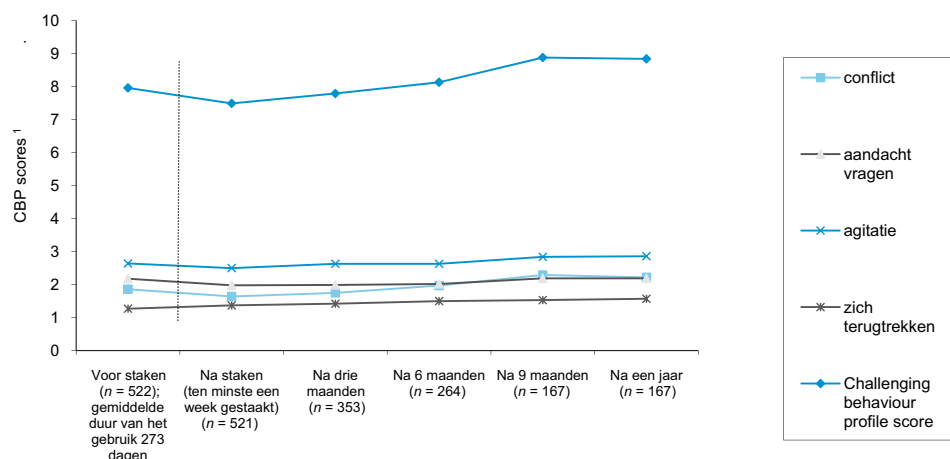
Figuur 1: Beloop van de CBP voor en na start van antipsychotica
 1 Een hogere score betekent een verslechtering van het probleemgedrag.
 Afkortingen: CBP = challenging behaviour profile; MDS = minimum data set.



tipsychotica, verbeteren er 101 (18%) en gaan er 260 (47%) achteruit op de CBP-score in vergelijking met hun scores voor aanvang (Wilcoxon-test, $z = -7,955$, $p < 0,001$) (tabel 3). Na ten minste 3 maanden tonen 134 patiënten (24%) verbetering en zijn 296 patiënten (53%) verslechterd ten opzichte van de uitgangswaarde (Wilcoxon-test, $z = -7,531$, $p < 0,001$). De gemiddelde CBP steeg van 6,1 bij opname in het verpleeghuis tot 7,6 voor de aanvang van therapie. Zij steeg tot 8,9 direct na de start en was 9,4 na ten minste 3 maanden behandeling. Patiënten met ernstige gedragsproblemen voorafgaand aan het gebruik van antipsychotica bleken vaker te verbeteren dan patiënten met milde problemen (tabel 4). Het beloop van het gedrag na het staken van de behandeling met antipsychotica werd geëvalueerd bij 520 patiënten (ontbrekende gegevens bij 3 patiënten, 0,6%) (tabel 5, figuur 2). Het gedrag, gemeten met het CBP, ver-

beterde bij 155 patiënten (30%), verslechterde bij 168 patiënten (32%) en bleef stabiel bij 197 patiënten (38%) (Wilcoxon-test, $z = -0,697$, $p = 0,486$). Bij de daarop volgende evaluatie (3 maanden later) zijn deze cijfers: 27% verbetering, 42% verslechtering en 31% onveranderd ($z = -2,77$, $p = 0,006$).

Figuur 2: Beloop van de CBP na het staken van antipsychotica
 1 Een hogere score betekent een verslechtering van het probleemgedrag.
 Afkortingen: CBP = challenging behaviour profile; MDS = minimum data set.



Tabel 3

Wilcoxon's test voor verandering in probleemgedrag gemeten met het CBP voor en na het starten van antipsychotica (n = 556)

| | Aantal dat verslechtert ^a | Aantal dat verslechtert ^b | Aantal gelijk gebleven | p | z |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|--------|-------|
| Challenging behaviour profile overall score | 101 (18%) | 260 (47%) | 195 (35%) | <0,001 | -7,96 |
| Score subschaal conflict | 68 (12%) | 159 (28%) | 333 (59%) | <0,001 | -5,9 |
| voortdurend boos zijn | 31 (6%) | 72 (15%) | 381 (79%) | <0,001 | -3,8 |
| verbaal agressief gedrag | 22 (5%) | 66 (14%) | 396 (82%) | <0,001 | -4,5 |
| fysiek agressief gedrag | 17 (4%) | 35 (7%) | 432 (89%) | <0,008 | -2,6 |
| verzet tegen zorg | 26 (5%) | 59 (12%) | 399 (82%) | <0,001 | -3,4 |
| conflict met personeel | 14 (3%) | 27 (6%) | 442 (92%) | 0,042 | -2,0 |
| Score subschaal zich terugtrekken | 34 (6%) | 87 (15%) | 443 (79%) | <0,001 | -4,7 |
| zich terugtrekken uit activiteiten | 22 (5%) | 58 (12%) | 403 (83%) | 0,001 | -3,3 |
| verminderde sociale interactie | 18 (4%) | 57 (12%) | 408 (84%) | <0,001 | -4,1 |
| Score subschaal agitatie | 58 (10%) | 160 (28%) | 344 (61%) | <0,001 | -6,9 |
| rusteloosheid | 10 (2%) | 50 (10%) | 427 (88%) | <0,001 | -5,1 |
| repetitieve bewegingen | 14 (3%) | 51 (11%) | 418 (87%) | <0,001 | -4,6 |
| dwalen | 22 (5%) | 41 (8%) | 421 (87%) | <0,02 | -2,4 |
| sociaal onacceptabel gedrag | 21 (4%) | 89 (18%) | 374 (77%) | <0,001 | -6,6 |
| Score subschaal aandacht vragen | 64 (11%) | 146 (26%) | 357 (63%) | <0,001 | -4,8 |
| negatieve opmerkingen | 33 (7%) | 61 (13%) | 391 (81%) | 0,005 | -2,8 |
| voortdurend vragen | 29 (6%) | 51 (11%) | 405 (84%) | 0,145 | -1,45 |
| voortdurend uitroepen | 23 (5%) | 52 (11%) | 410 (85%) | 0,03 | -3,0 |
| aldoor klagen over gezondheid | 18 (4%) | 38 (8%) | 429 (88%) | 0,002 | -3,1 |
| aldoor zorgelijk klagen, geruststelling zoeken | 15 (3%) | 37 (8%) | 433 (89%) | 0,021 | -2,3 |
| Overige items (niet in CBP) | | | | | |
| uitingen van onrealistische angst | 20 (4%) | 57 (12%) | 408 (84%) | <0,001 | -3,7 |
| aldoor zeggen dat iets vreselijks gaat gebeuren | 8 (2%) | 22 (5%) | 455 (94%) | 0,03 | -2,1 |
| ochtendhumeur | 14 (3%) | 50 (10%) | 420 (87%) | <0,001 | -4,2 |
| gemakkelijk afgeleid zijn, moeite met aandacht | 26 (5%) | 77 (16%) | 383 (79%) | <0,001 | -5,2 |
| verward praten | 11 (2%) | 62 (13%) | 413 (85%) | <0,001 | -5,2 |
| wanen | 10 (2%) | 11 (2%) | 448 (96%) | 0,827 | -0,2 |
| hallucinaties | 9 (2%) | 15 (3%) | 445 (95%) | 0,221 | -1,2 |

Afkorting: CBP = challenging behaviour profile.

^a Het aantal patiënten dat verbetering toont in de score op dit symptoom na de start van antipsychotica.

^b Het aantal patiënten dat verslechtering toont in de score op dit symptoom na de start van antipsychotica.

Discussie

We onderzochten het beloop van gedragssymptomen bij verpleeghuispatiënten met dementie die gestart zijn met antipsychotica tijdens hun verblijf. We vonden een prevalentie van het gebruik van antipsychotica van 47% tijdens de onderzoeksperiode van 2002 tot 2008. Deze prevalentie is vergelijkbaar met de prevalentie die is gevonden door Van Dijk (twee jaar prevalentie 56%) in 1995 en Zuidema (punt prevalentie 37%) in 2003.^{1,2} Kortdurend antipsychoticagebruik kan zijn gemist in onze studie, wat resulteert in een onderschatting van de prevalentie. Op groepsniveau zagen we een

verbetering van gedragssymptomen bij een vijfde tot een kwart van de patiënten, terwijl de helft van de patiënten een verslechtering laat zien van de gedragssymptomen. Deze resultaten zijn in lijn met resultaten uit andere studies: Schneiders meta-analyse over de effecten van de behandeling met conventionele antipsychotica bij agitatie vindt verbetering in 18% van de behandelde patiënten vergeleken met controles.²¹ Voor de atypische antipsychotica meldde Schneider verbetering in 26-32% van de patiënten willekeurig toegewezen voor olanzapine, risperidon en quetiapine, in vergelijking met 21% verbetering bij placebo.²² Na 3 maanden

werd er geen verschil in functioneren, benodigde zorg, of kwaliteit van leven gevonden.²³ In een 12 weken durende, gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) onder 345 patiënten met de ziekte van Alzheimer, vond De Deyn geen significant verschil tussen het percentage responders op risperidon, haloperidol en placebo op de gedragsproblemen. In deze studie werden responders gedefinieerd als patiënten die meer dan 30% verbeterden op de BEHAVE-AD-score. Bij analyse van de subschalen bleek er echter significant effect op de agressiesubscala, een uitkomst die de conclusie domineerde.²⁴ In een andere grote RCT door Katz et al. werden responders gedefinieerd als patiënten met ten minste een 50% reductie in de BEHAVE-AD score. Er waren slechts 12% meer responders in de behandelde groep in vergelijking met placebo. Hij merkte op dat alleen de scores op de agressiviteit en paranoïde waan subschalen aanzienlijk verbeterden met het gebruik van antipsychotica.²⁵ Een meta-analyse van alle RCT's voor atypische antipsychotica liet in het algemeen slechts beperkte verbetering van gedragsproblemen zien.²¹ De resultaten van drie longitudinale observationele studies over de prevalentie van gedragsproblemen zijn eveneens vergelijkbaar met onze studie. Patiënten die antipsychotica gebruiken, tonen in het algemeen niet meer verbetering dan antipsychoticavrije patiënten.²⁶⁻²⁸ Onze bevindingen suggereren dat patiënten met ernstige gedragsproblemen meer profiteren van behandeling met antipsychotica, een bevinding die in overeenstemming is met Ballard.²⁹ Deze verbetering kan echter het gevolg zijn van het natuurlijke beloop van gedragsproblemen bij dementie.

Verschillen in bij de beoordeling gebruikte meetschalen beperken de mogelijkheid om studies te vergelijken. Aangezien de meeste RCT's een gemiddelde verandering van de score meten, in plaats van een gepaarde *t*-test voor elk individu, wordt het aantal patiënten dat baat heeft bij behandeling niet gerapporteerd in de meeste studies.

Het staken van antipsychotica voor gedragsproblemen bleek succesvol in de meerderheid van de patiënten in alle gepubliceerde studies.²⁹⁻³⁶ Onze bevindingen suggereren dat gedragsproblemen verergeren na het stoppen van het antipsychoticum in ongeveer een derde van de patiënten. Dit cijfer is vergelijkbaar met de resultaten van twee studies van Ballard en een van Ruths, die beiden geen verslechtering vonden na het staken in ten minste 67% van de patiënten.^{29,30,34} Onze studie draagt bij aan de toenemende bewijslast dat antipsychotische behandeling van gedragsproblemen bij dementie vaak inefficiënt is. Gezien de kans op bijwerkingen zoals extrapiramidale symptomen (EPS),³⁷ toegenomen valrisico,³⁸ heupfracturen,³⁹ veneuze trombose,⁴⁰ CVA,^{41,42} pneumonie,⁴³ of overlijden,⁴⁴⁻⁴⁷

en de hoge prevalentie van gedragsproblemen zoals gevonden in deze studie, onderstreept dit onderzoek de noodzaak van het vinden van nieuwe effectieve en veilige therapieën.

De resultaten van ons onderzoek moeten worden geïnterpreteerd in de context van een aantal beperkingen. Omdat dit een beschrijvende studie is, kan niet worden aangetoond dat individuele patiënten het slechter of beter zouden hebben gedaan zonder behandeling. De associatie van de behandeling met antipsychotica met een toename van gedragsproblemen doet vermoeden dat de invloed van deze therapie beperkt is, maar we weten niet hoe deze stijging zou zijn geweest zonder behandeling. Misschien zouden zonder de inzet van antipsychotica de gedragsproblemen nog meer zijn toegenomen. Aangezien het gebruikelijk is om antipsychotica voor te schrijven in geval van gedragsproblemen, is het niet mogelijk om het niveau van de problemen te voorspellen in een antipsychoticumvrije situatie. Het hoge aantal patiënten dat niet in aanmerking komt voor evaluatie, beïnvloedt de interpretatie van de resultaten. Het hoge percentage overledenen weerspiegelt de kwetsbaarheid van deze verpleeghuispopulatie. Antipsychotica zijn aangetoond effectiever voor echte psychotische symptomen (hallucinaties en wanen) en agressie. Het gebruik van alleen het CBP zou een positief effect op deze specifieke symptomen kunnen verhullen. Wij hebben daarom alle resultaten op symptoomniveau opgenomen in de tabellen 3 en 5. We vonden geen concrete verbetering van fysieke agressie, en een lage prevalentie van gerapporteerde wanen en hallucinaties. Sommige beperkingen van deze studie hebben betrekking op de inherente beperkingen van de RAI-database. Ten eerste is het betrouwbaar invullen afhankelijk van het verplegend personeel. Om ervoor te zorgen dat het gedrag van de patiënt adequaat wordt geregistreerd, worden de gedragsitems van de MDS altijd ingevuld door verzorgenden die direct betrokken zijn bij de dagelijkse verzorging van de patiënten. Omdat in de MDS geen bijzondere nadruk wordt gelegd op het rapporteren van gedragsproblemen, kunnen deze symptomen ondergerapporteerd zijn in vergelijking met het gebruik van specifieke onderzoeksinstrumenten, zoals de Cohen Mansfield Agitatie Inventory.⁴⁸ Ten tweede wordt gebruikgemaakt van de RAI-rapportage van antipsychoticagebruik in plaats van onafhankelijke apotheekgegevens. Onderrapportage van het gebruik van antipsychotica is hierdoor mogelijk. We verwachten dat daaruit voortvloeiende bias niet-differentieel zal zijn. Ten slotte worden antipsychotica vaak gestart wanneer uitersten van gedrag voorkomen, maar deze piek in gedragsproblemen zal niet altijd worden vastgelegd in een driemaandelijke evaluatie. Dit kan leiden tot een onderschatting van het initiële effect van

Tabel 4

Associatie van de ernst van het probleemgedrag met de reactie op behandeling
 (linear-by-linear association: $p < 0,001$)

| CBP-score voor de start met antipsychotica | Geen probleemgedrag | Mild probleemgedrag | Matig ernstig probleemgedrag | Ernstig probleemgedrag | Extreem probleemgedrag | Totaal |
|--|---------------------|---------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|-----------|
| Patiënten zonder verbetering (gemeten met de CBP) na de start met antipsychotica | 51 (100%) | 156 (88%) | 144 (81%) | 71 (75%) | 33 (61%) | 455 (82%) |
| Patiënten met verbetering (gemeten met de CBP) na de start met antipsychotica | 0 (0%) | 22 (12%) | 34 (19%) | 24 (25%) | 21 (39%) | 101 (18%) |

Afkorting: CBP = challenging behaviour profile

antipsychotica. Verpleegkundigen en personeel worden daarom aangemoedigd om een extra beoordeling te doen indien er een significante verandering in de toestand van de patiënt optreedt. Dit gebeurde in 11% van de gevallen. Indien echter een beoordeling wordt gedaan in een periode van extreme gedragsproblemen, kan een 'regression to the mean' fenomeen optreden. In een dergelijk geval kan er spontaan verbetering optreden die niet zonder meer mag worden toegeschreven aan het effect van de gestarte antipsychotica. Dit fenomeen kan de betere resultaten van behandeling met antipsychotica verklaren bij ernstige gedragsproblemen (tabel 4).

Het beloop van de symptomen na het staken van de behandeling moet ook met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, want naast het optreden van bijwerkingen kan ook juist verbetering van het gedrag een reden zijn om de behandeling te staken. Hierdoor tredt selectie bias op. Dit is echter een weergave van de situatie in de normale klinische praktijk. De kracht van deze studie is dat we in staat zijn geweest om een grote steekproef van verpleeghuispatiënten te volgen, gebruikmakend van de RAI als gedetailleerd beoordelingsinstrument om de gedragsproblemen bij dementie te volgen in de tijd in een naturalistische setting.

Samenvattend geven deze resultaten aan dat de invloed van antipsychotica op het beloop van gedragsproblemen bij verpleeghuisbewoners met dementie beperkt is. Gezien deze resultaten en de huidige kennis over belangrijke korte- en langetermijnrisico's, zouden specialisten ouderengeneeskunde zeer terughoudend moeten zijn in het voorschrijven van antipsychotica voor probleemgedrag. Omdat antipsychotica effectief kunnen zijn in een klein deel van de patiënten en in bepaalde vormen van problematisch gedrag (bijv. agressie, agitatie), moet het gebruik ervan niet worden verboden. Voor aanvang van de behandeling moet het cardiovasculaire risico zijn geïnventariseerd en moeten de doelsymptomen van de therapie zijn vastgelegd. Het effect op de doelsymptomen moet nauwlettend worden gevolgd. De ook in deze studie gevonden hoge prevalentie van antipsychoticagebruik bij verpleeghuisbewoners met dementie, en het chronisch gebruik bij een meerderheid van deze patiënten kan nooit worden uitgelegd en verdedigd op basis van het huidige bewijsmateriaal.

Tabel 5

Wilcoxon's test voor verandering in probleemgedrag gemeten met het CBP voor en na het staken van antipsychotica (n = 520)

| | Aantal dat verbeterd ^a | Aantal dat verslechtert ^b | Aantal gelijk gebleven | p | z |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|--------|------|
| Challenging behaviour profile overall score | 155 (30%) | 168(32%) | 197 (38%) | 0,5 | -0,7 |
| Score subschaal conflict | | | | | |
| voortdurend boos zijn | 61 (12%) | 47 (9%) | 412 (79%) | <0,1 | -1,6 |
| verbaal agressief gedrag | 66 (13%) | 41 (8%) | 413 (79%) | <0,005 | -3,1 |
| fysiek agressief gedrag | 36 (7%) | 29 (6%) | 455 (88%) | 0,2 | -1,3 |
| verzet tegen zorg | 58 (11%) | 40 (8%) | 422 (81%) | <0,05 | -2,0 |
| conflict met personeel | 28 (5%) | 14 (3%) | 480 (92%) | <0,05 | -2,1 |
| Score subschaal zich terugtrekken | | | | | |
| zich terugtrekken uit activiteiten | 38 (7%) | 65 (13%) | 417 (80%) | <0,05 | -2,0 |
| verminderde sociale interactie | 42 (8%) | 62 (12%) | 416 (80%) | 0,45 | -0,7 |
| Score subschaal agitatie | | | | | |
| rusteloosheid | 55(11%) | 30 (6%) | 435 (84%) | <0,01 | -2,7 |
| repetitieve bewegingen | 40 (8%) | 47 (9%) | 433 (83%) | 0,45 | -0,8 |
| dwalen | 45 (9%) | 23 (4%) | 452 (87%) | <0,01 | -2,6 |
| sociaal onacceptabel gedrag | 68 (13%) | 46 (9%) | 406 (78%) | <0,05 | -2,1 |
| Score subschaal aandacht vragen | | | | | |
| negatieve opmerkingen | 57 (11%) | 50 (10%) | 413 (79%) | 0,08 | -1,8 |
| voortdurend vragen | 58 (11%) | 49 (9%) | 413 (79%) | 0,27 | -1,1 |
| voortdurend uitroepen | 49 (9%) | 32 (6%) | 439 (84%) | 0,03 | -2,1 |
| voortdurend uitroepen | 40 (8%) | 25 (5%) | 455 (88%) | 0,05 | -2,0 |
| aldoor klagen over gezondheid | 45 (9%) | 34 (7%) | 441 (85%) | 0,1 | -1,6 |
| aldoor zorgelijk klagen, geruststelling zoeken | | | | | |
| Overige items (niet in CBP) | | | | | |
| uitingen van onrealistische angst | 35 (7%) | 42 (8%) | 443 (85%) | 0,85 | -0,2 |
| aldoor zeggen dat iets vreselijks gaat gebeuren | 25 (5%) | 14 (3%) | 481 (93%) | <0,05 | -2,0 |
| ochtendhumeur | 39 (8%) | 44 (8%) | 437 (84%) | 0,2 | -1,2 |
| gemakkelijk afgeleid zijn, moeite met aandacht | 49 (9%) | 50 (10%) | 420 (81%) | 0,77 | -0,3 |
| verward praten | 51 (10%) | 52 (10%) | 416 (80%) | 0,99 | -0,0 |
| wanen | 11 (2%) | 4 (1%) | 498 (96%) | 0,1 | -1,8 |
| hallucinaties | 12 (2%) | 9 (2%) | 492 (95%) | 0,5 | -0,7 |

Afkorting: CBP = challenging behaviour profile.

^a Het aantal patiënten dat verbetering toont in de score op dit symptoom na de start van antipsychotica.

^b Het aantal patiënten dat verslechtering toont in de score op dit symptoom na de start van antipsychotica.

Samenvatting

Doelstelling: Hoewel antipsychotica veel worden voorgeschreven bij behandeling van gedragsproblemen bij dementie, zijn onderzoeken naar het beloop van deze symptomen in verpleeghuizen schaars. Onze primaire doelstelling is het beloop van gedragsproblemen te beschrijven tijdens de behandeling met antipsychotica in een grote steekproef van oudere verpleeghuispatiënten met dementie.

Methoden: Het beloop van gedragsproblemen tijdens de behandeling met antipsychotica werd bestudeerd door het vergelijken van de kenmerken van de patiënten voor, tijdens en na de behandeling met antipsychotica. De studie werd uitgevoerd met behulp van de VURAIDB, een database met meer dan 40.000 beoordelingen van meer dan 10.000 verpleeghuisbewoners in Nederland. We gebruikten de challenging behaviour profile (CBP) als maat voor het probleemgedrag.

Resultaten: In totaal werden 556 patiënten die met antipsychotica begonnen, onderzocht. Van deze verbeterden 101 (18,2%) en verslechterden 260 patiënten (46,8%) na 3 maanden op de gedragscore, vergeleken met hun scores voor de therapie ($z = -7,96$, $p < 0,0001$). Patiënten met ernstig uitdagend gedrag lieten vaker verbetering zien dan patiënten met milde stoornissen. Het beloop van gedragsproblemen na het staken van het antipsychoticagebruik werd geëvalueerd bij 520 patiënten. Van deze patiënten bleven 352 (68%) stabiel of verbeterden na 3 maanden in vergelijking met hun scores vóór het staken ($z = -0,70$, $p = 0,486$), dit cijfer was 6 maanden na staken 58% ($z = -2,77$, $p = 0,006$).

Conclusie: Tijdens de behandeling van verpleeghuisbewoners met dementie met antipsychotica neemt de ernst van de meeste gedragsproblemen toe bij de meeste patiënten. Bij slechts een op de zes patiënten is er een verbetering. Na het staken van antipsychotica bleven de gedragsproblemen stabiel of verbeterden in 58% van de patiënten.

Summary

Background: Although antipsychotic treatment of behavioral problems in dementia is common, studies investigating the course of these symptoms in nursing homes are scarce. Our primary objective is therefore to describe the course of behavioral problems during antipsychotic treatment in a large sample of elderly nursing home patients with dementia.

Methods: The course of behavioral problems during antipsychotic treatment was studied by comparing the characteristics of patients before, during and after antipsychotic treatment. The study was conducted using the VURAIDB, a database with over 40,000 assessments of over 10,000 nursing home residents in the Netherlands. We used the Challenging Behavior Profile (CBP) to measure an overall behavior score.

Results: In total, 556 patients starting with antipsychotics were studied. Of these, 101 (18.2%) improved and 260 (46.8%) deteriorated at three months on the behavior score, compared with their scores before therapy ($z = -7.955$; $p < 0.0001$). Patients with severe challenging behavior showed improvement more often than patients with mild disturbances. The course of behavioral symptoms after withdrawal was evaluated in 520 patients. Of these patients, 352 (68%) remained stable or improved at 3 months compared with their scores before withdrawal ($z = -0.697$; $p = 0.486$), this figure was 58% at 6 months after withdrawal ($z = -2.77$; $p = 0.006$).

Conclusions: During treatment of nursing home residents with dementia with antipsychotics the severity of most behavioral problems continues to increase in most patients, with only one out of six patients showing improvement. After withdrawal of antipsychotics, behavioral problems remained stable or improved in 58% of patients.

Belangenconflict

Geen. De studie werd mede mogelijk gemaakt door een subsidieverstrekking van de SWBV en door de stichting Aveant Utrecht.

Beschrijving van de rollen van de auteurs

D. Frijters en M. Ribbe verzamelden en verstrekten de gegevens; BC Kleijer, RJ van Marum en A.C. Egberts ontwierpen de studie, analyseerden de gegevens en schreven het artikel, P.A. Jansen en E.R. Heerdink hebben geholpen bij de interpretatie van de gegevens. Alle auteurs waren betrokken bij het herzien van het manuscript en hebben de definitieve versie goedgekeurd.

Literatuur

1. Dijk KN van, Vries CS de, Berg PB van den. Drug utilisation in Dutch nursing homes. *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 55: 765-771.
2. Zuidema SU, Derksen E, Verhey FR, Koopmans RT. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 632-638.
3. Bronskill SE, Anderson GM, Sykora K, et al. Neuroleptic drug therapy in older adults newly admitted to nursing homes: incidence, dose, and specialist contact. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 749-755.
4. Gobert M, D'hoore W. Prevalence of psychotropic drug use in nursing homes for the aged in Quebec and in the French-speaking area of Switzerland. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 712-721.
5. Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A, Leinonen E. Use of antipsychotic medications among elderly residents in long-term institutional care: a three-year follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(3): 288-295.
6. Briesacher BA, Limcangco MR, Simoni-Wastila L, et al. The quality of antipsychotic drug prescribing in nursing homes. *Archiv Intern Med* 2005; 165: 1280-1285.
7. Shorr RI, Fought RL, Ray WA. Changes in antipsychotic drug use in nursing homes during implementation of the OBRA-87 regulations. *J Am Med Assoc* 1994; 271: 358-362.
8. Carson S, McDonagh MS, Peterson K. A systematic review of the efficacy and safety of atypical antipsychotics in patients with psychological and behavioral symptoms of dementia. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 354-361.
9. Schneider LS, Pollock VE, Lyness SA. A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 553-563.
10. Kuehn BM. FDA warns antipsychotic drugs may be risky for elderly. *J Am Med Assoc* 2005; 293: 2462.
11. Kuehn BM. FDA: Antipsychotics risky for elderly. *J Am Med Assoc* 2008; 300: 379-380.
12. Valiyeva E, Herrmann N, Rochon PA, et al. Effect of regulatory warnings on antipsychotic prescription rates among elderly patients with dementia: a population-based time-series analysis. *Can Med Assoc J* 2008; 179: 438-446.
13. Hawes C, Morris JN, Phillips CD, et al. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age Ageing* 1997; 26(Suppl 2): 19-25.
14. Gerritsen DL, Achterberg WP, Steverink N, et al. The MDS Challenging Behavior Profile for long-term care. *Aging Mental Health* 2008; 12: 116-123.
15. Frederiksen K, Tariot P, De JE. Minimum Data Set Plus (MDS+) scores compared with scores from five rating scales. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 305-309.
16. Hawes C, Morris JN, Phillips CD, et al. Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). *Gerontologist* 1995; 35: 172-178.
17. Snowden M, McCormick W, Russo J, et al. Validity and responsiveness of the Minimum Data Set. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1000-1004.
18. Snowden M, Sato K, Roy-Byrne P. Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1305-1317.
19. Hartmaier SL, Sloane PD, Guess HA, Koch, GG. The MDS Cognition Scale: a valid instrument for identifying and staging nursing home residents with dementia using the minimum data set. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 1173-1179.
20. Morris J, Fries BE, Morris SA. Scaling ADLs within the MDS. *J Gerontol Med Sci* 1999; 54A, 11: M546-M553.
21. Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 191-210.
22. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2006; 355: 1525-1538.
23. Sultzer DL, Davis SM, Tariot PN, et al. Clinical symptom responses to atypical antipsychotic medications in Alzheimer's disease: phase 1 outcomes from the CATIE-AD effectiveness trial. *American J Psychiatry* 2008; 165: 844-854.
24. Deyn PP de, Rabheru K, Rasmussen A, et al. A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology* 1999; 53: 946-955.
25. Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, et al. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 107-115.
26. Aalten P, Vugt ME de, Jaspers N, et al. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part II: relationships among behavioural sub-syndromes and the influence of clinical variables. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 531-536.
27. Ballard CG, Margallo-Lana M, Fossey J, et al. A 1-year follow-up study of behavioral and psychological symptoms in dementia among people in care environments. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 631-636.
28. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes – a 12-month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16: 528-536.
29. Ballard C, Lana MM, Theodoulou M, et al. A randomised, blinded, placebo-controlled trial in dementia patients continuing or stopping neuroleptics (the DART-AD trial). *PLoS Med* 2008; 5: e76.
30. Ballard CG, Thomas A, Fossey J, et al. A 3-month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia: the neuropsychiatric inventory median cutoff is a predictor of clinical outcome. *J Clin Psychiatry* (2004); 65: 114-119.
31. Bergh S, Engedal K. The withdrawal of antipsychotics and antidepressants from patients with dementia and BPSD living in nursing homes – an open pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 877-879.
32. Bridges-Parlet S, Knopman D, Steffes S. Withdrawal of neuroleptic medications from institutionalized dementia patients: results of a double-blind, baseline-treatment-controlled pilot study. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1997; 10: 119-126.
33. Cohen-Mansfield J, Lipson S, Werner P, et al. Withdrawal of haloperidol, thioridazine, and lorazepam in the nursing home: a controlled, double-blind study. *Arch Intern Medicine* 1999; 159: 1733-1740.
34. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Aarsland D. 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; 23(9): 889-895.
35. Thapa PB, Meador KG, Gideon P, et al. Effects of antipsychotic withdrawal in elderly nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 280-286.
36. Reekun R van, Clarke D, Conn D, et al. A randomized, placebo-controlled trial of the discontinuation of long-term antipsychotics in dementia. *Int Psychogeriatr* 2002; 14: 197-210.
37. Lee PE, Sykora K, Gill SS, et al. Antipsychotic medications and drug-induced movement disorders other than parkinsonism: a population-based cohort study in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1374-1379.
38. Hien LTT, Cumming RG, Cameron ID, et al. Atypical antipsychotic medications and risk of falls in residents of aged care facilities. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1290-1295.
39. Liperoti R, Onder G, Lapane KL, et al. Conventional or atypical antipsychotics and the risk of femur fracture among elderly patients: results of a case-control study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 929-934.
40. Zornberg GL, Jick H. Antipsychotic drug use and risk of first-time idiopathic venous thromboembolism: a case-control study. *Lancet* 2000; 356: 1219-1223.
41. Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, et al. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *Br Med J* 2005; 330: 445-451.
42. Kleijer BC, Marum RJ van, Egberts AC, et al. Risk of cerebrovascular events in elderly users of antipsychotics. *J Psychopharmacol* 2009; 23(8): 909-914.
43. Knol W, Marum RJ van, Jansen PA, et al. Antipsychotic drug use and risk of pneumonia in elderly people. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 661-666.
44. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M, et al. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2009; 8: 151-157.
45. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Am Med Assoc* 2005; 294: 1934-1943.
46. Setoguchi S, Wang PS, Alan BM, et al. Potential causes of higher mortality in elderly users of conventional and atypical antipsychotic medications. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(9): 1644-1650.
47. Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, et al. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med* 2005; 353: 2335-2341.
48. Bharucha AJ, Vasilescu M, Dew MA, et al. Prevalence of behavioral symptoms: comparison of the minimum data set assessments with research instruments. *J Am Med Directors Assoc* 2008; 9: 244-250.

Depressie op latere leeftijd

Wilco Achterberg / Correspondentie: wp.achterberg@vumc.nl

Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In de rubriek Hora est wordt aan de proefschriften van Dika Luijendijk en Nelleke van 't Veer-Tazelaar aandacht besteed.

Op 10 februari 2010 promoveerde Dika Luijendijk (sociaal geriater) aan de Erasmus Universiteit Rotterdam op het proefschrift 'Vascular heart and brain disease and incident late life depression' (promotor: professor Stricker) en op 17 februari promoveerde Nelleke van 't Veer-Tazelaar (verpleegkundige en psycholoog) aan de Vrije Universiteit Amsterdam op het proefschrift 'Prevention of depression and anxiety in older people' (promotoren: professor Van der Horst en professor Beekman).

Twee promovenda binnen acht dagen die depressie bij ouderen als onderwerp hadden. De novo depressies komen bij ouderen eigenlijk weinig voor: incidente depressies komen met name voor bij ouderen die toch al eens eerder een depressie hebben gehad. Er is, zeker bij ouderen, altijd de vraag of de depressie veroorzaakt wordt door een lichamelijk ongemak, zoals hartfalen of CVA. Daarnaast is er de vraag of we, met vrij eenvoudige middelen, kosteneffectief depressies bij deze groep zouden kunnen voorkómen.

De relatie tussen cardiovasculaire ziektes en depressie is in meerdere studies aangetoond. Deze studies waren echter meestal cross-sectioneel, en bij specifieke populaties met cardiovasculaire ziektes. Luijendijk maakte gebruik van gegevens van de Rotterdam Studie, een cohortstudie waarbij de bijna 8000 inwoners van de Rotterdamse wijk Ommoord sinds 1989 iedere 4 jaar zijn onderzocht. Een deel van deze participanten (ruim 500) kreeg ook nog een MRI van de hersenen. Luijendijk ontdekte dat mensen die hartfalen hadden, op latere leeftijd een grotere kans hadden op het krijgen van een depressie. Atriumfibrilleren had geen effect op het krijgen van een depressie, en het gebruik van lisdiuretica was gerelateerd aan het minder krijgen van een depressie. De vraag is hoe de relatie tussen hartfalen en depressie nu precies zit: zijn het de symptomen (zoals

benauwdheid en moeheid) die depressief maken, is het de omgang met de slechte prognose, of is het eenzelfde achterliggend mechanisme: verminderde cardiac output kan verminderde doorbloeding geven in de hersenen? Het gegeven dat patiënten die diuretica kregen enigszins beschermd waren tegen het krijgen van een depressie, pleit volgens Luijendijk vóór een belangrijke rol van de symptomen van hartfalen. Omdat dit een cohortstudie is, kan van enige causale conclusie echter geen sprake zijn: het zijn uiteindelijk toch niet meer dan observaties, erg netjes gedocumenteerd en goed geanalyseerd, maar toch.

De factoren die geassocieerd zijn met het risico voor een CVA (roken, gebruik van antihypertensiva, diabetes en een hoge 'Framingham risicoscore') waren ook gerelateerd met het krijgen van een depressie op latere leeftijd, maar alle andere factoren (hypertensie, verhoogd cholesterol, AF, cardiovasculaire voorgeschiedenis, het gebruik van cholesterolverlagers of bloedverdunders) waren niet met depressie op latere leeftijd geassocieerd. Mensen met breinschade (volume witte of grijze stof, vaatschade op de MRI) hadden vaker een depressie, maar de promovenda vond geen verband tussen deze breinschade en *incidente* depressie. Dit kan betekenen dat er helemaal geen relatie is, maar er zijn ook andere mogelijkheden: de situatie is omgekeerd – depressie geeft schade aan het brein. Een andere mogelijkheid is dat schade aan het brein direct leidt tot depressie, zodat in dit soort prospectieve onderzoeken de relatie nooit goed kan worden vastgesteld. Het blijft dus nog een onopgeloste zaak!

TIA's en CVA waren wel gerelateerd met een later optredende depressie. Met name corticale schade lijkt belangrijk bij het ontwikkelen van een depressie volgens Luijendijk, hoewel het nog steeds niet opgehelderd wordt welk deel nu het belangrijkste is voor het somber maken: de breinschade of (het omgaan met) de functionele beperkingen ten gevolge van de schade.

Preventie van angst en depressie bij ouderen. Van 't Veer onderzocht de (kosten)effectiviteit van een zogenoemd 'stepped-care' methode om depressie bij thuiswonende ouderen (75+) te voorkómen

(PIKO-studie). Van de 2850 ouderen had ruim 30% depressieve symptomen volgens de CES-D (≥ 16). Hoewel het lijkt alsof er na de 65 een toename is van deze depressieve symptomen, verdwijnt deze relatie als gecorrigeerd wordt voor andere risicofactoren. Ook waren vrouwen, na correctie, niet vaker depressief dan mannen! De interventie werd getest in een RCT bij 170 ouderen (75+) met een milde depressie. 84 deelnemers kregen 'usual care', 86 deelnemers waren in de interventiegroep geloot. De interventie bestond uit de volgende stappen:

Stap 1: aanzien en afwachten, omdat deze klachten vaak ook vanzelf overgaan.

Stap 2: bibliotherapie: die bestond uit informatiemateriaal en een zelfhulp cursus, ondersteund door thuiszorg verpleegkundigen.

Stap 3 bestond uit Problem Solving Treatment, een vorm van cognitieve gedragstherapie in zeven huisbezoeken door SPV'ers gegeven.

Stap 4 was het advies aan patiënt en huisarts om antidepressiva of angstmedicatie voor te schrijven.

Na 1 jaar bleken de patiënten in de interventiegroep een 50% lager risico te hebben op het ontwikkelen van een depressie of angststoornis. Overigens

was er, met name in de interventiegroep, wel veel uitval (31,3% in vergelijking met 16,6% in de controlegroep). Wat betreft de kosten werd gevonden dat een ziektevrij jaar 4600 euro kost, hetgeen over het algemeen als redelijk wordt gezien.

Ook na twee jaar was de kans op het ontwikkelen van de depressie of angststoornis tweemaal zo klein bij de interventiegroep. Van 't Veer concludeert dat het actief opsporen van milde depressie en angstproblemen bij ouderen zinvol is, omdat er met een relatief simpele (en niet te dure) stapsgewijze interventie veel leed (in ieder geval in de eerste 2 jaar) kan worden voorkomen. Wel moet worden opgemerkt dat bijna een derde van deze ouderen ergens afhaken in het stappenplan. De uitvallers in de studie deden het overigens later redelijk goed, dus wellicht hebben de mensen die afhaken ook minder reden tot volhouden. Een interessante interventie voor thuiswonende ouderen, niet te ingewikkeld en redelijk succesvol. Lees de bijlagen in het proefschrift maar eens door; daar staat het programma goed beschreven. Voor communicatief of cognitief minder functionerende ouderen zal echter een andere oplossing moeten worden gezocht.

De vooruitgang

Amuse

Jacobien Erbrink / Correspondentie:
j.erbrink@vanneynsel.nl

Hij zag het al voor dat het hem zag. Het nieuwe donkergrijze ding schuin boven de voordeur. Eigenlijk niet meer dan een smalle pijp op een draaiarmpje met een donker glazen oog. Hij ging op zijn tenen staan om het oog beter te kunnen bestuderen. Het oog keek onaangedaan terug. Hij deed een stap achteruit, het oog volgde hem. Het hield hem in de gaten! Zijn nekharen gingen overeind staan bij het idee. Het ergerde hem dat hij niet kon zien wat er achter het ontoegankelijke zwart van het oog zat. Een onzichtbaar loerende lafaard! Nu zou hij nooit meer ongezien en gehuld in de mantel van anonimiteit het verpleeghuis in kunnen glippen. Hij vond die gedachte onverdraaglijk.

Snel vluchtte hij het verpleeghuis in, naar de artsenkamer. Die zat nog op slot. Hij kon het rijk nog even alleen hebben, een welkome situatie na zijn confrontatie met het alziend oog bij de voordeur. Hij sloot de deur achter zich, deed de lamp uit en zakte achterover op zijn bureaustoel. De schemerige stilte voelde weldadig aan.

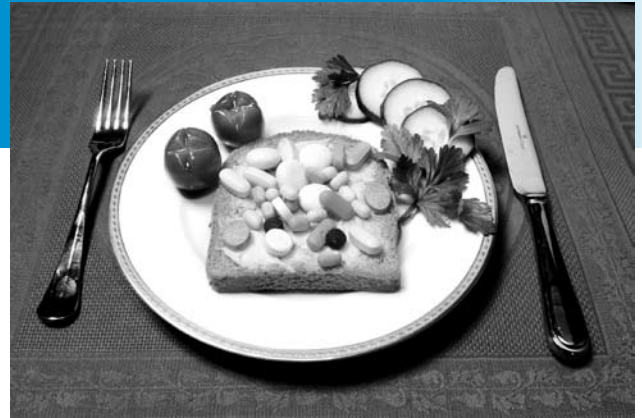
Geen moment later werd de deur al weer open gegoooid. Hij schrok zich wild. Sabine stuitte met haar handen vol de kamer in. Ze staaarde hem verbaasd aan. 'Hello to the Prins of Darkness,' riep ze gevat. Ze grijnsde om haar eigen woordgrapje. 'Ik doe het licht nu wel even aan, hoor.'

Peter keek toe terwijl ze zich ontdoed van haar jas en haar tassen. Er zat een zwart ding in haar oor met een blauw knipperend lampje erop. Het zag er vreemd uit, buitenaards. Hij kreeg ineens visioenen van Star Trek. Bezorgd keek hij naar haar oren, die leken hem qua vorm vooralsnog niet afwijkend. Eigenlijk had ze vrij schattige oren, bedacht hij, en hij geneerde zich meteen voor die gedachte.

'Heb je die camera gezien?' informeerde Sabine terwijl ze naast hem op de stoel plofte.

'Uitgebred,' gaf hij somber toe.

'Cool, niet?' Haar blik glansde opgetogen. 'Ik ga het meteen even *twitteren*.' Driftig toetste ze met haar duimen op de telefoon. Toen ze opkeek, zag ze zijn verbijstering. 'Twitteren?' herhaalde ze, 'je weet wel, als in een *tweet* sturen? Ik ben helemaal *into the tweet*.' Hij wist niet wat ze bedoelde. Hij liet zijn blik over haar kleren gaan. Corduroy, katoen, wol. Geen tweed.



'Twitteren is een manier van berichtjes sturen,' legde ze uit, 'nu weten al mijn vrienden dat er hier een camera hangt en kunnen ze mij vertellen of bij hun ook een camera hangt.' Ze grijnsde blij. 'Handig, toch?'

Peter hield zich in. Het leek hem volstrekt overbodige informatie, maar dat durfde hij niet te zeggen, uit vrees belachelijk gevonden te worden.

'Dus jij vindt het wel koel, die camera?' zei hij in plaats daarvan.

'Ja, *chill*,' beaamde ze, 'goed tegen inbrekers en zo, ik heb er geen probleem mee.'

'Nou, ik wel,' bekende hij aarzelend, 'ik hecht aan privacy en anonimiteit.'

Ze trok haar wenkbrauwen op. 'Maar Peter, ons hele doen en laten is toch openbaar? Via telefoon, auto, email, twitter, facebook, MSN, google, you name it they check it. Dat is de moderne realiteit. Wij weten alles van elkaar. De overheid weet alles van ons. *So be it*, daar kun je best mee leven, hoor.' Ze startte haar computer op en keek toen quasi bestraffend in zijn richting. 'Tenzij je natuurlijk iets te verbergen hebt...'

Hij vond haar vraag veel te intiem. 'Daar zwijg ik liever over,' pareerde hij. Even keek ze hem onzeker aan, om daarna grinnikend verder te werken.

Hij observeerde haar vanuit zijn ooghoeken. Ze zat naast hem, maar hij voelde zich lichtjaren van haar verwijderd. Ze sprak raadselachtige taal en had rare ideeën over privacy. Haar oren waren dan wel schattig, maar toch leek het of ze van een andere planeet kwam. Zijn oog viel op zijn horloge en ineens begreep hij hoe het zat. Het was niet een kwestie van afstand. Ze kwam niet van een andere planeet, ze kwam uit een andere tijd. Of liever gezegd, hij kwam zélf uit een andere tijd. Dat besef sloeg in als een bom. Hij verborg zijn gezicht in zijn handen, terwijl zijn hoofd steeds harder begon te bonzen. Hij voelde zich in één klap volkomen afgeschreven.

Elke maaltijd weer een feest!

Martin van Leen. Correspondentie: m.van.leen@avoord.nl

Elke maaltijd weer een feest! ★★★ Auteurs: Maaïke van der Rijst en Kristel Nijs

Uitgever: Lemma - Aantal pagina's: 48 - ISBN: 978-90-5931-505-1

Bestellen: www.vilans.nl - Prijs: € 15,75



Ondervoeding is al enige jaren een kwaliteitsindicator. In dit compacte boekje wordt ingegaan op voorkomen en redenen van ondervoeding.

Reeds in haar promotieonderzoek heeft Kristel Nijs aangegeven hoe de voedingstoestand is te verbeteren door middel van aanpassen van de ambiance, en de resultaten van doorbraakprojecten met ondersteuning van Zorg voor Beter ondersteunen dit. In hoofdstuk 3 wordt aandacht besteed aan de factoren die van invloed zijn op de ambiance, om in hoofdstuk 4 aan te

geven hoe implementatie en borging tot stand kunnen komen.

Door middel van een bijlage wordt nog een aandachtlijst geformuleerd.

Voor verpleeg- en verzorgingshuizen die snel aandacht willen geven aan de vermindering van ondervoeding, kan het boekje een hulpmiddel zijn. Men dient wel zelf nog andere literatuur te verzamelen.

Afkortingen in de zorgsector

Jacobien Erbrink / Correspondentie: j.erbrink@vanneynsel.nl

Afkortingen in de zorgsector ★★ - Ingrid de Jong en Marjoleine Kwak

Uitgeverij Wolters Kluwer business - ISBN 978-901306651-7



De sector Zorg en Welzijn is een walhalla voor mensen die van afko's houden. Voor hen die er niet van houden, kan het een doolhof zijn. Voor beide categorieën stelden de auteurs hun boekje *Afkortingen in de zorgsector* samen. De inleiding belooft ons precies 1.512 afkortingen te verklaren op het gebied van wet- en regelgeving, beleid en management, instituten, verenigingen, organisaties, projecten, (registratie)systemen, accreditatie, kwaliteit en keurmerken. De range is vrij uitgebreid en varieert van zeer algemene afko's zoals CV en WVTK tot specialistische terminologie zoals EEG en ECG (terwijl het medisch inhoudelijke domein toch verder zorgvuldig vermeden wordt). De auteurs pretenderen niet volledig te zijn (en zijn dat dan ook zeker niet), maar claimen wel een beknopt overzicht van de actuele ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg te geven. Het gevaar is daarbij

natuurlijk dat wat in 2009 actueel was, dat in 2010 niet meer hoeft te zijn, het veld is nogal in beweging. Verenso staat er bijvoorbeeld niet in (wel nog de NVVA) en ook het fenomeen SO (specialist ouderengeneeskunde) of ZZP (zelfstandige zonder personeel) staat niet te boek. Verder valt op dat sommige afkortingen er wel instaan, maar niet verklaard worden (wat betekent COC? en wat PGGM? en wat is ActiZ eigenlijk?) en dat enige inconsequentie de auteurs niet vreemd is. Waarom bijvoorbeeld wel de term AIO, maar niet de term AIOS verklaard? En als er een CAO, een CAO-Z en een CAO-JHV bestaat, waarom dan geen CAO-Vut? Kortom, best leuk, zo'n naslagwerkje, maar zeker geen must. De meeste professionals zullen de afkortingen in hun eigen werkveld immers niet hoeven opzoeken. Wie incidenteel toch in de knoop raakt met afko's, kan op het internet ook goed terecht.

Zwak bewijs voor een conclusie, zwakke aanbevelingen? Sterk bewijs, sterke aanbevelingen?

dr.ir. Hans J.J.A. de Beer, beleidsmedewerker Verenso / Correspondentie: info@verenso.nl

Gebruikers van een richtlijn denken nogal eens dat aanbevelingen in een richtlijn die zijn gebaseerd op conclusies waarvoor weinig 'hard' bewijs in de literatuur is te vinden, weinig relevant of niet van belang zijn. Dat is, zoals we zullen proberen duidelijk te maken, een misvatting.

Allereerst enige terminologie met betrekking tot aanbevelingen. De termen relevant of belangrijk in verband met een aanbeveling kunnen beter anders benoemd worden, en wel in termen van een sterke of zwakke aanbeveling. De sterkte van een aanbeveling weerspiegelt de mate waarin we erop vertrouwen dat de gewenste effecten de ongewenste effecten overtreffen. Wenselijke effecten zijn reductie van morbiditeit en mortaliteit, verbetering van de kwaliteit van leven, of minder kosten. Ongewenste effecten uiten zich in meer morbiditeit of mortaliteit, minder kwaliteit van leven of een groter gebruik van (financiële) middelen.

De sterkte van een aanbeveling is herkenbaar aan de wijze waarop de aanbeveling is geformuleerd. Een sterke aanbeveling ziet er meestal zo uit: 'de arts *dient* bij het verstrekken van medicatie aan een cliënt met pijn, de stappen uit de WHO-pijnladder te volgen' en een zwakke aanbeveling als volgt: 'de arts *zou* bij het verstrekken van medicatie aan een cliënt met pijn, de stappen uit de WHO-pijnladder *kunnen* volgen'.

Er zijn ten minste vier factoren die van invloed zijn op (de sterkte van) een aanbeveling:

- 1 de balans van de gewenste (effectiviteit) en ongewenste (bijwerkingen/complicaties) effecten van een interventie. Hoe meer de balans doorslaat in de richting van de gewenste effecten, des te waarschijnlijker wordt een sterke aanbeveling.
- 2 de kwaliteit van het bewijs. Hoe zekerder we zijn van de aanwezigheid van een effect, gewent én ongewent, des te waarschijnlijker wordt een sterke aanbeveling.
- 3 de variatie in waarden en voorkeuren van patiënten of cliënten. Elke behandeloptie

- 4 heeft voor- en nadelen. Verschillende groepen van cliënten kunnen een andere afweging maken, bijvoorbeeld in relatie tot de leeftijd of levensverwachting, of aanwezige comorbiditeit.
- 4 de kosten van verschillende behandelopties. Hoe lager de kosten van een optie zijn, des te waarschijnlijker wordt een sterke aanbeveling voor die optie.

Wanneer naast de kwaliteit van bewijs nog ten minste drie andere factoren van invloed zijn op (de sterkte van) een aanbeveling, dan ontstaat de mogelijkheid dat sterk bewijs een zwakke aanbeveling, en omgekeerd zwak bewijs een sterke aanbeveling tot gevolg heeft. We zullen dit met enkele voorbeelden illustreren.

Voorbeeld 1

Context: Behandeling van patiënten met bevestigde of sterke verdenking op infectie met pandemisch influenza (H1N1) 2009-virus, bij wie de klinische presentatie ernstig of progressief is en antivirale middelen voor influenza beschikbaar zijn.

Aanbeveling: Patiënten met een ernstige of progressieve klinische presentatie *dienen* te worden behandeld met oseltamivir. (Sterke aanbeveling, geringe kwaliteit van bewijs.)

Bron: WHO, 2009¹

We zien hier dus een sterke aanbeveling gebaseerd op zwak bewijs. Welke argumenten heeft de WHO-commissie tot een sterke aanbeveling doen besluiten? We geven ze hieronder onvertaald weer om nuances in de oorspronkelijke tekst niet verloren te laten gaan:

- 1 *The concern about the increased risk of severe complications or death from influenza in this context.*

- 2 *The evidence from randomized controlled trials that shows a reduction of approximately one day in symptoms in outpatients, and evidence from observational studies in all patients that demonstrates a reduction in progression to severe disease and hospitalization in patients treated with antivirals.*
- 3 *The ease of use and suitability of oseltamivir compared to other currently available neuraminidase inhibitors, i.e. oral administration versus inhaled.*
- 4 *The opportunity cost of providing antivirals to these patients is considered low.*

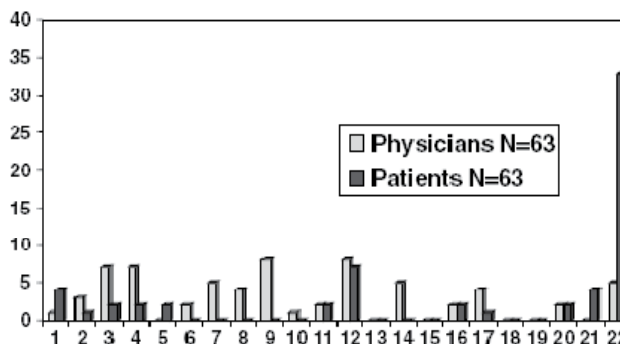
Belangrijke argumenten zijn dus: de zorg over een verhoogd risico op ernstige complicaties of sterfte (factor 1: voorkomen van sterfte weegt zwaarder dan eventuele bijwerkingen van medicatie) en de relatief geringe kosten (factor 4: lage kosten).

Voorbeeld 2

Context: Voorkomen van beroerte bij patiënten met boezemfibrilleren. Er is sterk bewijs dat warfarine dit risico in vergelijking met geen interventie met ongeveer 65% reduceert, maar tegen de prijs van een verhoogd risico op ernstige gastro-intestinale bloedingen. Is hier een sterke aanbeveling op zijn plaats of niet?

Bron: Guyatt et al. (2008)²

Uit een kwalitatief onderzoek³ onder artsen en patiënten naar het afwegen van wat een aanvaardbaar risico is bij een absolute reductie van het risico op een beroerte met 8% blijkt dat patiënten nogal verschillen in hun beoordeling, maar ongeveer 50% van de patiënten vindt een risico van 22% nog aanvaardbaar (zie figuur 1). Waarschijnlijk zijn dit patiënten met een hoog risico op een beroerte.



Figuur 1 Varying thresholds of major gastrointestinal bleeding in 100 patients found acceptable by patients and physicians when strokes are reduced by 8 in 100 patients

De balans van gewenste en ongewenste effecten is hier dus ongewis. Zeker bij patiënten met boezemfibrilleren en een laag risico op een beroerte is een sterke aanbeveling ondanks het sterke bewijs *niet* op zijn plaats.

Tot zover de voorbeelden.

Tabel 1

Checklist overwegingen voor formuleren van aanbeveling

| Factoren die een sterke aanbeveling afzwakken | Besluit van werkgroep | Toelichting |
|---|--|---|
| Geringere kwaliteit van bewijs? | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | Bijv: de kwaliteit van bewijs is zeer gering |
| Onzekerheid over balans van voordelen en nadelen | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee | Bijv: de balans is onzeker omdat diverse voor de patiënt belangrijke uitkomstmaten niet zijn onderzocht |
| Onzekerheid over of variatie in waarden en voorkeuren van patiënten | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee | Bijv: (bijna) alle patiënten willen de behandeling |
| Marginale nettovoordelen of nettonadelen | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee | Bijv: potentiële voordeel is groot ondanks potentieel kleine relatieve risicoreducties |
| Onzekerheid over de vraag of nettovoordelen de kosten waard zijn | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nee | Bijv: de kosten zijn niet hoog. |

Bron: Schünemann et al.4

Om misvattingen over de relatie tussen kwaliteit van bewijs en sterkte van een aanbeveling zo veel mogelijk te voorkomen, dienen richtlijnontwikkelaars

- transparant te zijn in de argumenten die gebruikt zijn voor het opstellen van een aanbeveling;
- aan te geven welk gewicht zij hebben toegekend aan de argumenten; en
- dit in de richtlijn op te schrijven voorafgaande aan elke aanbeveling.

Het verdient met het oog op transparantie aanbeveling de volgende tekstindeling te hanteren:

- 1 (klinische) vraag naar de relatieve waarde van verschillende interventies of behandelopties;
- 2 samenvatting van de literatuur;
- 3 conclusie met aanduiding van de kwaliteit van het bewijs;
- 4 andere argumenten en het gewicht ervan die tot een sterke of zwakke aanbeveling hebben geleid;
- 5 aanbeveling.

Bij het vaststellen van de sterkte van een aanbeveling kan de volgende checklist behulpzaam zijn (zie tabel 1). Deze checklist is zo opgesteld dat frequent 'ja' antwoorden een zwakke aanbeveling waarschijnlijker maakt. Ten aanzien van de checklist merken we nog op dat deze met name bruikbaar is voor aanbevelingen die betrekking hebben op vragen over behandeling. Voor diagnostische of prognostische vragen is de checklist niet goed bruikbaar.

Gelet op de waarden die zijn ingevuld in de tabel kan een sterke aanbeveling worden geformuleerd. Daarbij zouden vooral de argumenten dat de potentiële voordelen groot zijn en de kosten relatief gering, de doorslag kunnen geven, terwijl aan potentiële nadelen weinig gewicht wordt toegekend. In de toelichting op de aanbeveling dienen dan deze argumenten te worden genoemd. Op deze manier wordt duidelijk gemaakt waarom op grond van bewijs van zeer geringe kwaliteit toch een sterke aanbeveling is geformuleerd.

Samenvatting

Aanbevelingen in richtlijnen kunnen sterk of zwak zijn geformuleerd. Sterke aanbevelingen zijn herkenbaar aan formuleringen als 'de arts dient' en zwakke aanbevelingen aan formuleringen als 'overwogen kan worden'. Men is snel geneigd te denken dat sterke aanbevelingen zijn gebaseerd op sterk bewijs uit gepubliceerd onderzoek en zwakke aanbevelingen op zwak bewijs. Het is echter beslist mogelijk dat sterk bewijs leidt tot een zwakke aanbeveling en omgekeerd. Dit wordt met voorbeelden geïllustreerd.

In deze bijdrage worden de factoren genoemd die een rol kunnen spelen in de vertaling van bewijs uit gepubliceerd onderzoek naar aanbevelingen. Geadviseerd wordt om in richtlijnen niet alleen deze factoren te benoemen maar ook te vermelden welk gewicht aan deze factoren is toegekend, zodat de richtlijngebruiker inzicht heeft in de (zwaarte van de) argumenten die zijn gebruikt voor een aanbeveling.

Literatuur

1. WHO Guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses. Geneva: WHO, 2009.
2. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al.; GRADE Working Group. Going from evidence to recommendations. *BMJ* 2008; 336(7652): 1049-1051.
3. Guyatt G, Schunemann H. How can quality of life researchers make their work more useful to health workers and their patients? *Qual Life Res* 2007; 16(7): 1097-1105.
4. Schunemann HJ, Hill SR, Kakad M, et al. Transparent development of the WHO rapid advice guidelines. *PLoS Med* 2007; 4(5): e119.

Zakboek ziektegerelateerde ondervoeding bij volwassenen

Martin van Leen. Correspondentie: m.van.leen@avoord.nl

Zakboek ziektegerelateerde ondervoeding bij volwassenen ★★★★★

Auteurs: G.A.E.G. van Asseldonk, J.J. van Duinen, M. Former-Boon en R. van Nuland

Aantal pagina's: 112

Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum

ISBN: 978-90-313-5130-5

Prijs: € 24,25



Tijdig signaleren en eventueel behandelen van ondervoeding kan de kwaliteit van leven van onze cliënten drastisch verbeteren.

Het is dan ook geen wonder dat de inspectie volksgezondheid hier door middel van kwaliteitsindicatoren aandacht voor vraagt.

Vier diëtistes hebben in dit zakboek een goede poging ondernomen om kort en bondig de belangrijkste wetenschappelijke informatie over her- en onderkennen over te dragen door het beschrijven van de diagnostiek van de voedingstoestand, de waarde en pitfalls van metingen te bespreken, kort

de waarde van screeningsinstrumenten (SNAQ en MUST) te promoten en adviezen te geven over voedingsbehoefte ook bij ernstige comorbiditeit. In hoofdstuk 5 wordt veel aandacht gegeven aan voedingstherapie en de aandachtspunten bij samenstelling en toedieningsvorm. Ook de problemen rond sondevoeding worden goed onderkend. In het laatste hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het evalueren van de gebruikte interventie. Dit zakboek voegt duidelijk iets toe en ik raad specialisten ouderengeneeskunde dan ook aan het boekje te kopen.

ANTWOORDEN KENNISTOETS: ARTRITIS

1. • Is er sprake van een monoartritis, of van een symmetrische of asymmetrische oligo- of polyartritis?
 - Welke gewrichten zijn precies aangedaan?
 - Hoe is het beloop in de tijd (acuut, chronisch of recidiverend)?
 - Zijn er ook extra-articulaire of systemische verschijnselen?

2. De *Staphylococcus aureus*.

3. Wanneer er sprake is van:
 - een acute (binnen één dag ontstaan) hevig pijnlijke artritis in de voet (basisgewricht grote teen), enkel of knie;
 - een monoartritis, soms als onderdeel van een oligoartritis;
 - jichttophi (krijtuit doorschmerende vaste knobbeltjes op strekzijde vingers en tenen, oorschelp, ulnaire zijde onderarm, achillespees, bursa olecrani of bursa prepatellaris).

4. NSAID's met corticosteroïden als alternatief bij jichtartritis.

5. • Bij een sterk vermoeden van een reumatoïde artritis.
 - Bij blijvende twijfel over de artritisdiagnose.
 - Bij een onbevredigend resultaat van de behandeling van jichtartritis, ondanks het volgen van de stappen in de richtlijn.
 - Bij een aanhoudend ongedifferentieerde artritis.
 - Bij bekende reumatoïde artritis:
 - bij bijwerkingen of exacerbaties tijdens de instelling op medicatie;
 - bij heftige pijn en ontstekingsverschijnselen ondanks medicatie;
 - bij complicaties, zoals deformaties van een gewricht of peesluxaties;
 - bij extra-articulaire complicaties.

Met spoed moet verwezen worden bij:

- vermoeden van een bacteriële infectie;
- ernstige bijwerkingen van (door de reumatoloog ingezette) medicamenteuze behandeling (leukopenie, pneumonie);
- bij bekende reumatoïde artritis en vermoeden van instabiliteit van de cervicale wervelkolom met (sub)luxatie van de eerste of tweede cervicale wervel, zenuwuitval of peesruptuur.

Bijlagen

Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen

Het rapport 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' is in het Federatiebestuur vastgesteld als KNMG-standpunt. In de bijlage van dit tijdschrift treft u een samenvatting aan van dit rapport. Het gehele rapport vindt u op de website van Verenso (www.verenso.nl).

Informatiekaart voor huisartsen over consulteren specialist ouderen-geneeskunde

In deze uitgave van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde treft u nog een bijlage: een gelamineerde kaart met praktische informatie voor de huisarts over het consulteren van de specialist ouderengeneeskunde. Deze kaart sluit aan bij bovengenoemd rapport en heeft als doel de drempel voor huisartsen te verlagen om een specialist ouderengeneeskunde te raadplegen. De kaart wordt tevens meegestuurd met het tijdschrift Huisarts in Praktijk.