

# Colofon

## Hoofdredacteur

Dr. Jos W.P.M. Konings

## Redactie

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

## Eindredactie

DCHG  
Judith Heidstra

## Redactieadres en inleveren kopij

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

## Abonnementen

Abonnementen € 59,25 per kalenderjaar.  
E-mail: info@dchg.nl

## Uitgever, eindredactie en advertenties

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

## Fotografie

Mieke Draijer: Mustafa Gumussu

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

Copyright© 2011

# Inhoudsopgave

## Redactioneel

46 Uit liefde voor het vak: op naar FWG75

## Wetenschappelijk artikel

47 Op weg naar meer betrouwbare prestatieberekening in verpleeg- en verzorgingshuizen  
55 Een simpele oogtest voor slechtziende ouderen in zorginstellingen

## Klinische les

63 Onderdiagnostiek van Myasthenia Gravis bij ouderen

## Praktijkartikel

65 Financiering van geriatrische revalidatie; de relatie tussen bekostiging en prestatie  
69 Off-label voorschrijven

## Hora Est

70 Dizziness in older patients in general practice: a diagnostic challenge

## Boekbespreking

72 Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk  
72 Synopsis van de geneeskunde

## Kennistoets

73 Kennistoets: Ulcus cruris venosum

## Oproep

73 Nieuwe website, nieuwe nieuwsbrief (Verenso Nieuws)

## Richtlijn

74 Richtlijn Blaaskatheters

## Vijf vragen aan ...

76 5 vragen aan Paul Robben

## Amuse

78 Heel je leven op A-zeven

## Leergang

79 Leergang ouderengeneeskunde

## Van de voorzitter

80 Afspraak is afspraak

## Jaarcongres 2011

81 Call for Abstracts Verenso-Jaarcongres 2011

## Enquete

82 Wat vindt u ervan?

84 Richtlijnen voor auteurs

# Uit liefde voor het vak: op naar FWG75

Jos Konings, hoofdredacteur



Een jaar geleden verscheen in de wekelijkse digitale nieuwsbrief van Verenso de oproep aan alle specialisten ouderengeneeskunde om in salarisonderhandelingen en bij sollicitaties voortaan voor FWG75 te gaan. Hier en daar is dat inmiddels gelukt. Echter nog steeds wordt op grote schaal FWG70 aangehouden. Veel specialisten ouderengeneeskunde accepteren dat en voelen zich bezwaard om voor 75 te gaan. We zitten immers al zo hoog in het loongebouw van de VVT, zo is dan de edele redenering. Of: ik ben dit vak niet gaan doen om veel geld te verdienen en als wij met ons allen in salaris omhoog gaan scheelt dat weer verzorgende handen aan het bed. Wie daar in onze sector niet mee zitten zijn de bestuurders die voor groot, groter, grootst gaan. Al jaren is bekend dat fusies tot grotere zorgconglomeraten allesbehalve een bijdrage zijn aan efficiency en zorgkwaliteit en vaak zeer negatieve consequenties hebben voor de kwaliteit van de arbeid. Met het fusiegeweld moet topdown de oude cultuur fors op de schop, de ICT geheel vernieuwd. Productie- en prestatiegericht werken zijn de targets. Het al jaren uitgeknepen primaire proces moet nog efficiënter georganiseerd. De aan die grote zorgconglomeraten verbonden servicecentra worden ondertussen alsmaar groter. Dit betekent jaarlijks weer een procentje extra van het zorgbudget af om de zoveelste beleidsmedewerker te kunnen bekostigen of om voor de stroomlijning van de beheersstructuur een geldverslindend managementadviesbureau in te schakelen. Fusies vinden nog steeds plaats omdat twee partijen daar veel baat bij hebben, namelijk de managementadviesbureaus en de bestuurders aan de top. Zo'n organisatie die fors op de schop moet levert voor die bureaus flink werk op. Als je als bestuurder zulk fusiegeweld overleefd hebt kun je je salaris met ettelijke tienduizenden euro's op jaarbasis omhoog zien gaan tot zeer ruim boven de Ruttennorm. Tel uit je winst. Raden van Toezicht die zelf voor enkele ver-

gaderingen per jaar fors incasseren maken dit spel mogelijk en voorzien een en ander van hun fiat.

Gelukkig is het nog steeds niet overal zo. Er zijn diverse middelgrote en kleinere zorgorganisaties die wel geleerd hebben van in het recente verleden opgedane ervaringen en er bewust voor kiezen niet te fuseren. Organisaties waar bevlogen bestuurders met aanmerkelijk minder hoge salarissen gepassioneerd en proactief met de inhoud van de zorg bezig zijn en alles in het werk stellen om de betrokken professionals in het primaire proces binnen de grenzen van het mogelijke optimaal te faciliteren.

Ondertussen is de salariering van specialisten ouderengeneeskunde achtergebleven bij die van huisartsen en aanzienlijk fors bij die van medisch specialisten. De instroom van jonge artsen in de opleiding stukt. Er is binnen de beroepsgroep permanent een percentage niet op te vullen vacatures variërend tussen de 7 en 10% van de totale beroepsgroep.

Willen we als beroepsgroep een serieus te nemen partij zijn en blijven, dan zal een aantal arbeidsvoorwaarden zoals het salaris maar ook in veel organisaties de werkomstandigheden met mogelijkheden tot taakdelegatie en secretariële ondersteuning verbeterd moeten worden. Van ons specialisten ouderengeneeskunde mag dan professionele, efficiënt georganiseerde en dus productieve zorg en behandeling verwacht worden van hoge kwaliteit waarmee de grote groep van kwetsbare ouderen bediend wordt. Uit liefde voor ons prachtige vak en om ons voor de toekomst te verzekeren van voldoende instroom van jonge enthousiaste collega's: ga voor FWG75.

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl

# Op weg naar meer betrouwbare prestatieberekening in verpleeg- en verzorgingshuizen

Dr. X. Koolman, gezondheidseconoom <sup>1,2,3,4</sup>

Dr. H.J. Luijendijk, sociaal geriater <sup>5,6,7</sup>

Dr. L.H.H.M. Boonen, gezondheidseconoom <sup>1,8</sup>

1. *Strategies in Regulated Markets, SiRM, Den Haag*
2. *Technische Universiteit Delft, Faculteit Techniek, Bestuur en Management, Delft*
3. *Commonwealth Fund, New York, NY, Verenigde Staten*
4. *Massachusetts Institute of Technology, Department of Economics, Cambridge, MA, Verenigde Staten*
5. *BAVO Europoort, afdeling Ouderenpsychiatrie, Rotterdam*
6. *Harvard School of Public Health, Boston, MA, Verenigde Staten*
7. *Erasmus MC, Afdeling Epidemiologie, Rotterdam*
8. *Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam*

## INLEIDING

In het afgelopen decennium heeft het programma Zichtbare Zorg in opdracht van het ministerie van VWS werk gemaakt van de visie van de Tweede Kamer dat zorginstellingen de kwaliteit van hun zorg inzichtelijk maken. Transparantie over de kwaliteit van de zorg dient meerdere doelen. Ten eerste hebben zorgkantoren en zorgverzekeraars deze informatie nodig om optimaal zorg in te kunnen kopen. Zonder informatie over kwaliteit van zorg zouden zorginstellingen enkel op prijs kunnen concurreren. Ten tweede kunnen cliënten en verwijzers met behulp van de informatie de beste plek voor een bepaalde behandeling kiezen. Ten derde kunnen zorginstellingen de kwaliteit van zorg die zij leveren met behulp van deze informatie beoordelen en waar nodig verbeteren. Daarnaast gebruikt de overheid de kwaliteitsinformatie voor toezicht en beleid. Goede informatie over kwaliteit van zorg is dus van groot belang.

Maar wat is kwaliteit van zorg en hoe meet je die? Om deze vraag te beantwoorden werden voor alle zorgsectoren waaronder de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) stuurgroepen ingesteld. In die stuurgroepen nemen vertegenwoordigers van cliënten, professionals, zorginstellingen, verzekeraars, beleidsmakers en Inspectie voor de Gezondheidszorg deel. Verantwoorde zorg wordt nu gedefinieerd als zorg die doeltreffend (effectief), veilig, tijdig en patiëntgericht is. Na het vaststellen van de definitie zijn vervolgens voor iedere sector specifieke indicatoren ontwikkeld. Een indicator is een meetbaar aspect van geleverde zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van die zorg. Een voorbeeld is het voorkomen van decubitus bij cliënten in een verpleeghuis. Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg VV&T

geeft een overzicht van de indicatoren, en beschrijft de achtergronden en verantwoordelijkheden van de betrokkenen.<sup>1</sup>

Er worden twee soorten indicatoren onderscheiden: cliënt-ervaringsindicatoren en zorginhoudelijke indicatoren. Een onafhankelijk onderzoeksbureau meet voor iedere zorginstelling éénmaal per twee jaar de cliëntervaring met behulp van de Consumer Quality Index (CQ-index) en doet daarvan verslag.<sup>2</sup> De zorginstellingen zelf dienen jaarlijks de metingen voor de zorginhoudelijke indicatoren te verrichten. Een deel van de zorginhoudelijke indicatoren wordt op organisatieniveau gemeten, zoals de beschikbaarheid van een arts of de aanwezigheid van een hitteprotocol, en een deel op cliëntniveau, zoals de aanwezigheid van decubitus en recente valincidenten. Dit artikel richt zich op het onderzoek met de cliëntgebonden zorginhoudelijke indicatoren.

Inmiddels hebben vrijwel alle verpleeg- en verzorgingshuizen vanaf 2007 metingen met de cliëntgebonden zorginhoudelijke indicatoren verricht. De prestaties in 2007/08 en 2009, uitgedrukt in 1 tot 5 sterren, zijn openbaar gemaakt en gepubliceerd in Jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording en op de website [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). De prestatiemeting zou de komende jaren een ingrijpende invloed kunnen krijgen op het dagelijks handelen van de specialist ouderengeneeskunde, zeker wanneer zorgkantoren steeds meer prestatiecontracten gaan afsluiten. Aangezien de specialisten ouderengeneeskunde uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor de medische kwaliteit van zorg zullen zij zeer waarschijnlijk worden aangesproken op de zorgprestaties. Tegelijkertijd is zorginhoudelijke inbreng van artsen noodzakelijk om de betrouwbaarheid en validiteit van de prestatieberekening te verbeteren.

## ACHTERGROND EN DOEL

Sinds 2007 meten verpleeg- en verzorgingshuizen de kwaliteit van zorg met behulp van zorginhoudelijke indicatoren. Echter, de prestaties, uitgedrukt in 1 tot 5 sterren, bleken per instelling sterk te wisselen tussen 2007/08 en 2009. Het is onwaarschijnlijk dat dit veroorzaakt wordt door echte verschillen in kwaliteit van zorg tussen de twee meetjaren. Wij hebben daarom onderzocht of toeval de verschillen kan verklaren.

## METHODEN

Wij hebben eerst de prestaties in 2007/08 en 2009 herberekend met logistische regressie, de frequentistische techniek die nu in gebruik is voor de prestatieberekeningen. Daarna hebben we de prestaties berekend met empirical Bayes multilevel logistische regressie, een methode die minder gevoelig is voor de invloed van toeval bij kleine studiepopulaties. De samenhang tussen de prestaties is gebaseerd op het percentage verpleeg- en verzorgingshuizen dat per indicator drie of meer sterren verschilde tussen de twee meetjaren.

## RESULTATEN

Het percentage huizen dat drie of meer sterren verschilde tussen de twee metingen daalde van 9% naar 4% na toepassing van empirical Bayes. De effecten bleken het sterkst bij instellingen met een klein aantal waarnemingen en bij indicatoren met een zeer lage of juist zeer hoge prevalentie of incidentie.

## CONCLUSIE

De prestaties op basis van empirical Bayes vertoonden minder vaak onwaarschijnlijke wisselingen tussen de twee meetjaren. De afname is het sterkst bij die indicatoren en die instellingen waar de invloed van toeval het grootst was. Wij raden aan in de toekomst empirical Bayes methoden te gebruiken zodat de betrouwbaarheid van de prestatievergelijkingen toeneemt.

Een onderzoek naar trends over de meetjaren 2007/08 en 2009 heeft inmiddels uitgewezen dat in de verpleging en verzorging de gemiddelde prestaties op 3 van de 15 indicatoren verbeterd was.<sup>3</sup> Echter, voor individuele zorginstellingen vertoonden de resultaten van 2007/08 weinig samenhang met die van 2009.<sup>3</sup> In andere woorden, de prestaties uit 2007/08 bleken voor een belangrijk deel van de indicatoren vrijwel geen voorspellende waarde te hebben voor die van 2009. Bovendien was er weinig samenhang tussen de verschillende dimensies van kwaliteit, niet tussen de zorginhoudelijke indicatoren onderling, noch tussen cliëntervarings- en zorginhoudelijke indicatoren (zie <http://verpleeghuizen.volkskrant.nl/>). Het is onwaarschijnlijk dat de verschillen tussen de twee meetjaren toe te schrijven zijn aan sterke wisselingen in de kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen. Veel eerder lijken de verschillen het gevolg te zijn van toeval doordat de prestatieberekeningen soms gebaseerd zijn op een beperkt aantal metingen per indicator.

Het doel van onze studie was om te onderzoeken of een statistische methode anders dan de nu gebruikte methode de gevoeligheid voor toeval kon reduceren. Hiertoe hebben wij eerst met de huidige en daarna met de alternatieve analysetechniek, die minder gevoelig is voor toeval, de samenhang tussen de prestaties in 2007/08 en 2009 berekend. Wij hebben de prestaties van thuiszorginstellingen buiten beschouwing gelaten omdat slechts een beperkt deel van de indicatoren ( $n = 2$ ) ontvankelijk is voor toeval. Wij hebben ook niet onderzocht welk effect bias zou kunnen hebben gehad op de prestatieberekeningen (validiteit), en ons beperkt tot het onderzoek naar de rol van toeval (statistische betrouwbaarheid).

## METHODEN

### Setting

Zorginstellingen in de VV&T zijn sinds 2007 verplicht tot het jaarlijks indienen van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Dit is vastgelegd in de Regeling Verslaggeving van de Wet Toelating Zorginstellingen. Een beschrijving van de prestaties zoals gemeten met de zorginhoudelijke indicatoren is onderdeel van de jaardocumenten. De metingen dienen te worden verricht volgens de instructies uit het handboek van de stuurgroep VV&T.<sup>4</sup> Cliënten die meedoen aan de metingen hebben informed consent gegeven.

Er zijn metingen verricht in 2007, 2008 en 2009. Omdat 2007 en 2008 gezien werden als pilot jaren, mochten de zorginstellingen voor de externe verslaggeving over 2008 gebruik maken van de gegevens uit 2007 of 2008. Daarom worden de metingen uit 2007 en 2008 beschouwd als metingen uit één jaar. Indien een zorginstelling beide jaren aan de meting heeft deelgenomen, dan gebruiken wij enkel de laatste meting in dit onderzoek.

### Studiepopulatie

Voor de verpleeg- en verzorgingshuizen geldt dat in principe alle cliënten in de studiepopulatie opgenomen werden, met uitzondering van cliënten die korter dan 30 dagen in zorg zijn, cliënten die revalidatiezorg, enkel dagactiviteiten, of respijtzorg ontvingen, en cliënten die specifiek voor een bepaalde indicator uitgesloten moesten worden. Voor enkele indicatoren gold bovendien dat cliënten die te ziek waren of die niet aan het onderzoek wensten deel te nemen geëxcludeerd mochten worden. In 2007/08 waren er 1675 verpleeg- en verzorgingshuizen

Indicator	Meetinstrument	Verstorende patiëntfactoren*
4.1 Decubitus	5-item vragenlijst over vochtletsel en decubitus	j h m g l c
4.2a Voedingstoestand (wegen)	Cliënten met onbedoeld gewichtsverlies gemeten door instelling	g l c
4.2b Voedingstoestand (navraag)	Cliënten met onbedoeld gewichtsverlies aangegeven door client	g l c
4.2c Voedingstoestand (combinatie)	Combinatie van indicatoren 4.2a en 4.2b	g l c
4.3 Valincidenten	Cliënten met valincidenten	j h m g l c
4.4 Medicijnincidenten	Cliënten met medicijnincidenten	NVT
4.5a Psychofarmaca	Vragen over gebruik van antipsychotica, anxiolytica, hypnotica en antidepressiva	s
4.5b Antidepressiva	Vragen over gebruik van antidepressiva	NVT
4.6a Vaccinatiegraad-cliënten	Cliënten die gevaccineerd zijn	NVT
4.7a Incontinentieprevalentie	Cliënten gediagnosticeerd met incontinentie	j h m g l c p
4.7b Incontinentiediagnose	Wie de diagnose incontinentie gesteld heeft	NVT
4.8 Verblijfskatheter	Cliënten met verblijfskatheter	j h m g l c p
4.9 Probleemgedrag**	5-item vragenlijst over probleemgedrag	j h m g l c
4.10 Fixatie***	Cliënten waarbij fixatie is toegepast	j h m g l c
7.2 Depressie	7-item vragenlijst over aanwezigheid depressieve verschijnselen.	j s h m g l c

Tabel 1. Overzicht van cliëntgebonden zorginhoudelijke indicatoren

j = jaren oud; s = sexe; h = houding; m = mobiliteit; g = gevaar ontwijken; c = contactvaardigheden; l = leercapaciteit; p = psychofarmaca; NVT = niet van toepassing  
 \* vet = factor is significant gerelateerd aan zowel zorginstelling als aan de indicator De vetgedrukte factoren zijn als case-mixfactoren opgenomen in de analyse wanneer statistische tests (likelihood ratio tests op multinomial en logistische regressie modellen) uitwezen dat zij voldeden aan de theoretische voorwaarden voor verstorende factoren.

\*\* Dit omvat verbaal en fysiek probleemgedrag, sociaal onacceptabel of storend gedrag, en weigeren van zorg zoals medicatie of hulp bij eten.

\*\*\* Dit omvat onrustblad, tafelblad en diepe stoel.

die metingen verrichtten bij 24682 cliënten (gemiddeld 78 cliënten per huis). In 2009 waren er 1633 huizen die metingen verrichtten bij 23987 cliënten (gemiddeld 74 cliënten per huis).

#### De indicatoren

De zorginhoudelijke indicatoren die in 2007/08 en 2009 gebruikt werden waren zo gekozen dat zij gezamenlijk de verschillende aspecten van kwaliteit van zorg zo goed mogelijk beschrijven.<sup>5</sup> Deze aspecten betroffen de kwaliteit van leven van cliënten, het functioneren van de zorgorganisatie als geheel, het professioneel handelen van de zorgverleners, en de zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid. De kwaliteit van leven van cliënten omvatte vier levensdomeinen: lichamelijk welbevinden en gezondheid, woon- en leefsituatie, participatie, en geestelijk welbevinden. Voor ieder van deze thema's is één of een aantal indicatoren ontwikkeld. Voor iedere indicator is een vragenlijst of ander meetinstrument gekozen. Tabel 1 geeft een overzicht van de zorginhoudelijke cliëntgebonden indicatoren, en bijbehorende meetinstrumenten.

#### Verstorende factoren

Verstorende factoren, dat wil zeggen confounders of verschillen in zorgzwaarte (case-mix) tussen cliënten, kun-

nen prestatievergelijkingen tussen zorgorganisaties vertekenen.<sup>6,7</sup> Daarom dient in de data-analyse het effect van de verstorende factoren te worden uitgeschakeld. Op instigatie van de Stuurgroep VV&T heeft een raad van deskundigen per indicator aangegeven of en zo ja voor welke factoren diende te worden gecorrigeerd.<sup>8</sup> De raad moest zich beperken tot de factoren die per cliënt zijn gemeten: geslacht, leeftijd in jaren, en de *Care Dependency Scale* (CDS).<sup>9</sup> De CDS bevat 15 items over zelfstandigheid zoals: kunnen voldoen aan de behoefte te eten en te drinken, kunnen voortbewegen, en zelfzorg kunnen verrichten. De items worden op een schaal van 1 (volledig afhankelijk) tot 5 (geheel zelfstandig) gescoord. In theorie, kan een factor de berekeningen vertekenen, wanneer:

1. deze factoren de indicatoren beïnvloeden,
2. deze factoren ongelijk verdeeld zijn over zorgaanbieders, en
3. deze factoren door de zorgaanbieder niet beïnvloedbaar zijn.<sup>10</sup>

Per indicator zijn de potentieel verstorende factoren terug te vinden in tabel 1. Met statistische tests is vervolgens vastgesteld of de variabelen in de dataset voldoen aan de theoretische voorwaarden. Indien dat het geval was, dan werd voor deze factoren gecorrigeerd in de uiteindelijke analyse (vetgedrukte factoren in tabel 1).

### Frequentistische versus empirical Bayes methoden

Met frequentistische technieken worden de geschatte prestaties gebaseerd op de waarnemingen die een zorgaanbieder aanlevert, ook als dit aantal erg klein is. In onderzoek naar prestaties van zorginstellingen worden vaak *empirical Bayes* technieken toegepast. Deze technieken gebruiken niet alleen de informatie die in de aangeleverde gegevens zit, maar ook informatie die al eerder bekend was over de kwaliteit van zorg (de zogenaamde prior informatie) (O'hagan Luce 2003). Oftewel, *empirical Bayes* schattingen van kwaliteit van zorg zijn gebaseerd op de metingen van een zorginstelling zelf én op de verdeling van de kwaliteit van zorg in alle andere instellingen. Voorwaarde is wel dat er geen vermoeden mag zijn dat de kwaliteit van zorg in de betreffende zorginstelling sterk afwijkt van die van andere zorginstellingen.

Het relatieve belang van de gegevens van de zorgaanbieder wordt groter naarmate meer gegevens verzameld zijn. Bij instellingen met weinig waarnemingen krimpen de verschillen naar het gemiddelde (*shrinkage*). Dit leidt voor zorginstellingen met (heel) weinig waarnemingen minder snel tot extreme uitkomsten.

Om de *empirical Bayes* techniek verder toe te lichten, volgt nu een voorbeeld. Stel dat bij de indicator decubitus de verpleeg- en verzorgingshuizen gemiddeld rond de 3% scoren met een minimum van 0% en maximum van 7%. Stel nu dat een verpleeghuis in een nieuw meetjaar over slechts één cliënt gegevens aanlevert voor de indicator decubitus. Als deze cliënt decubitus blijkt te hebben, dan zou de schatting van de nieuw ontstane decubitus in dit huis volgens de frequentistische methode 100% zijn. Die uitkomst is zeer onwaarschijnlijk.

Het is waarschijnlijker dat de prevalentie in het huis ook tussen de 0 en de 7% ligt. Indien de schatting zou zijn gebaseerd op empirical Bayes, dan zou relatief weinig waarde gehecht worden aan de meting van het verpleeghuis zelf en meer waarde aan de gemiddelde decubitus uitkomst. De geschatte waarde zal net boven de 3% liggen. Stel nu dat onder 200 cliënten een meting gedaan is en dat 14 cliënten decubitus hebben. Het is nu waarschijnlijk dat de feitelijke kans op decubitus rond de 7% ligt. In dit geval zal het eigen gemiddelde zwaarder meewegen dan de gemiddelde kan op decubitus. De empirical Bayes schatting zal nu net onder 7% uitkomen.

#### Statistische analyse

Wij hebben de prestaties van de zorginstellingen voor 2007/08 en 2009 berekend met een parametrische variant van indirecte standaardisatie. Daarbij worden de werkelijke prestaties vergeleken met de prestaties die verwacht worden op basis van de zorgzwaarte van de cliënten. De methoden zijn daardoor meer geschikt voor toezicht houden dan voor selectieve zorginkoop of voor de keuze van zorginstelling door de cliënt. Voor de berekening van de prestaties gebruikten wij eerst logistische regressie, de gebruikelijke frequentistische techniek voor deze berekeningen.<sup>6</sup> Daarna pasten wij een nieuwe empirical Bayes multilevel logistische regressie toe.<sup>11,12</sup> Deze methoden worden toegelicht in het kader.

Per indicator hebben wij eerst de prestatie berekend als de ratio  $\text{gemiddelde\_score} / \text{gemiddelde\_verwachte\_score}$ . Dit is de prestatie-index. De gemiddelde verwachte score wordt bepaald door per cliënt op basis van zijn karakteristieken een verwachte score te berekenen. Vervolgens hebben we per organisatorische eenheid de gemiddelde verwachte score bepaald. Een prestatie-index van 1 betekent dat de zorgorganisatie precies presteert zoals verwacht op grond van de kenmerken van haar cliëntengroep. Als de prestatie-index tussen de 0,0 en 1 ligt betekent dat, dat de zorgorganisatie minder scoort dan mag worden verwacht op grond van de kenmerken van haar cliëntengroep. Dit is gunstig voor een indicator zoals decubitus, maar ongunstig voor de indicator vaccinaties. Bij decubitus duidt een lagere score namelijk op een betere zorgkwaliteit terwijl bij de indicator vaccinaties een lagere score juist duidt op een lagere zorgkwaliteit. Een prestatie-index boven de 1 geeft aan dat de zorginstelling ho-

ger scoort dan verwacht op grond van de cliëntenkenmerken. Dit is dan juist ongunstig voor een indicator zoals decubitus, maar gunstig voor de indicator vaccinaties.

Om verwarring te voorkomen krijgt elke zorginstelling op basis van de relatieve prestatie-index voor iedere indicator één tot vijf sterren toegekend. De instellingen die behoren tot de beste 10% krijgen vijf sterren, de volgende 20% vier sterren, de volgende 40% drie sterren, de volgende 20% twee sterren en de laatste 10% één ster. Bij gelijke prestaties werd afgerond in het voordeel van de zorginstelling. Het kan voorkomen dat een instelling gewerkt had aan een betere behandeling van depressie, maar evenveel sterren kreeg als in het voorafgaande meetjaar. Dit komt doordat prestaties uitgedrukt worden op een relatieve schaal en niet op een absolute schaal: het toegekende aantal sterren weerspiegelt de prestatie van een zorginstelling in vergelijking met de gemiddelde prestatie van alle zorginstellingen (mits de prestatie vergelijking betrouwbaar en valide is). Als een verbetering in een instelling gelijke tred houdt met de gemiddelde stijging in de sector, dan ontvangt die instelling hetzelfde aantal sterren als het jaar ervoor. De instelling krijgt meer (of minder) sterren dan het jaar ervoor, als de instelling het op de betreffende indicator beter (of slechter) doet dan het sectorgemiddelde.

Tot slot berekenden we de samenhang tussen de meetjaren 2007/08 en 2009 voor de prestaties zoals ze berekend zijn met de gebruikelijke frequentistische en de nieuwe empirical Bayes techniek. Deze samenhang is uitgedrukt in het percentage instellingen dat tussen 2007/08 en 2009 drie of meer sterren stijgt of daalt. Een dergelijke stijging of daling impliceert een verschuiving van beter respectievelijk slechter dan gemiddeld naar slechter respectievelijk beter

	Ruwe gemiddelde prestatie 2008	Gemiddeld aantal cliënten 2008	Ruwe gemiddelde prestatie 2009	Gemiddeld aantal cliënten 2009
	Aantal organisatorische eenheden = 1675	Aantal cliënten = 24.945	Aantal organisatorische eenheden = 1633	Aantal cliënten = 24.167
4.1 Decubitus	0.028	121	0.023	84
4.2a Voedingstoestand wegen	0.043	54	0.036	49
4.2b Voedingstoestand navraag	0.027	66	0.029	41
4.2c Voedingstoestand totaal	0.033	109	0.033	85
4.3 Valincidenten	0.106	122	0.101	85
4.4 Medicijnincidenten	0.079	116	0.066	82
4.5a Psychofarma	0.418	113	0.388	78
4.5b Antidepressiva	0.212	110	0.209	80
4.6a Vaccinatiegraad cliënten	0.958	99	0.979	83
4.7a Incontinentieprevalentie	0.608	118	0.591	83
4.7b Incontinentiediagnose	0.567	67	0.665	47
4.8 Verblijfskatheter	0.043	122	0.042	85
4.9 Probleemgedrag	0.302	121	0.286	85
4.10 Fixatie	0.094	122	0.054	85
7.2 Depressie	0.244	122	0.226	85

Tabel 2 Gemiddelde prestatie en gemiddeld aantal cliënten per indicator per meetjaar

	Logistische regressie	Empirical Bayes
Gehele dataset (alle indicatoren gezamenlijk)	9	4
4.1 Decubitus	16.9	6.5
4.2a Voedingstoestand wegen	21.0	8.8
4.2b Voedingstoestand navraag	23.8	9.5
4.2c Voedingstoestand totaal	11.9	6.4
4.3 Valincidenten	7.0	5.9
4.4 Medicijnincidenten	4.5	4.5
4.5a Psychofarma	3.2	2.9
4.5b Antidepressiva	1.9	1.1
4.6a Vaccinatiegraad cliënten	20.8	6.8
4.7a Incontinentieprevalentie	4.8	0.9
4.7b Incontinentiediagnose	5.5	4.9
4.8 Verblijfskatheter	5.6	2.4
4.9 Probleemgedrag	3.5	3.4
4.10 Fixatie	8.6	3.2
7.2 Depressie	5.2	4.6

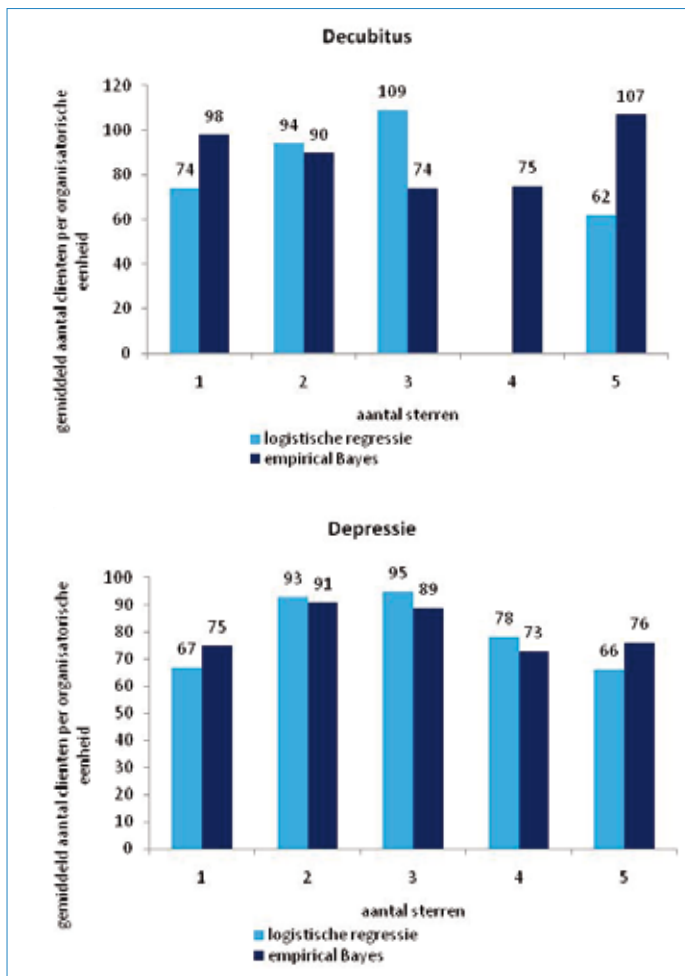
Tabel 3 Percentage zorgaanbieders met prestaties die tussen 2007/2008 en 2009 drie of meer sterren verschilden

dan gemiddeld waarbij de relatieve rang meer dan 60% opschuift. Wij verwachtten niet dat de werkelijke kwaliteit binnen een instelling tussen twee jaren zo sterk zal verschillen omdat kwaliteitsverbetering, of verslechtering een gestaag proces is. Daarom veronderstelden wij dat dergelijke grote verschillen in de sterrentoekenning tussen 2007/08 en 2009 veroorzaakt worden door toeval.

## RESULTATEN

In totaal 1544 verpleeg- en verzorgingshuizen hebben voor de meetjaren 2007/08 en 2009 informatie aangeleverd over in totaal 49112 waarnemingen (complete informatie voor een indicator voor een cliënt). Tabel 2 toont de prestaties op de individuele indicatoren in 2007/08 en 2009. Vergeleken met 2007/08, laten de prestaties in 2009 gemiddeld genomen een verbetering zien. De indicator 'fixatie' laat de grootste verbetering zien, namelijk een daling van ongeveer 9% naar 5%.

De samenhang tussen de prestaties in 2007/08 en 2009 zoals berekend met de huidige frequentistische techniek en de empirical Bayes techniek wordt weergegeven in tabel 3. We zien dat de prestaties op basis van de frequentistische techniek sterk konden wisselen tussen de jaren. Zo zijn er vijf indicatoren waarbij meer dan 10 procent van de aanbieders drie of meer sterren wisselden tussen beide jaren, en voor drie indicatoren ligt dat percentage boven de 20 procent.



Figuur 1 Gemiddeld aantal cliënten per organisatorische eenheid uitgezet tegen het behaalde aantal sterren: logistische regressie versus empirical Bayes.

Er was geen enkele organisatorische eenheid die 4 sterren kreeg met logistische regressie berekening van de decubitus indicator

De empirical Bayes techniek liet een grotere samenhang zien tussen de prestaties van instellingen op basis van de sterroekening. Voor geen enkele indicator geldt dat meer dan 10 procent van de zorginstellingen drie of meer sterren wisselde. Het verschil in prestaties tussen de twee meetperioden bleek het meest af te nemen bij indicatoren waarvoor de variatie in aantal sterren in een periode het grootst was. Dit zijn tevens de indicatoren met een incidentie of prevalentie die dicht bij 0 of dicht bij 1 ligt, waardoor deze indicatoren gevoeliger zijn voor toeval.

Figuur 1 laat voor decubitus zien dat de sterindeling op basis van logistische regressie leidt tot een oververtegenwoordiging van instellingen met weinig waarnemingen in beide

extremen. De figuur geeft het gemiddeld aantal cliënten van instellingen met respectievelijk 1, 2, 3, 4 of 5 sterren weer. Bij de schattingen op basis van logistische regressie zien we dat juist de instellingen die door het kleine aantal waarnemingen gevoelig zijn voor toeval meer kans maakten op een zeer goede of een zeer slechte beoordeling. Bij de empirical Bayes schattingen zien we daarentegen dat de instellingen met meer waarnemingen een of vijf sterren scoorden. Het verschil tussen logistische regressie en empirical Bayes hangt vooral af van het aantal cliënten en de proportie cliënten die positief scoren op de betreffende indicator. Zo bleek het effect van de nieuwe methode kleiner bij de indicator depressie die door de hogere prevalentie minder gevoelig is voor toeval (figuur 1). (De voorbeelden zijn gekozen omdat zij illustratief voor alle bevindingen.)

De instellingen leverden voor gemiddeld 72 cliënten per indicator gegevens aan. De variatie tussen instellingen was echter groot en varieerde tussen 1 cliënt en 349 cliënten. In tabel 4 is aangegeven hoeveel procent van de instellingen voor minder dan 25, tussen de 25-50, tussen de 50-75, tussen de 75-100 en meer dan 100 cliënten gegevens heeft aangeleverd. 14% van de instellingen leverde voor minder dan 25 cliënten gegevens aan. 61% van de instellingen levert voor minder dan 75 cliënten gegevens aan. Er is geen minimum of maximum grens voor het aanleveren van gegevens.

De prestatie van kleinere organisaties wordt meer beïnvloed door het gemiddelde in de populatie dan de prestaties van grotere organisaties. We laten dit zien aan de hand van het gewicht dat de eigen score heeft in de empirical Bayes schatting. Tabel 4 laat zien dat bij kleinere organisaties het gewicht van de eigen prestaties minder zwaar woog dan het populatie gemiddelde. Hoe groter de organisatie, hoe zwaarder de eigen prestaties wogen.

## DISCUSSIE EN CONCLUSIE

De inspanning van zorgorganisaties, hulpverleners, en cliënten om data te verzamelen over de kwaliteit van de geleverde zorg is uiteindelijk alleen alle moeite waard als de informatie die gegenereerd wordt een correct beeld geeft van de werkelijke verschillen in kwaliteit van zorg. In andere woorden, de prestatievergelijkingen moeten valide en statistisch betrouwbaar zijn. Wij hebben onderzoek gedaan naar de statistische betrouwbaarheid van de cliëntgebonden zorginhoudelijke indicatoren. Wij vonden dat de pres-

Gemiddelde aantal cliënten	Gewicht eigen waarnemingen	% instellingen
<25 cliënten	37%	14%
tussen de 25 en 50 cliënten	52%	22%
tussen de 50 en 75 cliënten	60%	25%
tussen de 75 en 100 cliënten	67%	17%
meer dan 100 cliënten	78%	23%

Tabel 4 Gewichten van de eigen waarnemingen in de empirical Bayes berekeningen



taties in 2007/08 weinig samenhang lieten zien met die van 2009 als ze gebaseerd zijn op logistische regressie, de totnogtoe gebruikte frequentistische techniek voor de prestatie berekeningen. Dit gold voor een groot deel van de indicatoren.

Het is waarschijnlijk dat toeval het gebrek aan samenhang verklaart in de resultaten berekend met een frequentistische techniek. Betrouwbaarheid vraagt een correcte steekproefgrootte passend bij de gewenste statistische betrouwbaarheid en het gewenste onderscheidend vermogen.<sup>13</sup> Toeval heeft relatief een groter effect naarmate het aantal waarnemingen en het werkelijke verschil in kwaliteit van zorg kleiner zijn. Voor alle indicatoren geldt dat minstens één organisatie bij een zeer klein aantal cliënten metingen had verricht ( $\leq 7$ ). Daardoor is het vermogen van de analyse om verschillen in uitkomsten op te pakken, het zogeheten onderscheidingsvermogen, laag.

Empirical Bayes is minder gevoelig voor toeval dan de frequentistische logistische regressie (11,12). Deze nieuwe methode maakt gebruik van zowel de scores per organisatie als de gemiddelde scores over alle organisaties. Indien een organisatie weinig waarnemingen heeft dan ligt de score van deze organisatie dicht bij de gemiddelde score. Wanneer een organisatie veel waarnemingen heeft dan is de score van die organisatie vooral gebaseerd op de eigen waarnemingen. Dat empirical Bayes minder gevoelig is voor toeval, zien we terug in de hogere samenhang tussen de berekende prestaties van 2007/08 en 2009. Toepassing van empirical Bayes reduceert dus de toevalsvariatie in de berekende prestaties van instellingen met voldoende waarnemingen. De prijs die hiervoor betaald moet worden is dat empirical Bayes resultaten krimpen naar het gemiddelde (shrinkage) en daardoor minder onderscheidend zijn. Of anders gezegd, indien alle zorgaanbieders een groot aantal waarnemingen zouden aanleveren dan zou blijken dat de verschillen in onderlinge kwaliteit groter zijn dan nu blijkt uit de empirical Bayes schattingen. Als gevolg van deze beperking van de methode kunnen kleine instellingen zich op sommige indicatoren niet of moeilijk onderscheiden vanwege te weinig waarnemingen. Zij krijgen voor deze indicatoren vrijwel altijd een gemiddelde beoordeling. Bij toekomstige presentaties van de resultaten zal daarom worden aangegeven of het aantal waarnemingen voldoende was voor een statistisch betrouwbare schatting. Wij adviseren om daarnaast de toekomstige prestatievergelijking in de zorg verder te ontwikkelen om deze beperking te ondervangen.

De hierboven besproken technieken garanderen niet dat de prestatievergelijkingen valide zijn. Valide vergelijkingen vereisen de afwezigheid van vertekening.<sup>14</sup> Vertekening kan optreden door onvoldoende correctie voor verschillen in zorgzwaarte van cliënten (confounding bias). In de terminologie van Zichtbare Zorg heet dit dat de prestaties niet vergelijkbaar zijn. In ons onderzoek zijn de versturende factoren geselecteerd door een raad van inhoudsdeskundi-

gen. Zij konden kiezen uit de items van de CDS, leeftijd, geslacht en de overige indicatoren. Het is waarschijnlijk dat er daardoor versturende factoren niet opgenomen zijn in de berekeningen. Dat kan extra belangrijk zijn bij de beoordeling van zorginstellingen die zijn gespecialiseerd in bepaalde groepen cliënten, zoals patiënten met de ziekte van Korsakov. De ernst van deze zogeheten residuele confounding is zonder aanvullend onderzoek echter niet te bepalen.

Verder is het belangrijk dat geen vertekening optreedt door onjuiste gegevens (informatie bias) of onvolledige gegevens (selectie bias). In Zichtbare Zorg-terminologie: de registratiebetrouwbaarheid dient hoog te zijn. Een deel van de zorginstellingen registreerden de gegevens met het Elektronisch Cliënt Dossier, de Registratietool Verantwoorde Zorg, de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, of Rai-view. Sommige van deze systemen dienen meerdere doelen, zoals aansturing, verbetering van de kwaliteit van zorg, en verbeterde uitwisseling van patiëntgegevens tussen hulpverleners. Het is waarschijnlijk dat meetfout (of juistheid) hiermee samenhangt. Daarnaast kunnen er andere oorzaken zijn van verschillen in registraties, waaronder opleidingsniveau van degene die de meting uitvoert of strategisch gedrag.

Voor een deel van de instellingen zijn de aangeleverde gegevens onvolledig. Onvolledigheid kan leiden tot een niet-representatieve steekproef. Vooralsnog kunnen de zorginstellingen zelf invloed uitoefenen op de selectie van cliënten in de 'steekproef'. Zo kunnen zorgaanbieders de keuze van cliënten om af te zien van deelname beïnvloeden. Naar verwachting zal de prikkel tot strategische registratie groter worden indien de financiële consequenties van de prestaties toenemen.

Wij concluderen dat prestatievergelijkingen voor de verpleeg- en verzorgingshuizen minder gevoelig zijn voor toeval indien zij geanalyseerd worden met behulp van empirical Bayes in plaats van een frequentistische techniek. Ons advies is empirical Bayes vanaf 2010 te gebruiken voor de berekening van de prestaties van verpleeg- en verzorgingshuizen. Dat zal de betrouwbaarheid van het prestatievergelijkingen vergroten. Hierdoor is de kans kleiner dat zorginstellingen op onterecht sterk wisselde resultaten worden afgerekend en dat zorginkopers en consumenten de kwaliteitsinformatie zullen negeren.

## DANKWOORD

De auteurs danken bureau Zichtbare Zorg van het Ministerie van VWS voor de financiering van deze studie. Tevens danken wij Willeke Kleinjan, Dorothé van Maasacker, Femke Vlems en Inge Weel voor hun commentaar op een concept versie van dit artikel. De inhoud van dit artikel weerspiegelt niet noodzakelijk de visie van het ministerie van VWS en van de Commonwealth Fund. Eventuele fouten zijn de verantwoordelijkheid van de auteurs.

## REFERENTIES

1. Zichtbare Zorg Verpleging Verzorging Thuiszorg. Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg VV&T. Den Haag: Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T, april 2010. (pdf te vinden op [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl))
2. [www.centrumklantervingzorg.nl](http://www.centrumklantervingzorg.nl)
3. SiRM. Standaardisatie zorginhoudelijke indicatoren; Verpleging verzorging en zorg thuis, 3e meetronde 2009. Den Haag: SiRM, 2010.
4. Handboek Zichtbare Zorg Verpleging Verzorging Thuiszorg. Handboek bij het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging Verzorging en Zorg Thuis (VVT) Langdurige en/of complexe zorg. Den Haag: Stuurgroep Verantwoorde zorg VV&T, mei 2007.
5. Zichtbare Zorg Verpleging Verzorging Thuiszorg. Bijlage Indicatorenset Verantwoorde zorg behorend bij het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging Verzorging en Zorg Thuis (VVT) Langdurige en/of complexe zorg. Den Haag: Stuurgroep Verantwoorde zorg VV&T, mei 2007.
6. Bours GJ, Halfens RJ, Berger MP, Huijter Abu-Saad H, Grol RT. Development of a model for case-mix adjustment of pressure ulcer prevalence rates. *Medical care* 2003; 41: 45-55.
7. Hernán MA, Hernández-Díaz S, Werler MM, Mitchell AA. Causal knowledge as a prerequisite for confounding evaluation: An application to birth defects epidemiology. *American Journal of Epidemiology* 2002 155:2 (176-184)
8. Koolman Advies en Onderzoek. Standaardisatie zorginhoudelijke indicatoren verpleging, verzorging en zorg thuis. Rotterdam: Koolman Advies en Onderzoek, 2008.
9. Dijkstra A, Buist GAH, Dassen TWN, Heuvel van den WJA, Het meten van zorgafhankelijkheid met de ZorgAfhankelijkheidsSchaal Care Dependency Scale (CDS) Een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen, 1999.
10. Zichtbare Zorg Verpleging Verzorging Thuiszorg. De sterren uitgelegd. Naar vergelijkbare zorginhoudelijke kwaliteitsinformatie. Den Haag: Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg VV&T, november 2009.
11. O'Hagan A, Luce BR. A Primer on Bayesian Statistics in Health Economics and Outcomes Research. Sheffield: Centre for Bayesian Statistics in Health Economics, 2003. (pdf te vinden op <http://www.shef.ac.uk/~st11a0/pdf/primer.pdf>)
12. Spiegelhalter DJ, Abrams KR, Myles JP. Bayesian Approaches to Clinical Trials and Health-Care Evaluation. Chichester: Wiley, 2004.
13. SiRM. Poweranalyse zorginhoudelijke indicatoren; Verpleging verzorging en zorg thuis. Den Haag: SiRM, 2010.
14. Bouter LM, Dongen van MCJM, Zielhuis GA. Epidemiologisch onderzoek: opzet en interpretatie. Zesde druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

Correspondentieadres  
[x.koolman@gmail.com](mailto:x.koolman@gmail.com)

# Een simpele oogtest voor slechtziende ouderen in zorginstellingen

Prof. dr. J.E.E. Keunen, oogarts, voorzitter VISION 2020 Netherlands, Instituut voor Oogheelkunde, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

M. Snouck Hurgronje – van de Ruit, verpleegkundig teamleider polikliniek oogheelkunde, bestuurslid VISION 2020 Netherlands, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Prof. dr. M. G.M. Olde Rikkert, geriater, afdeling Geriatrie, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

Prof. dr. G.H.M.B van Rens, oogarts, afdeling Oogheelkunde, VU Medisch Centrum, Amsterdam

Dr. J.J. Limburg, arts-onderzoeker, uitvoerend secretaris VISION 2020 Netherlands

## INLEIDING

‘Ouderdom komt met gebreken’ is een bekend gezegde en visuele beperkingen zijn daar een goed voorbeeld van. Er waren in 2009 naar schatting 316.000 Nederlanders met een visuele beperking: 78.000 blinden en 238.000 slechtzienden. Van hen was 79,4% (251.000) 65 jaar of ouder en 72,2% (181.000) vrouw.<sup>1,2</sup>

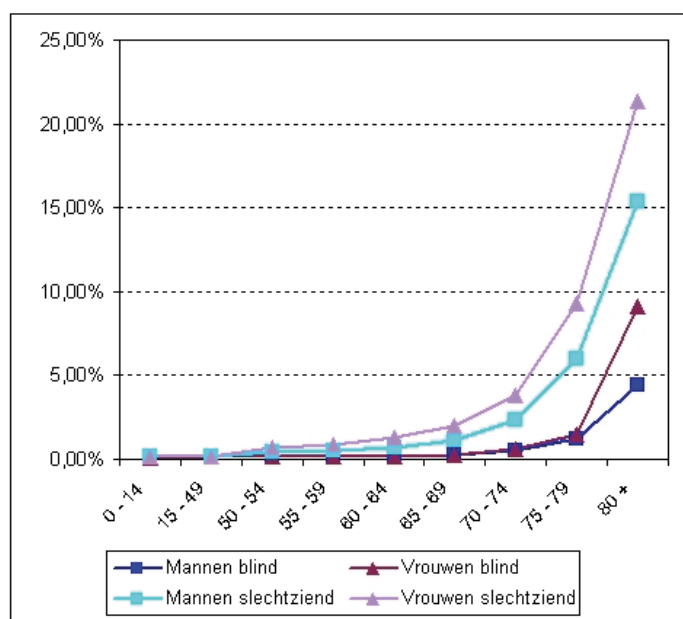
Leeftijd is de belangrijkste risicofactor voor slechtziendheid en blindheid.<sup>3,4</sup> De prevalentie stijgt exponentieel vanaf het 65e levensjaar en is bij vrouwen gemiddeld hoger dan bij mannen. (Figuur 1). Van de in totaal 2,472 miljoen ouderen (65+) in 2009 wonen er volgens het CBS 155.000 (6,3%) in een zorginstelling en 2.317.000 (93,7%) zelfstandig. Onder de ouderen in een zorginstelling is de prevalentie van visuele beperkingen met ruim 40% het hoogste: 32.000 (20,6%) van hen zijn blind en 34.000 (21,9%) slechtziend. Onder de zelfstandig wonende ouderen is de prevalentie lager (1,2% is blind en 6,8% slechtziend), maar het aantal thuiswonende

de ouderen dat blind is, is met 27.000 bijna even hoog en het aantal dat slechtziend is, is met 154.000 bijna vijf maal zo hoog.<sup>5</sup>

De belangrijkste oorzaken van visuele beperkingen onder ouderen zijn leeftijdsgebonden maculadegeneratie (LMD), cataract, refractieafwijkingen, glaucoom en diabetische retinopathie. Door de vergrijzing in Nederland zal het aantal 65-plussers de komende tien jaar verder toenemen van 2,47 miljoen (15,0% van de bevolking) in 2009 tot 3,36 miljoen (19,7%) in 2020. Daarmee zal ook het aantal ouderen met een visuele beperking stijgen tot naar schatting 378.000 in 2020.<sup>2</sup>

In een ontwikkeld land als Nederland leidt slechtziendheid met een visus <0.3 in het beste oog al gauw tot veel beperkingen: autorijden is niet langer toegestaan en lezen en werken met een computer is moeilijk zonder speciale aanpassingen. De kwaliteit van leven is verminderd en depressies komen vaker voor.<sup>6,7</sup> Ook neemt het risico op valaccidenten en fracturen toe.<sup>8</sup> Dit alles leidt tot een hogere zorgbehoefte, want ouderen met een dubbelzijdige visuele beperking hebben veelal zorg nodig in een verpleeg- of verzorgingshuis. Adequate preventieve oogzorg kan verandering brengen in deze situatie. De zorgbehoefte en de kwaliteit van leven verbetert na een cataractoperatie.<sup>9</sup> Mogelijk vermindert ook de kans op valaccidenten en fracturen.<sup>10,11</sup>

Ruim 80% van alle slechtziendheid en blindheid in de wereld is goed te behandelen of is met tijdige interventie te voorkomen (‘vermijdbare blindheid’). Om deze reden heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) samen met de International Agency for the Prevention of Blindness (een koepelorganisatie van meer dan 20 internationale niet-gouvernementele organisaties, die zich bezighouden met het bestrijden en voorkomen van blindheid) in 1999 een wereldwijd initiatief gelanceerd onder de naam ‘VISION 2020: The Right to Sight’. Doel is om alle vermijdbare slechtziendheid en blindheid in de wereld te elimineren vóór het jaar 2020.<sup>12</sup> In 2003 werd de WHO projectgroep VISION 2020 Netherlands opgericht door de toenmalige



Figuur 1. Prevalentie van blindheid en slechtziendheid in Nederland naar leeftijdsgroep en geslacht

**Wilson's criteria voor screening:**

De ziekte	is een belangrijk probleem <i>veroorzaakt productieverlies, afhankelijkheid, verhoogd risico op valaccidenten en fracturen, depressie en daling van kwaliteit van leven</i> heeft aantoonbaar stadium met latente of vroege symptomen <i>geleidelijke afname van visus</i> heeft een duidelijk en bekend natuurlijk verloop <i>dit gaat op voor vrijwel alle oorzaken van visuele beperkingen</i>
Onderzoek	een geschikte test of onderzoek is beschikbaar <i>visus onderzoek, Amsler test en gezichtsveldonderzoek zijn gestandaardiseerd</i> de test moet acceptabel zijn voor de te onderzoeken doelgroep <i>onderzoeken zijn niet belastend en niet invasief</i> screening moet een continu proces zijn <i>elke nieuwe bewoner krijgt test aangeboden en daarna elke twee jaar</i>
Nazorg	faciliteiten voor onderzoek en behandeling dienen aanwezig te zijn <i>oogarts, optometrist/opticiën en revalidatie zijn overal beschikbaar</i> er dient een geaccepteerde en effectieve behandeling te bestaan <i>bij ruim 50% van de mensen met een visuele beperking is verbetering mogelijk; bij permanente visuele beperking kunnen hulpmiddelen en revalidatie de zelfredzaamheid verhogen</i> er dient consensus te bestaan over wie behandeld dient te worden <i>er is consensus over de behandeling van de oogandoeningen en huisarts verwijst op indicatie</i>
Economie	de kosten van screening dienen redelijk te zijn in vergelijking tot de mogelijke totale kosten aan medische behandeling <i>correctie van refractieafwijkingen, staaroperatie en controle en behandeling van diabetische retinopathie zijn bewezen kosteneffectieve interventies</i>

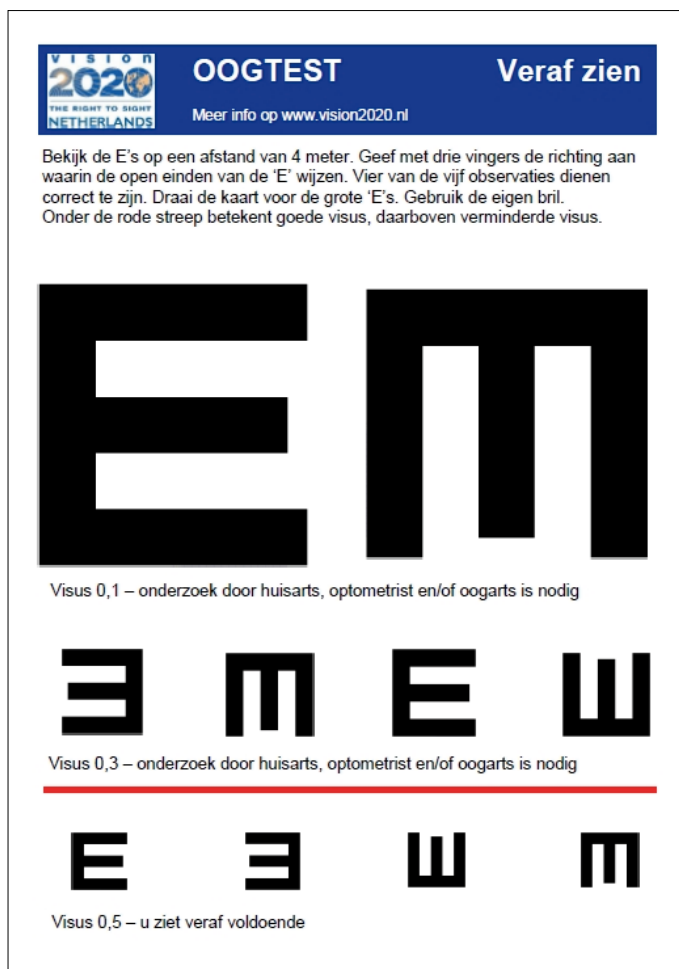
minister van VWS, dr. E. Borst-Eilers, om dit doel ook in Nederland te bereiken. De projectgroep toonde aan dat ook in Nederland bijna 40% van alle blindheid en ruim 60% van alle slechtziendheid 'vermijdbaar' is.<sup>13</sup> Daarbij gaat het voornamelijk om cataract, nastaar en refractieafwijkingen als behandelbare afwijkingen en visuele beperkingen als gevolg van glaucoom of diabetische retinopathie die voorkomen hadden kunnen worden door vroegtijdige diagnose en behandeling. Onder ouderen in een zorginstelling is naar schatting 63% van alle visuele beperkingen vermijdbaar. Onder zelfstandig wonende ouderen is dat 56%.<sup>12</sup>

Om deze reden wordt sinds enkele jaren door commerciële optiekbedrijven in een aantal zorginstellingen op locatie oogzorg aangeboden aan bewoners die daar behoefte aan hebben. Een nieuw verschijnsel daarbij is de Oogbus van zorgverzekeraar CZ en het Rotterdamse Oogzorgnetwerk. De oogbus is uitgerust om een uitgebreid oogonderzoek door een optometrist te kunnen laten uitvoeren. De oogbus is op afspraak beschikbaar en het onderzoek is gratis voor CZ-verzekerden. Sommige ouderen met een visuele beperking blijken de neiging te hebben geen gebruik te maken van bovengenoemde faciliteiten.<sup>14</sup> Mogelijk komt dit omdat visuele beperkingen zich vaak langzaam ontwikkelen en daardoor niet altijd worden opgemerkt, met name wanneer sprake is van comorbiditeit. Ook willen veel ouderen

niet klagen of 'lastig' zijn, of denken ze dat slechter zien bij het ouder worden hoort (foute attributie aan leeftijd). Veel ouderen hebben de neiging medische problemen niet te rapporteren.<sup>14</sup> Recent onderzoek naar de zorgvraag en zorgbehoefte van ouderen met een visuele beperking liet zien dat er ook onvoldoende afstemming is tussen de beschikbare zorg en de zorgbehoefte van oudere cliënten en dat er onderling onvoldoende afstemming bestaat tussen de verschillende loketten in de gezondheids- en welzijnzorg voor slechtziende ouderen.<sup>15</sup> Patiënten klagen over een 'doolhof van hulpinstanties en financiële regelingen en vergoedingen'. Ook bleek dat gemiddeld slechts bij een derde van de slechtziende of blinde patiënten de huisarts op de hoogte was van de visuele beperking. Minder dan de helft van de mensen met een visuele beperking was door de behandelend oogarts doorverwezen naar een revalidatie instelling.

Wanneer er aan screening gedacht wordt is het goed de criteria in overweging te nemen zoals die door Wilson en Jungner geformuleerd zijn (zie kader).<sup>16</sup> Deze criteria zijn alle goed toepasbaar op het boven geschetste probleem.

Het doel van dit artikel is om een simpele en snelle oogtest te presenteren, waarmee ouderen in zorginstellingen met een visuele beperking makkelijk opgespoord kunnen worden. Deze screening kan uitgevoerd worden door een



Figuur 2. Testkaart voor veraf en dichtbij zien (voor- en achterzijde)

verpleegkundige of verzorgende en de resultaten bepalen of de cliënt gezien dient te worden door de huisarts/specialist ouderengeneeskunde en eventuele verdere verwijzing naar een optometrist, oogarts of revalidatie nodig is. We geven voorlopige samenvattende resultaten van een eerste pilot onderzoek met deze screeningsmethode.

## DEFINITIES

In Nederland wordt blindheid gedefinieerd als een visus minder dan 0.05 in het beste oog, met optimale correctie en/of wanneer de perifere gezichtsvelden zo beschadigd zijn dat er slechts een centrale rest over is met een gezichtshoek van  $\leq 10^\circ$  rond de centrale as. Slechthooftheid wordt gedefinieerd als een visus tussen 0.05 en 0.3 met optimale correctie, en/of een gezichtshoek tussen de  $10-30^\circ$  rond de centrale as. De term 'visuele beperking' omvat beide groepen, dus een visus minder dan 0.3 in het beste oog met optimale correctie.

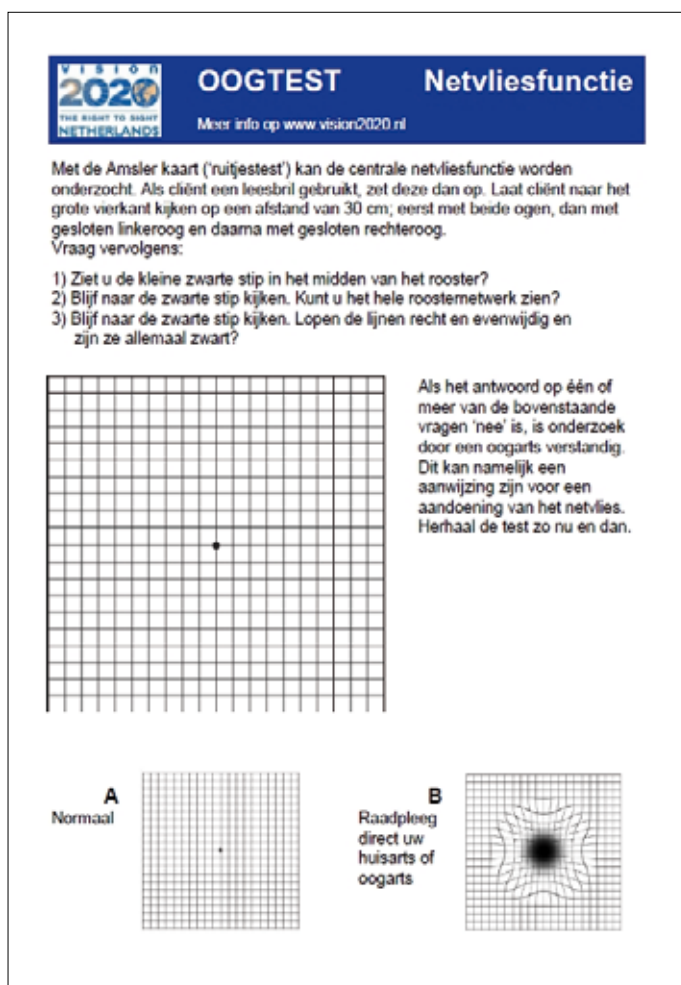
In deze definities worden visuele beperkingen door het niet beschikken over een goede brilcorrectie niet meegeteld, terwijl dit wel een belangrijke oorzaak van slechthooftheid is, ook onder ouderen in de westerse wereld. Recentelijk heeft de WHO daarom de aanbeveling gedaan om de definitie van blindheid en slechthooftheid aan te passen. De visus 'met optimale correctie' is vervangen door visus 'met be-

schikbare correctie'. Hierdoor wordt het niet hebben van een goede brilcorrectie ook meegeteld.<sup>17</sup> In dit artikel worden de laatstgenoemde nieuwe definities gebruikt.

## METHODIEK

Twee weken voor de aanvang van de visusscreening wordt een brief gestuurd aan de cliëntenraad en aan alle bewoners. Hierin wordt de achtergrond, het doel en de uitvoering van de screening uitgelegd. De visusscreening wordt uitgevoerd door een speciaal getrainde verzorgende of verpleegkundige van de zorginstelling die alle bewoners goed kent in groepjes van 5-10 bewoners. De locatie is een klein zaaltje of een afgeschermd ruimte waarbij koffie en thee wordt geserveerd. Screening in de groep leidt tot interacties en discussies. Vaak realiseren bewoners zich hier pas dat zij niet de enige zijn die moeite hebben met zien en dat maakt het makkelijker er over te praten. Per bewoner is gemiddeld 10 minuten nodig voor de visusscreening.

VISION 2020 Netherlands heeft voor de screening van slechthooftheid en blindheid in verpleeg- en verzorgingshuizen een simpele oogtest ontworpen. Deze bestaat uit twee kaarten van handzaam formaat (15x21 cm), die aan beide zijden bedrukt zijn en mat gelamineerd. De screening omvat een test voor veraf zien, een leestest voor dichtbij zien, een eenvoudige test voor de functie van de retina



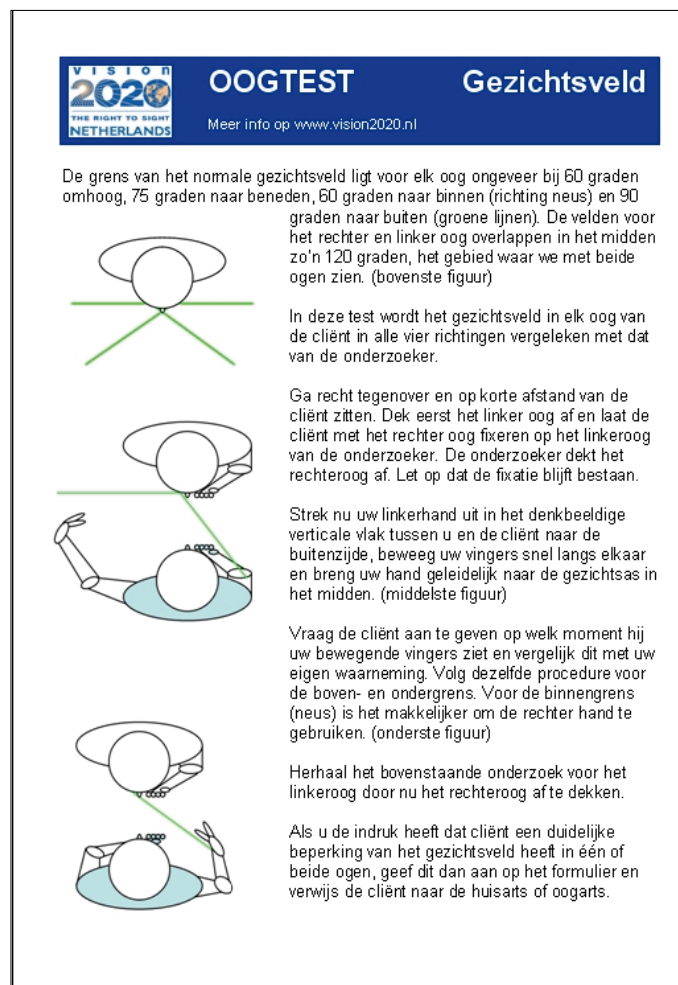
Figuur 3. Testkaart voor netvliesfunctie en gezichtsveld (voor- en achterzijde)

(de Amsler ruitjeskaart) en een eenvoudig onderzoek van het gezichtsveld (Figuur 2 en 3). De test voor veraf zien gebruikt de standaard Snellen E, gekalibreerd voor 4 meter afstand; de leestest gebruikt een leestekst in verschillende letter groottes, in gestandaardiseerde M-units. Ook de Amsler kaart en het gezichtsveldonderzoek met de confrontatiemethode volgens Donders zijn standaard onderzoeksmethoden.

Hiermee kunnen de meest voorkomende gevallen van blindheid en slechtiendheid bij ouderen worden herkend. Met de Amsler test kan leeftijdsgebonden macula degeneratie door de karakteristieke vervorming van het beeld ('metamorfopsie') opgespoord worden. De test voor gezichtsveldonderzoek is van belang bij de glaucoomdiagnostiek.

#### Veraf zien

Indien de cliënt een bril voor veraf zien heeft, dan dient deze bij de test gedragen te worden. De testkaart wordt op 4 meter afstand getoond en elk oog wordt afzonderlijk getest. Van de 5 testen moeten er 4 goed zijn. Als 2 of meer testen fout zijn wordt aangenomen dat de cliënt deze E niet kan zien. Bij een visus minder dan 0,3 in één of beide ogen dient de cliënt gezien te worden door de (verpleeg)huisarts. Bij gebruik van dezelfde 'E'-kaarten door onderwijzers in India werd een sensitiviteit van 64%, een specificiteit van



93% en een voor prevalentie en bias gecorrigeerde Kappa van 0,78 (goede overeenkomst) vastgesteld in vergelijking met de bevindingen van een ervaren oogheelkundig assistent met een standaard Snellen letterkaart.<sup>18</sup>

#### Dichtbij zien

Indien cliënt een leesbril heeft dan dient deze tijdens het screenen gedragen te worden. De leeskaart voor dichtbij zien dient op 40 cm afstand gelezen te worden met goede verlichting en met beide ogen tegelijk. De observator kijkt hoever cliënt komt met het lezen van de tekstregels. Bij een visus van 0,4 of minder is verwijzing naar de (verpleeg)huisarts aangewezen.

#### Netvliesfunctie

Met de Amsler test ("ruitjestest") kan de centrale netvliesfunctie worden onderzocht. De oudere bekijkt de afbeelding op een afstand van 30 cm. Men laat de cliënt eerst met beide ogen naar de zwarte stip in het midden van het grote vierkant kijken, daarna met elk oog afzonderlijk. Vervolgens wordt de cliënt gevraagd of deze het gehele netwerk kan zien en of alle lijntjes recht lopen.

Wanneer dat bevestigd wordt (conform afbeelding A op Figuur 3) is er geen reden voor doorverwijzing. Als de cliënt het ruitjespatroon beschrijft zoals in afbeelding B van Fi-

guur 3 op de kaart, dient hij gezien te worden door de (verpleeg)huisarts.

#### *Gezichtsveld*

Dit is een grove test om te onderzoeken of het gezichtsveld al dan niet beperkt is. De onderzoeker zit tegenover de cliënt die één oog heeft afgedekt en met het andere oog fixeert op het tegenoverliggende oog van de onderzoeker; de onderzoeker houdt hierbij het andere oog gesloten. De onderzoeker beweegt de uitgestrekte arm met bewegende vingers van buiten naar het fixatiepunt, eerst in beide horizontale richtingen, daarna in beide verticale richtingen. De cliënt geeft aan wanneer de bewegende vingers gezien worden. Beide ogen worden afzonderlijk getest. Een handleiding staat op de kaart. Wanneer de indruk bestaat dat het gezichtsveld in één of meerdere gebieden beperkt is, is doorverwijzing naar de (verpleeg)huisarts aangegeven.

#### *Verslaglegging*

Het is belangrijk om een goede documentatie van de testresultaten bij te houden in het dossier van de cliënt. Hiervoor heeft VISION 2020 Netherlands een formulier ontworpen (zie Figuur 4) dat als inlegvel in het dossier van de cliënt gebruikt kan worden. Dit formulier kan tevens als verwijfsbrief naar de (verpleeg)huisarts gebruikt worden. Het geeft bovendien de mogelijkheid tot een wetenschappelijke analyse van de data die op deze manier verkregen zijn.

Speciale software is ontwikkeld waarin de gegevens van de screening en het vervolgtraject kunnen worden ingevoerd. Hiermee zijn de gegevens gemakkelijk bij te houden en kan snel gezien worden waar individuele bewoners in het vervolgtraject zitten. De software genereert automatisch rapporten over het aantal ouderen in de instelling met een visuele beperking, hoeveel gevallen potentieel vermijdbaar zijn, hoeveel cliënten worden doorverwezen naar de oogarts, optometrist, opticien of naar een revalidatie instelling, en tenslotte of de visus na interventie verbeterd is. In eerste instantie dienen alle bewoners van de zorginstelling gescreend te worden en het advies is daarna eens per 2 jaar of op indicatie. Alle nieuwe bewoners dienen bij opname te worden gescreend.

De opkomst voor de visus screening in een eerste pilot in een verzorgingshuis was hoog. We geven hier slechts enkele voorlopige samenvattende gegevens die de uitvoerbaarheid van de screening in een verzorgingshuis onderbouwen: 87 van de 93 bewoners (93%) werden gescreend. Vier bewoners waren niet in staat de screening te ondergaan en één weigerde omdat ze al regelmatig door een oogarts werd gezien. Van de 87 hadden 36 (41%) een visuele beperking; 28 (32%) bleken slechtziend in het beste oog en 8 (9%) zeer slechtziend. De resultaten bevestigden de schatting dat 40% van de ouderen in een zorginstelling een visuele beperking heeft.

Van de 93 bewoners zijn er 32 naar de oogarts verwezen; 12 van hen waren daar reeds bekend maar het laatste bezoek was te lang geleden of nieuwe problemen hadden zich voorgedaan. Tien bewoners zijn naar de optometrist/opticien verwezen (1 reeds bekend) en 7 bewoners zijn bij Visio aangemeld (3 reeds bekend). Een aantal bewoners is inmiddels aan staar geopereerd, maar het overzicht is nog niet compleet, omdat van een aantal verwezen bewoners nog geen correspondentie ontvangen is, cq zij nog niet geholpen zijn.

## DISCUSSIE

Twee op de vijf ouderen in zorginstellingen hebben een visuele beperking en bij ruim de helft van hen (31.000 mensen) is dit te behandelen of had de visuele beperking voorkomen kunnen worden.<sup>5</sup> Gezien de extra zorgbehoefte die een visuele beperking veroorzaakt, zowel direct als indirect (depressies, valaccidenten en fracturen), is het zinvol om vermijdbare visuele beperkingen in zorginstellingen voor ouderen in een vroeg stadium op goedkope wijze op te sporen en waar mogelijk te behandelen. Tevens kunnen op deze wijze ouderen meer profiteren van de winst die op dit moment te behalen is door behandeling van (natte) maculadegeneratie. De hier gepresenteerde VISION 2020 test maakt een snelle en goedkope screening mogelijk.

In de praktijk zal blijken dat niet alle ouderen in zorginstellingen in aanmerking komen voor oogheelkundige screening. Ouderen met ernstige psychogeriatrische stoornissen zullen de screening niet goed begrijpen en het aanmeten en gebruiken van een bril of het ondergaan van een staaroperatie kan bij hen tot grote problemen leiden. Daarnaast zijn er ook ouderen met een visuele beperking die zelfs na ampel beraad er niets aan willen laten doen: ze vinden zichzelf te oud, vinden een oogscreening te veel moeite of zeggen zichzelf prima te kunnen redden.

De auteurs pleiten desalniettemin voor een routinematige visusscreening van alle ouderen in zorginstellingen en voor casefinding op poliklinieken (bv bij valanalyse). De eerste screening kan uitgevoerd worden door een verpleegkundige of verzorgende met een korte praktijktraining door de specialist ouderengeneeskunde. Wanneer geen afwijkingen gevonden worden, volgt na de screening geen verdere actie. In de overige gevallen wordt de cliënt doorverwezen naar de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde. Op basis van de bevindingen van de visusscreening en de gegevens in het dossier beslist de arts van de zorginstelling of en naar wie de cliënt doorverwezen dient te worden, of dat geen verdere actie nodig is. Al deze stappen kunnen in de zorginstelling plaatsvinden, waardoor de belasting voor de cliënt en behandelend arts minimaal is. In veel gevallen is het zelfs mogelijk om afspraken te maken met de optometrist/opticien en met de revalidatie instelling, zodat zij hun onderzoek ook in de instelling doen. Goede onderlinge afspraken zijn een essentiële voorwaarde om een adequaat functionerende zorgketen te creëren en een passende interventie te kunnen bieden. Dergelijke screening

VISUS SCREENING BEWONERS ZORGINSTELLINGEN						
<b>A. Persoonsgegevens</b>		Naam instelling: _____		Kamer: <input type="text"/>		
Achternaam _____		Geslacht:		Status:	Onderzocht:	<input type="checkbox"/>
Voorletters _____		Man: <input type="checkbox"/>			Afwezig:	<input type="checkbox"/>
Geboortedatum <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		Vrouw: <input type="checkbox"/>			Geweigerd:	<input type="checkbox"/>
					Niet in staat:	<input type="checkbox"/>
"Heeft u problemen met uw ogen (gehad)?"		Ja: <input type="checkbox"/>	Nee: <input type="checkbox"/>	Welke?		
"Bent u onder controle van opticiën / optometrist?"		Ja: <input type="checkbox"/>	Nee: <input type="checkbox"/>	laatste bezoek: <input type="text"/>		
"Bent u onder behandeling van een oogarts?"		Ja: <input type="checkbox"/>	Nee: <input type="checkbox"/>	laatste bezoek: <input type="text"/>		
"Heeft u hulp van revalidatie instelling (gehad)?"		Ja: <input type="checkbox"/>	Nee: <input type="checkbox"/>	laatste bezoek: <input type="text"/>		
"Heeft u Diabetes Mellitus?"		Ja: <input type="checkbox"/>	Nee: <input type="checkbox"/>			
<b>B. Eerste screening:</b>		Datum onderzoek <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>				
<b>Visus onderzoek - veraf zien</b>		<b>dichtbij zien</b>				
met eigen bril <input type="checkbox"/> geen bril <input type="checkbox"/>		met eigen bril <input type="checkbox"/> geen bril <input type="checkbox"/>				
<b>Rechteroog</b>		<b>Linkeroog</b>		<b>Beide ogen</b>		
Ziet 0,5 <input type="checkbox"/>		Ziet 0,5 <input type="checkbox"/>		Leest 0,4 <input type="checkbox"/>		
Ziet 0,3 <input type="checkbox"/>		Ziet 0,3 <input type="checkbox"/>		Leest 0,32 <input type="checkbox"/>		
Ziet 0,1 <input type="checkbox"/>		Ziet 0,1 <input type="checkbox"/>		Leest 0,25 <input type="checkbox"/>		
Ziet niet 0,1 <input type="checkbox"/>		Ziet niet 0,1 <input type="checkbox"/>		Leest niet 0,25 <input type="checkbox"/>		
<b>Amslertest:</b>		A: <input type="checkbox"/>		Verwijzing huisarts/optometrist? Ja: <input type="checkbox"/>		
B: <input type="checkbox"/>		A: <input type="checkbox"/>		Nee: <input type="checkbox"/>		
Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		B: <input type="checkbox"/>		Geweigerd: <input type="checkbox"/>		
Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Opmerkingen: _____		
<b>Gezichtsveld:</b>		Normaal: <input type="checkbox"/>				
Beperkt: <input type="checkbox"/>		Normaal: <input type="checkbox"/>				
Beperkt: <input type="checkbox"/>		Beperkt: <input type="checkbox"/>				
<b>C. Arts / optometrist:</b>		Naam: _____		Datum onderzoek: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
<b>Visus onderzoek - veraf zien</b>		<b>dichtbij zien</b>				
met eigen bril <input type="checkbox"/> geen bril <input type="checkbox"/>		met eigen bril <input type="checkbox"/> geen bril <input type="checkbox"/>				
<b>Rechteroog</b>		<b>Linkeroog</b>		<b>Beide ogen</b>		
Ziet 0,5 <input type="checkbox"/>		Ziet 0,5 <input type="checkbox"/>		Leest 0,4 <input type="checkbox"/>		
Ziet 0,3 <input type="checkbox"/>		Ziet 0,3 <input type="checkbox"/>		Leest 0,32 <input type="checkbox"/>		
Ziet 0,1 <input type="checkbox"/>		Ziet 0,1 <input type="checkbox"/>		Leest 0,25 <input type="checkbox"/>		
Ziet geen 0,1 <input type="checkbox"/>		Ziet geen 0,1 <input type="checkbox"/>		Leest niet 0,25 <input type="checkbox"/>		
<b>Amslertest:</b>		A: <input type="checkbox"/>		<b>Oorzaak visuele beperking</b>		
B: <input type="checkbox"/>		A: <input type="checkbox"/>		<b>Rechteroog</b>		
Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		B: <input type="checkbox"/>		<b>Linkeroog</b>		
Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Refractie afwijking <input type="checkbox"/>		
<b>Gezichtsveld:</b>		Normaal: <input type="checkbox"/>		Cataract <input type="checkbox"/>		
Beperkt: <input type="checkbox"/>		Normaal: <input type="checkbox"/>		LMD <input type="checkbox"/>		
Beperkt: <input type="checkbox"/>		Beperkt: <input type="checkbox"/>		Diabetische retinopathie <input type="checkbox"/>		
<b>Verwijzing:</b>		Oogarts: <input type="checkbox"/>		Glaucoom <input type="checkbox"/>		
Optometrist/opticiën: <input type="checkbox"/>		A: <input type="checkbox"/>		Overig, noem _____		
Revalidatie instelling: <input type="checkbox"/>		B: <input type="checkbox"/>		Geen afwijking <input type="checkbox"/>		
Geen verdere actie: <input type="checkbox"/>		Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Opmerkingen: _____		
<b>D. Oogarts</b>		Locatie: _____		Datum onderzoek <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
<b>Visus onderzoek - veraf zien</b>		<b>Oorzaak visuele beperking</b>				
met eigen bril <input type="checkbox"/> geen bril <input type="checkbox"/>		<b>Rechteroog</b>		<b>Linkeroog</b>		
Met huidige correctie <input type="checkbox"/>		Refractie afwijking <input type="checkbox"/>		Cataract <input type="checkbox"/>		
Met beste correctie <input type="checkbox"/>		Cataract <input type="checkbox"/>		LMD <input type="checkbox"/>		
A: <input type="checkbox"/>		Diabetische retinopathie <input type="checkbox"/>		Glaucoom <input type="checkbox"/>		
B: <input type="checkbox"/>		Glaucoom <input type="checkbox"/>		Overig, noem _____		
Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Overig, noem _____		Geen afwijking <input type="checkbox"/>		
Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Geen afwijking <input type="checkbox"/>		<b>Interventie:</b>		
<b>dichtbij zien met eigen bril <input type="checkbox"/></b>		geen bril <input type="checkbox"/>		Nieuwe bril <input type="checkbox"/>		
<b>Beide ogen</b>		Nieuwe bril <input type="checkbox"/>		Cataract operatie <input type="checkbox"/>		
Met huidige correctie <input type="checkbox"/>		Cataract operatie <input type="checkbox"/>		Nastbaar behandeling <input type="checkbox"/>		
Met beste correctie <input type="checkbox"/>		Nastbaar behandeling <input type="checkbox"/>		Laser behandeling <input type="checkbox"/>		
A: <input type="checkbox"/>		Laser behandeling <input type="checkbox"/>		Medicijnen <input type="checkbox"/>		
B: <input type="checkbox"/>		Medicijnen <input type="checkbox"/>		Visueel hulpmiddel <input type="checkbox"/>		
Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Visueel hulpmiddel <input type="checkbox"/>		Revalidatie <input type="checkbox"/>		
Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Revalidatie <input type="checkbox"/>		Overige actie <input type="checkbox"/>		
<b>E. Na interventie</b>		Datum onderzoek <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		Geen actie <input type="checkbox"/>		
<b>Interventie:</b>		<b>Visus onderzoek - veraf zien</b>		<b>dichtbij zien</b>		
Nieuwe bril <input type="checkbox"/>		<b>Rechteroog</b>		<b>Beide ogen</b>		
Cataract operatie <input type="checkbox"/>		Ziet 0,5 <input type="checkbox"/>		Leest 0,4 <input type="checkbox"/>		
Nastbaar behandeling <input type="checkbox"/>		Ziet 0,3 <input type="checkbox"/>		Leest 0,32 <input type="checkbox"/>		
Laser behandeling <input type="checkbox"/>		Ziet 0,1 <input type="checkbox"/>		Leest 0,25 <input type="checkbox"/>		
Medicijnen <input type="checkbox"/>		Ziet geen 0,1 <input type="checkbox"/>		Leest niet 0,25 <input type="checkbox"/>		
Visueel hulpmiddel <input type="checkbox"/>		Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		<b>Tevreden:</b>		
Revalidatie <input type="checkbox"/>		Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Zeer tevreden <input type="checkbox"/>		
Overige actie <input type="checkbox"/>		Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Tevreden <input type="checkbox"/>		
Geen actie <input type="checkbox"/>		Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Geen verschil <input type="checkbox"/>		
		Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Ontevreden <input type="checkbox"/>		
		Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Zeer ontevreden <input type="checkbox"/>		
		Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		Waarom bent u niet naar oogarts / optometrist / Visio gegaan?		
		Onduidelijk: <input type="checkbox"/>		_____		

Figuur 4. Verslagleggingsformulier



is natuurlijk ook mogelijk als casefinding bij bezoek van de huisarts of bij polikliniek of dagkliniek bezoek van de klinisch geriater.

Prinses Margriet, beschermvrouwe van VISION 2020 Netherlands, betoogde in 2009 tijdens het nationale symposium '75 Jaar Blindheidsbestrijding in Nederland' dat preventie van blindheid en slechthoortheid een breed gedragen nationaal karakter moet hebben om succesvol te kunnen zijn. "Samenspraak brengt met zich mee dat dwarsverbanden zichtbaar worden en niet verzuild gedacht en gehandeld wordt. Samenwerking met patiëntenverenigingen is essentieel om succesvol te kunnen zijn. Het doel is een samenleving waarin onnodige en vermijdbare slechthoortheid en blindheid niet langer een beperkende handicap mag zijn. ... U allen bent deel van de oplossing", zo stelde de prinses. VISION 2020 Netherlands werkt samen met de Unie Katholieke Bond van Ouderen en de overkoepelende landelijke ouderenbond aan de voorbereiding van een nationaal bewustwordingsprogramma, dat in 2011 van start zal gaan. In de aanloop hiernaar zijn de eerste screeningsonderzoeken met de hier beschreven testkaart onlangs gestart in verzorgingshuizen in Amsterdam-Noord, Maastricht en Den Bosch. Uit een hier beschreven kleine pilot blijkt de testkaart in ieder geval een praktisch bruikbaar hulpmiddel, waarmee snel geconstateerd kon worden dat bijna de helft van de onderzochte ouderen een visuele beperking hadden, hetgeen een bevestiging is van de eerdere schattingen.

Voor zelfstandig wonende ouderen lijkt routinematige screening niet de aangewezen optie: de prevalentie is laag en het aantal ouderen hoog. Waarschijnlijk is adequate voorlichting van deze groep, zoals via het eerder genoemde initiatief van de landelijke ouderenbonden, de beste aanpak. Wellicht is een gerichte visusscreening van ouderen met een verhoogd risico op een visuele beperking een optie, bijvoorbeeld alle ouderen die medische hulp via de thuiszorg ontvangen. Nader onderzoek moet uitwijzen of dit efficiënt en effectief kan zijn.

Samenvattend kan gesteld worden dat met behulp van de hier gepresenteerde testkaarten ouderen met een visuele beperking op simpele wijze geïdentificeerd kunnen worden. Dit zal leiden tot een aanzienlijke vermindering van de hoge prevalentie van visuele beperkingen onder ouderen in een zorginstelling en een verbetering van de kwaliteit van leven van een grote groep kwetsbare ouderen.

## REFERENTIES

1. *Epidemiologie van visuele beperkingen en een demografische verkenning*, Limburg H, Stichting InZicht/ZonMw, Den Haag, 2007. Beschikbaar op: <http://www.zonmw.nl/programma-s/alle-programma-s/inzicht/publicaties/> en op <http://www.vision2020.nl/publicaties.html>
2. *Rekenmodel bij Epidemiologie van visuele beperkingen en*

- een demografische verkenning*. Beschikbaar op: <http://www.vision2020.nl/publicaties.html>
3. Klaver CC, Wolfs RC, Vingerling JR. Age-specific prevalence and causes of blindness and visual impairment in an older population. *Arch Ophthalmol*. 1998;116:653-658
4. Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP, Mariotti SP. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bull World Health Organ*. 2004;82:844-851
5. Limburg H, Keunen JEE, van Rens G. Visuele beperkingen bij ouderen in Nederland – risicogroepen en mogelijkheden tot interventie. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2009;(40):149-156.
6. Evans J, Fletcher A, Wormald R. Depression and anxiety in visually impaired older people. *Ophthalmology*. 2007;114:283-288
7. Hayman KJ, Kerse NM, La Grow SJ, Wouldes T, Robertson MC, Campbell AJ. Depression in older people: visual impairment and subjective ratings of health. *Optom Vis Sci*. 2007;84:1024-1030.
8. de Boer MR, Pluijm SMF, Lips P, Moll AC, Völker-Dieben HJ, Deeg DJH, et al. Different aspects of visual impairment as risk factors for falls and fractures in older men and women. *J Bone Miner Res*. 2004;19(9):1539-1547.
9. Walker JG, Anstey KJ, Hennessy MP, Lord SR, von Sanden C. The impact of cataract surgery on visual functioning, vision-related disability and psychological distress: a randomized controlled trial. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2006;34:734-742
10. Harwood RH, Foss AJ, Osborn F, et al. Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: a randomised controlled trial. *Br J Ophthalmol*. 2005; 89: 53-59
11. Desapriya E, Subzwari S, Scime-Beltrano G, Samayawardhena LA, Pike I. Vision improvement and reduction in falls after expedited cataract surgery Systematic review and meta-analysis. *J Cataract Refract Surg*. 2010 Jan;36(1):13-9.
12. *Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness*. World Health Organization. WHO/PBL/97.61 Rev. 2. 1999, Geneva. Beschikbaar op [http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO\\_PBL\\_97.61\\_Rev.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_PBL_97.61_Rev.1.pdf)
13. Limburg H, den Boon JM, Hogeweg M, Gevers RJT, Ten Hove GTh, Keunen JEE. Vermijdbare slechthoortheid in Nederland. Het project VISION 2020 Netherlands van de WHO. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2005;149:577-82
14. Van Nispen RMA, Hoeijmakers JGJ, de Boer MR, Ringens PJ, van Rens GHMB. Agreement between self-reported comorbidity of visually impaired older patients and reports from their general practitioners. *Vis Imp Res*. 2008;10:49-56
15. Van der Horst F, Eindverslag onderzoek 'Afstemming zorgbehoeften/zorgvragen en zorgaanbod van blinde en slechthoorende ouderen' (Project 94306002). 2007, ZonMw
16. Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. *WHO Chronicle* 1968;22(11):473 Beschikbaar op: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO\\_PHP\\_34.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf)

17. WHO 2008. *Change the definition of blindness*. Beschikbaar op: <http://www.who.int/blindness/Change%20to%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf>
18. Limburg H, Vaidyanathan K, Dalal HP. *Cost-effective screening of schoolchildren for refractive errors*. *World Health Forum*. 1995;16(2):173-178.

19. [http://whqlibdoc.who.int/whf/1995/vol16-no2/WHF\\_1995\\_16%282%29\\_p173-178.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whf/1995/vol16-no2/WHF_1995_16%282%29_p173-178.pdf)

Correspondentieadres  
hlimburg@quicknet.nl

## SAMENVATTING

Volgens recente schattingen heeft 42% van de 155.000 ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland een visuele beperking. Bij meer dan de helft van hen zou dit relatief eenvoudig gecorrigeerd kunnen worden met een goede bril of een staaroperatie. Dit artikel beschrijft een simpele en effectieve methode voor visusscreening en eenvoudig oogonderzoek voor ouderen in zorginstellingen met als doel mensen met een visuele beperking op te sporen en indien mogelijk adequate oogzorg te verlenen.

De eerste screening wordt uitgevoerd door een verzorgende of verpleegkundige van de zorginstelling. Met speciaal ontwikkelde testkaarten wordt vastgesteld of het gezichtsvermogen veraf en dichtbij normaal is of verminderd, of er afwijkingen zijn in de netvliesfunctie of aanwijzingen voor een beperking van het gezichtsveld.

Bij afwijkingen of klachten wordt cliënt gezien door de huisarts of specialist ouderengeneeskunde. Deze beslist samen met cliënt en eventueel de familie en op basis van de medische voorgeschiedenis of en naar wie cliënt verder doorverwezen dient te worden.

De eerste ervaringen in een hier gepresenteerde pilot tonen aan dat de test kaarten makkelijk te gebruiken zijn en dat de medewerking van de bewoners hoog is. Ruim 40% van de gescreende bewoners heeft een visuele beperking en de screening met de oogkaarten bracht een belangrijke onderbenutting van oogheelkundige zorgverlening aan het licht.

Grootschaliger onderzoek met deze screeningsmethode wordt thans voorbereid, maar de eerste ervaringen maken aannemelijk dat het een efficiënte en voor kwetsbare ouderen belangrijke praktijkinnovatie betreft.

# Onderdiagnostiek van Myasthenia Gravis bij ouderen

dr. J. Buikema-Cohen, aios huisartsgeneeskunde, AMC-UvA

dr. H.M.E. Bienfait, neuroloog, Kennemer Gasthuis

drs. J. van Bracht, specialist Ouderengeneeskunde, Transferafdeling Kennemer Gasthuis, Stichting SHDH, Haarlem

## ABSTRACT

In dit artikel beschrijven wij een ziektegeschiedenis die de klassieke symptomen van Myasthenia Gravis (MG) toont, maar echter niet direct als dusdanig werd herkend. Dit blijkt vaker het geval; er is een toename in incidentie van Myasthenia Gravis, met name bij ouderen, en ook onderdiagnostiek is hierbij geen onbekend fenomeen. Hiernaast benadrukt deze gevalsbeschrijving het belang van kritische herevaluatie van symptomatologie, ook als het aanvullend onderzoek pathologie lijkt uit te sluiten.

## CASUS

**Patiënt A**, een 90-jarige vrouw, werd op de transferafdeling opgenomen ter revalidatie na een mediale collumfractuur waarvoor zij een gammanail-implantatie had ondergaan. Patiënte was 33 jaar alleenstaand en leidde een actief leven. De voorgeschiedenis vermeldde onder andere osteoporose, artrose, een CVA op haar 40<sup>e</sup> jaar, epilepsie en angina pectoris. Revalidatie verliep voorspoedig, echter vlak voor ontslag presenteerde patiënte zich met peracut ontstane dyspnoe, aanvalsgewijs optredend, volgens patiënte gepaard gaand met piepende inademing en verbeterend in buikligging. Patiënte had het gevoel dat het drinken haar uit de mond liep en dat zij sprak met dubbele tong. Dit kon niet geobjectiveerd worden; bij verder lichamelijk onderzoek werden evenmin afwijkingen gevonden. Oriënterend laboratoriumonderzoek was ongestoord. Gezien de afwezigheid van objectiveerbare afwijkingen werd een afwachtend beleid afgesproken. De volgende dag was patiënte toenemend kortademig, vooral bij en na inspanning. Behandeling met zuurstof en een lisdiureticum had geen effect en patiënte werd voor verdere analyse overgeplaatst naar het ziekenhuis. Aldaar bleek laboratoriumonderzoek ongestoord behoudens een verhoogde d-dimeer waardoor gedacht werd aan een longembolie. CT-onderzoek sloot dit uit, evenals andere pulmonale of cardiale oorzaken van haar dyspnoe. Tijdens opname werd vanwege de slikklachten de neuroloog in consult gevraagd, blijkens aanvullende anamnese zou er een week eerder gedurende twee dagen sprake zijn geweest van een hangende mondhoek. Neurologisch onderzoek toonde subtiele slikstoornissen en dysartrie, een CT-cerebrum toonde alleen een oud lacunair staminfarct. Een recidief hersen(stam)infarct was hiermee nog niet uitgesloten, en er werd profylactisch trombocytenuitremming gestart. Er was geen duidelijke verklaring voor de

dyspnoe en patiënte werd met de dubbeldiagnose “mogelijk ischemisch hersenstaminfarct en hyperventilatie” voor verdere revalidatie teruggeplaatst naar de transferafdeling. Alhier werd, naast de dagelijkse dyspnoe-aanvallen, wisselend neurologische uitval waargenomen, met name diplopie en een gestoorde spraak- en slikfunctie. Hiernaast meldde patiënte en haar familie dat zij vonden dat haar oogleden toenemend hingen. De klachten leken progressief in ernst en namen toe na inspanning. Deze waren inmiddels dusdanig belastend dat patiënte aangaf op deze manier niet verder te willen leven, temeer omdat met deze beperkingen terugkeer naar de zelfstandige thuissituatie niet meer mogelijk was. Herevaluatie van de klachten resulteerde in de differentiaaldiagnose hersenstaminfarct en myasthenie. Een alsnog uitgevoerde MRI liet geen nieuwe infarcering zien. De diagnose myasthenia gravis werd, middels een positieve test op acetylcholinereceptorantilichamen, wel bevestigd. De tijd tot diagnose bedroeg zeven weken, doordat de door patiënte genoemde symptomen in eerste instantie deels niet werden geobjectiveerd en niet in het juiste perspectief werden geplaatst. Behandeling met pyridostigmine, een cholinesterase-remmer, werd gestart, hetgeen binnen een week al duidelijk positief effect gaf. Patiënte kon binnen twee weken ontslagen worden en functioneert weer geheel zelfstandig thuis.

## BESCHOUWING

MG is een auto-immuunziekte die moeheid en zwakte van willekeurige spieren veroorzaakt. Bij het merendeel van de patiënten is dit het gevolg van circulerende antilichamen tegen acetylcholinereceptoren, waardoor signaaloverdracht van de zenuw naar de spier beperkt is en zo spierzwakte teweegbrengt. MG wordt gekenmerkt door symptomen als ptosis, diplopie, dysartrie, dysfasie en zwakte van de extremiteiten.

## DOCTOR'S DELAY

Bovengenoemde patiënte presenteerde zich eigenlijk met alle klassieke symptomen van MG, maar dat werd niet direct als dusdanig herkend. Dit is geen onbekend fenomeen; doctor's delay wordt geregeld gezien bij MG. Een Nederlandse studie uit de jaren tachtig liet zien dat de diagnose MG slechts bij 57% van de patiënten in het eerste jaar na ontstaan van de klachten werd gesteld, en slechts bij 74%

binnen twee jaar, en bij 13% van de patiënten duurde het zelfs vijf jaar of langer.<sup>1</sup> Aangezien de prevalentie van MG in andere landen sindsdien is toegenomen, deels door betere en vroegere herkenning van het ziektebeeld,<sup>2,3</sup> maar ook door een ware toename in incidentie<sup>4</sup> zullen de percentages van ernstige doctor's delay in Nederland mogelijk niet meer zo hoog zijn als toen. Desondanks beschrijven recentere studies uit naburige Europese landen nog altijd aanzienlijke doctor's delay, vaak langer dan een jaar.<sup>2,3</sup> In de VS wordt dan ook gepleit voor het standaard testen op MG bij klachten van ptosis en/of diplopie, de twee meest voorkomende symptomen bij MG (85% van de patiënten).<sup>5,6</sup> Bij patiënt A was de eerste manifestatie van MG peracut ontstane dyspnoe. Dit is ongebruikelijk, al zijn enkele gevallen bekend waarbij MG zich als acute dyspnoe presenteert.<sup>7</sup> Samen met dysartrie en dysfagie is dyspnoe bij minder dan 15% de eerste uiting van MG.<sup>6</sup> Wellicht dat ook de leeftijd van patiënt A eraan heeft bijgedragen dat niet aan MG werd gedacht. Het is bekend dat MG ondergediagnosticeerd is bij ouderen<sup>2</sup> en dat bij deze groep de symptomen vaak toegekend worden aan een cerebrovasculair accident. Lang werd gedacht dat de piekincidentie lag bij vrouwen in de leeftijd van 20-30 jaar en mannen rond 70 jaar, maar een recente Italiaanse studie beschrijft een toename in incidentie bij ouderen, en een afname bij jongeren. De incidentie van MG in Italië bedroeg 13 per miljoen inwoners, waarvan slechts 3 per miljoen jongeren, en 37 per miljoen ouderen.<sup>4</sup> Deze getallen lijken ook toepasbaar te zijn op de Nederlandse populatie, aangezien epidemiologische gegevens over Zuid-Holland ook een toename in incidentie vermelden.<sup>8</sup> Hierom moeten we des te meer bedacht zijn op het herkennen van MG bij ouderen wanneer deze zich presenteren met oculaire of bulbaire uitval al dan niet in combinatie met dyspnoe.

## CONCLUSIE

MG is een steeds vaker voorkomend ziektebeeld bij ouderen. Desondanks worden kenmerkende symptomen vaak niet meteen herkend en wordt bij ouderen geregeld eerder gedacht aan een herseninfarct. Bij patiënt A uit de casus stond in eerste instantie dyspnoe als voornaamste klacht

voorop, maar juist de combinatie met neurologische klachten had kunnen doen denken aan een neuromusculaire aandoening. Hiernaast wordt klassieke MG, geassocieerd met acetylcholinereceptor antilichamen, gekenmerkt door wisselende motorische zwakte, hetgeen in bovengenoemde casus een duidelijke rode vlag was. Tijdige herkenning van MG is aangewezen, juist bij deze kwetsbare groep ouderen, temeer omdat de symptomen goed behandelbaar zijn. Wij pleiten er dan ook voor dat, wanneer patiënten zich met ptosis en/of diplopie presenteren en een CT-scan geen ischemie laat zien, er altijd diagnostiek naar MG ingezet wordt.

## REFERENTIES

1. Beekman R, Kuks JBM, Oosterhuis HJGH. *Myasthenia gravis: diagnosis and follow-up of 100 consecutive patients*. *J Neurol* 1997;244:112-118.
2. Durand F, Camdessanché JP, Jomir L, Antoine JC, Cathébras P. *Myasthenia in elderly patients: a series of 23 cases*. *Rev Med Interne* 2005;26(12):924-30.
3. Kalb M, Lambe M. *Epidemiology of myasthenia gravis: a population-based study in Stockholm, Sweden*. *Neuroepidemiology* 2002;21(5):221-5.
4. Casetta I, Groppo E, De Gennaro R, Cesnik E, Piccolo L, Volpato S, Granieri E. *Myasthenia gravis: a changing pattern of incidence*. *J Neurol* 2010; Jul 11 (Epub ahead of print).
5. Armstrong SM, Schumann L. *Myasthenia gravis: diagnosis and treatment*. *J Am Acad Nurse Pract* 2003;15(2):72-8.
6. Grob D, Brunner N, Namba T, Pagala M. *Lifetime course of myasthenia gravis*. *Muscle Nerve* 2008;37:141-9.
7. Hanson JA, Lueck CJ, Thomas DJ. *Myasthenia gravis presenting with stridor*. *Thorax* 1996;51:108-9.
8. Wirtz PW, Nijhuis MG, Sotodeh M, Willems LNA, Brahim JJ, Putter Het al. *The epidemiology of myasthenia gravis, Lambert Eaton myasthenic syndrome and their associated tumors in the northern part of the province of South Holland*. *J Neurol* 2003; 250(6):698-701.

Correspondentieadres

j.buikema\_cohen@me.com

# Financiering van geriatrische revalidatie; de relatie tussen bekostiging en prestatie

Drs. J. Spek, adviseur, ETC Tangram Leusden

Dr. P.B.G. Peerenboom, adviseur, ETC Tangram Leusden

Dr. R. van Balen, specialist ouderengeneeskunde, LUMC Public Health en Eerstelijngeneeskunde Leiden

## INLEIDING

In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is onderzoek gedaan naar een alternatieve bekostigingswijze voor geriatrische revalidatie na een somatische aandoening, zoals deze in verpleeghuizen plaatsvindt. Voor deze in principe curatieve zorgvorm bestaat het voornemen om deze in 2012 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) over te hevelen.\* Vervolgens zal volgens de planning de bekostiging vanaf 2013 via DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties) gaan verlopen.

In afwachting van deze overgang naar DBC's wenste de NZa inzicht in bekostigingsvormen die een gepast gebruik, een betere doorstroming en kwaliteit in de keten faciliteren. In dit verband wordt wel gesproken van een dynamisch tarief. Door de sector en de NZa is namelijk geconstateerd dat het huidige vaste tarief per opnamedag niet aansluit bij het verloop van de intensiteit van de behandeling.<sup>1</sup> Indien een instelling in de eerste periode na opname meer dan gemiddeld behandelt, moet de instelling dat gedurende de resterende duur van de behandeling zien terug te verdienen. Dit betekent een financiële prikkel tot onderbehandeling in het begin van het traject en/of tot onnodig lange opname aan het eind van het traject. Kortom, in de huidige financieringssystematiek is de instelling er bij gebaat dat de bedden vol blijven (continue inkomstenbron) en intensiever en korter behandelen heeft tot gevolg dat er gemiddeld hogere kosten per dag worden gemaakt die niet worden gecompenseerd.

De onderzoeksvraag betrof een inventarisatie van bekostigingsmethodieken die recht doen aan de behandelinzet en prikkels bevatten voor efficiënte zorg. In dit artikel worden de resultaten van het onderzoek op hoofdlijnen gepresenteerd.

## ONDERZOEK

In het onderzoek zijn verschillende varianten tegen het licht gehouden. Daarbij is een aantal randvoorwaarden en

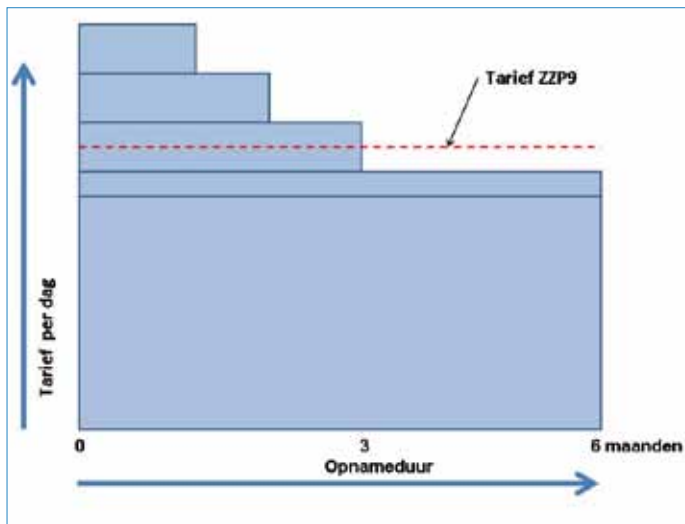
uitgangspunten gehanteerd, waaronder budgetneutraliteit (op macroniveau), aansluiting bij de ZZP-systematiek in de AWBZ, zo min mogelijk (extra) administratieve belasting en zo mogelijk aansluiting bij de tariefstructuur van de medisch specialistische revalidatie-DBC's.

In theorie doen zich verschillende mogelijke varianten van bekostiging voor die prikkels in zich dragen om de revalidatiezorg te optimaliseren en de tarieven al dan niet meer in overeenstemming te brengen met de feitelijk geleverde behandeling.<sup>2</sup> Te denken valt aan een vast bedrag per behandelingstraject. Dit is te vergelijken met de DBC's zoals die voor de ziekenhuizen worden gehanteerd. Zoals bekend bevat deze methodiek voor ziekenhuizen en medisch specialisten de prikkel tot een hoge turnover en verkorting van de opname- en/of behandelduur. Gelet op de keuze om bij de DBC-ontwikkeling de systematiek van de reeds vigerende revalidatie DBC's (geen vast bedrag per behandelingstraject, maar bekostiging op geleide van de intensiteit en duur van de behandeling) te volgen, kwam deze variant niet in aanmerking voor verdere uitwerking. Bij revalidatie bestaat namelijk een forse variatie in de hulpvraag en het aangegeven behandel aanbod, de diagnose alleen is veelal niet leidend voor de intensiteit en de duur van de behandeling.

Een andere variant is een gedifferentieerd tarief op individueel niveau op basis van de patiëntgegevens bij opname, waarbij de te verwachten behandelduur en intensiteit worden gehouden tegen een op te stellen categorisering. Op grond hiervan ontvangen verpleeghuizen een hoger of lager tarief. Dit is administratief bewerkelijk, maar kan mogelijk goed aansluiten bij de DBC-systematiek. Het sluit echter niet goed aan bij de AWBZ-systematiek met een vast bedrag per dag per zorgzwaarte voor alle categorieën patiënten.<sup>3</sup>

Ook kan worden gedacht aan een bonus/malussysteem op nacalculatiebasis, waarbij op basis van cumulatieve patiëntgegevens over een zeker tijdvak de gemiddelde behandelduur van een instelling gehouden wordt tegen een te

\* De overheveling wordt mogelijk uitgesteld naar 2013. Voor het zomerreces zal het kabinet een standpunt bepalen.



Afbeelding 1: Schematische weergave van het degressieve klassentarief

bereiken prestatie. Verpleeghuizen ontvangen op nacalculatiebasis een bonus/malus ten opzichte van het standaardtarief. Een dergelijk systeem brengt voor de instellingen grote onzekerheid met zich mee en daarenboven ontbreekt er binnen de branche vooralsnog consensus over te formuleren prestatie-indicatoren.

Tenslotte komt de introductie van een degressief tarief in aanmerking. Op geleide van de afnemende intensiteit van de zorg met de tijd wordt het tarief daarmee in overeenstemming gebracht. Hoe korter de behandeling, hoe hoger het tarief. Een dergelijke systematiek kan goed aansluiten bij de huidige praktijk, waarin het gemiddeld aantal behandelingen afneemt met de tijd.<sup>4</sup>

Vanuit financieel perspectief bieden alle bovenstaande varianten aanknopingspunten en prikkels voor een intensievere en kortere behandelduur. Gekozen is voor het nader uitwerken van twee varianten van het degressieve tarief (continue degressief en degressief met klassen).

Met een in het verleden opgebouwd databestand (3600 cliënten verdeeld over 128 instellingen) zijn met de geselecteerde varianten in het voorjaar 2010 simulaties uitgevoerd.<sup>4</sup> De gevolgen voor de totale kosten van het verkorten van de gemiddelde opnameduur met 10 of 20% onder gelijktijdige verhoging van het tarief zijn berekend. De diagnoses zijn onderverdeeld naar de volgende categorieën: CVA, traumatologie, electieve orthopedie, amputaties en een groep overigen.

Uit de simulaties blijkt dat bij een gelijkblijvend budget en een gelijkblijvend aantal patiënten het mogelijk is om het huidige vaste tarief van € 192,- per dag op te plussen met een bedrag variërend tussen de € 15,- en € 118,- afhankelijk van de gerealiseerde opnameduur. Dit geld zou dan beschikbaar kunnen komen voor extra inzet van behandelaars. De voorkeursvariant van de onderzoekers was om meerdere klassen op te zetten en deze te koppelen aan de opnameduur,

hetgeen neerkomt op een hoog dagtarief bij een korte behandelduur en een laag tarief bij een lange behandelduur.<sup>5</sup> Hierdoor wordt een verpleeghuis financieel gestimuleerd een kortere opnameduur te realiseren. Zorgkantoren zouden daarover productieafspraken per instelling moeten maken. In afbeelding 1 is het degressieve klassentarief weergegeven en afgezet tegen de huidige bekostiging (ZZP9). Op het moment van ontslag wordt de duur van de opname gemeten en de corresponderende tariefklasse bepaald. De eerste 3 maanden kent 3 tariefklassen. Een korte opnameduur levert per opnamedag derhalve een hoger tarief op. Een opname die langer duurt dan 3 maanden wordt afgerekend op een basistarief. Bij de simulatie is uitgegaan van budgettaire neutraliteit, bij een gelijkblijvend volume aan cliënten.

## PRESTATIEFACTOR

Indien een bekostigingssystematiek de efficiëntie bevordert, ontstaat er meestal een inherente prikkel om de kosten af te wentelen op anderen. Teneinde dit afwentelingsmechanisme op het snijvlak van Zvw en AWBZ en tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen te voorkomen, is het noodzakelijk de effecten zowel kwantitatief als kwalitatief te monitoren. Zorgorganisaties, cliëntvertegenwoordigers, beroepsgroepen, verzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben eisen voor verantwoorde zorg opgesteld. Deze eisen hebben betrekking op langdurige zorg en thuiszorg, voor de revalidatiezorg zijn ze nog niet geoperationaliseerd.<sup>6</sup>

De criteria voor de monitoring moeten vanzelfsprekend objectiveerbaar zijn. Met betrekking tot de revalidatie ligt het voor de hand dit in ieder geval deels uit te drukken in termen van “het verminderen van functioneringsproblemen”.<sup>7</sup> Dit betekent dat het functioneren van de patiënt zowel bij aanvang van de revalidatie als bij ontslag in kaart moet worden gebracht. Daarbij kan worden aangesloten bij instrumenten die nu al door de desbetreffende instellingen en professionals worden gebruikt. Vooralsnog gaan de gedachten uit naar een eenvoudig en tegelijkertijd nog onvolkomen model. Verschillende aspecten zijn daarbij gewogen, zoals leeftijd, geslacht, aantal nevend diagnoses (comorbiditeit) bij opname en woon- en gezinssituatie. Op basis van betekenis en uitvoerbaarheid is voorgesteld van een minimale set uit te gaan van de volgende onderdelen die in combinatie de prestatie in kaart brengt:

- A. De revalidatieduur
- B. De plaats van handeling (klinisch, in dagbehandeling of poliklinisch)
- C. Het functioneren bij de start van de revalidatie en bij ontslag<sup>8</sup>
- D. De ontslagbestemming

Het vormgeven van een prestatiefactor staat los van de toepassing ervan in regelgeving, in bekostiging of als element in de onderhandelingen tussen instelling en verzekeraar. De manier waarop een prestatiefactor een rol gaat spelen, staat los van de vormgeving.

## DISCUSSIE

In de beleidsregel die de Nza op 1 juli 2010 heeft gepubliceerd is de invoering van een transitietarief opgenomen gebaseerd op het idee van het klasstetarief, waarbij gekozen is voor één tarief per doelgroep.<sup>9</sup> Binnen de revalidatiezorg zijn meerdere groepen te onderscheiden die een verschillende (intensivering van) zorginzet en (verkorting van) ligduur kunnen hebben. In de beleidsregel worden vijf doelgroepen onderscheiden: CVA, (heup)fractuur, electieve orthopedie, amputatie en overig. Voor elke doelgroep is een apart tarief opgenomen. Door intensivering van de hoeveelheid behandeling, een betere voorbereiding van het ontslag en benodigde nazorg thuis, kan de ligduur worden ingekort. De middelen die vrijvallen door de verkorte ligduur zijn per doelgroep toegedeeld op basis van de behandelkaders die Verenso heeft ontwikkeld. Voor toepassing van het transitietarief dient mede in het kader van kwaliteitsverbetering sprake te zijn van een tweezijdige afspraak tussen instelling en zorgkantoor.

Deze tariefsystematiek maakt het mogelijk intensiever te revalideren. De prikkel tot korter behandelen is echter beperkt omdat er slechts één afkappunt bestaat ten opzichte van de oude situatie. Indien de patiënt binnen de vastgestelde termijn (afkappunt) wordt gerevalideerd, wordt de toeslag toegekend. Overschrijding van de termijn houdt derhalve het risico in dat bij een intensieve vorm van revalidatie de hogere kosten niet worden vergoed. Dit betekent dat aanbieders aan het begin van het revalidatietraject een goede inschatting moeten maken van de haalbaarheid van een korte (maar intensieve) behandelduur.

De wijze van bekostiging van gezondheidszorg is sinds jaar en dag internationaal en nationaal onderwerp van discussie, wijziging en aanpassing. Iedere systematiek heeft nadelen en leidt in de praktijk tot onbedoelde neveneffecten. Tevens bestaat er bij iedere methode ook een inherente prikkel om al dan niet de efficiëntie te bevorderen. Bij het zoeken naar adequate methodieken komt de laatste jaren meer en meer aandacht voor de koppeling van de geleverde prestatie aan het tarief. Gezocht wordt naar methodieken die niet alleen sec de uitgevoerde activiteiten of de behandelduur afrekenen, maar ook een relatie hebben met de kwaliteit van zorg en de uitkomst.

De huidige DBC's in ziekenhuizen zijn een prima voorbeeld van bekostiging om de efficiëntie per product te bevorderen. Immers, als de ziekenhuizen de kosten kunnen verminderen, wordt er aan het eind van het jaar meer overgehouden. Anderzijds is het gevaar van afwenteling op eerstelijns en/of AWBZ-voorzieningen (thuiszorg en verpleeghuiszorg) aanwezig. Voor wat betreft de directe koppeling van geld aan de geleverde kwaliteit is het lastig zulks te operationaliseren.<sup>10</sup> Voor wat betreft de introductie van een prestatiefactor zullen er in de toekomst nog nadere stappen moeten worden gezet.

Uit het onderzoek blijkt dat de introductie van een dynamisch tarief in de AWBZ-mogelijkheden biedt om de bekostiging aan te doen sluiten bij de intensiteit van de geboden behandeling en tegelijkertijd een prikkel biedt om de zorg efficiënter (intensief en kort) in te richten. Het dynamisch tarief biedt een oplossing voor het huidige knelpunt waarbij de bekostiging tot negatieve prikkels leidt (behandeling geduceerd en gelimiteerd door de bekostiging en geen prikkel om snel te ontslaan).

Met de invoering van een dynamisch tarief liggen er medisch inhoudelijk kansen om de revalidatie te intensiveren en de opnameduur te bekorten. De opnameduur wordt echter deels ook beïnvloed door externe factoren die een "delay" kunnen veroorzaken, zoals een plaats in een verzorgingshuis of woningaanpassingen thuis. De voorgestelde toeslag in de AWBZ noch de huidige DBC's in revalidatiecentra kennen inherente prikkels tot het efficiënter behandelen van patiënten, zoals die in de ziekenhuis DBC's bestaan. Naar de toekomst is het een optie om een prikkel ter bevordering van de efficiency in te bouwen in het tarief. Alternatief zou zijn om zorgverzekeraars en instellingen op individueel niveau afspraken te laten maken over het tarief met gelijktijdige monitoring van de prestatie om afwentelingsproblemen te voorkomen.

Voor de betrokken zorgaanbieders kan het dynamisch tarief helpen om zich voor te bereiden op de komende overheveling van de geriatrische revalidatiezorg. Het kabinetsvoornemen is om die per 2012 te laten plaatsvinden. Verwacht mag worden dat dan een ander speelveld ontstaat, waarbij tarieven en aantallen meer onderhandelbaar worden met de zorgverzekeraars. Idealiter gaat contractering dan ook meer op kwaliteit plaatsvinden. Mogelijk dat ook andere instellingen dan verpleeghuizen, zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra, deze trajecten zullen gaan aanbieden. Het dynamisch tarief beoogt dat alvast stappen kunnen worden gezet op weg naar deze nieuwe situatie.

## REFERENTIES

- 1 De intramurale zorg binnen de AWBZ wordt bekostigd via Zorgzwaartepakketten (ZZP). In dit geval betreft het ZZP 9 V&V: herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging.
- 2 Elovainio R. 'Performance incentives for health in high income countries – key issues and lessons learned', WHO Geneva; 2009.
- 3 Voor CVA's is sprake van een toeslag gedurende 8 weken.
- 4 Peerenboom P.B.G., Spek J., Zekveld I., Cools H.J.M., Balen R. van, Hoogenboom M.J., 'Revalidatie in de AWBZ, omvang, aard en intensiteit', ETC Tangram/LUMC; 2008.
- 5 Balen R van, Peerenboom P.B.G., Spek J. 'Onderzoek tarifiering revalidatie in verpleeghuizen', ETC-Tangram, april 2010. [http://www.etc-tangram.nl/fileadmin/etc/Bestanden\\_ETC\\_Tangram/Eindrapport\\_tarifiering\\_revalidatie\\_in\\_verpleeghuizen.pdf](http://www.etc-tangram.nl/fileadmin/etc/Bestanden_ETC_Tangram/Eindrapport_tarifiering_revalidatie_in_verpleeghuizen.pdf)

- 6 NZa, *Uitvoeringstoets overheveling somatische revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw* (2009).
- 7 *Problemen in termen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen; Internationale Classificatie van het menselijk functioneren (ICF; WHO 2001)*, uitgave BSL 2002.
- 8 *Hiervoor zou de Barthel-index kunnen worden gebruikt; deze is gangbaar in verpleeghuizen, maar heeft het nadeel van een plafond effect en is eendimensionaal (alleen ADL). Het is te overwegen aan te sluiten bij USER (Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie). Hierin zitten, naast de ADL, ook metingen in stemming, cognitie, pijn en gedrag. Dit instrument lijkt kansrijk maar is nooit op validiteit getest in de verpleeghuissetting.*
- 9 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten', beleidsregel CA-437; bijlage 18 bij circulaire AWBZ/Care/10/10c van 1 juli 2010.
- 10 *Uitvoeringstoets Best Practises: kwaliteit en bekostiging AWBZ, Nza; 2008.*

Correspondentieadres  
secretariaat@etc-tangram.nl

## SAMENVATTING

In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is onderzoek gedaan naar een alternatieve bekostigingswijze voor geriatrische revalidatie zoals deze in verpleeghuizen plaatsvindt, die recht doen aan de behandelinzet en prikkels bevatten voor efficiënte zorg. Verschillende bekostigingswijzen zijn tegen het licht gehouden. Met een in het verleden opgebouwd databestand (3600 cliënten verdeeld over 128 instellingen) zijn vervolgens simulaties uitgevoerd.

Het onderzoek toont aan dat de introductie van een dynamisch tarief in de AWBZ mogelijkheden biedt om de

bekostiging aan te doen sluiten bij de intensiteit van de geboden behandeling en tegelijkertijd een prikkel biedt om de zorg efficiënter (intensief en kort) in te richten. Naast de puur financiële kant is in het onderzoek ook de verbinding gelegd tot het ontwikkelen van een kwalitatieve maat (prestatiefactor) die de bekostiging mede kan bepalen. Mede op basis van dit onderzoek heeft de NZa per 2011 een dynamisch tarief ingevoerd. Hierdoor wordt het mogelijk kortere en intensievere zorg te bieden. Het kabinetsvoornemen is dat per 2012 deze zorg wordt overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw.



# Off-label voorschrijven

Bart Kleijer, specialist ouderengeneeskunde, namens de multidisciplinaire werkgroep Klinische Gerontofarmacologie van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Naar schatting is de helft van alle voorschriften off-label. Bij bepaalde patiëntengroepen, zoals ouderen, is dit percentage nog hoger. Een Britse studie toont off-label medicijnvoorschrift bij ouderen van 84%. Dit hoge percentage off-label voorschrijven hangt samen met ondervertegenwoordiging van ouderen bij geneesmiddelenonderzoek. Omdat er veel onduidelijkheid is bij geriateren en specialisten ouderengeneeskunde over wat wel en niet mag bij het voorschrijven van medicatie voor niet-geregistreerde indicaties, heeft de werkgroep klinische gerontofarmacologie aanbevelingen geschreven, uitgaande van de huidige wet-en regelgeving.

## GENEESMIDDELENWET

Op 1 juli 2007 trad de nieuwe Geneesmiddelenwet in werking. Hierin wordt in artikel 68 het volgende beschreven met betrekking tot off-label voorschrijven:

*Het buiten de door het College geregistreerde indicaties voorschrijven van geneesmiddelen is alleen geoorloofd wanneer daarover binnen de beroepsgroep protocollen of standaarden zijn ontwikkeld. Als de protocollen en standaarden nog in ontwikkeling zijn, is overleg tussen de behandelend arts en apotheker noodzakelijk.*

## WAT HOUDT OFF-LABEL GEBRUIK IN

Off-label gebruik van geneesmiddelen betekent het voorschrijven van een geneesmiddel voor een toepassing die niet in overeenstemming is met het registratiebesluit. Het kan gaan om een indicatie die (nog) niet is beoordeeld door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) of een patiëntengroep (ouderen), dosis of toedieningsvorm die niet is onderzocht. Off-label gebruik van een geneesmiddel is verantwoord indien dat voor de patiënt op dat moment de best denkbare behandeling is. Off-label gebruik is geoorloofd als het middel wordt voorgeschreven op basis van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen. Off-label voorschrijven vloeit dan voort uit de professionele verantwoordelijkheid en de wettelijke verplichting van de arts om de patiënt een optimale behandeling te geven. Dilemma hierbij is dat er voor de ouderen slechts een beperkt aantal richtlijnen voor handen is. Als er geen richtlijnen beschikbaar zijn is overleg met de apotheker noodzakelijk voorafgaand aan off-label gebruik van een geneesmiddel.

## AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

1. Beperk off-label voorschrijven zoveel mogelijk als dit niet in richtlijnen is omschreven
2. Te gebruiken richtlijnen:
  - Internationale richtlijnen: [bv www.sign.ac.uk/guidelines/index.html](http://www.sign.ac.uk/guidelines/index.html)

- Landelijk: CBO richtlijnen, NHG standaard, richtlijnen wetenschappelijke verenigingen
  - Op verpleeghuis niveau: bestaande richtlijnen en formularium
3. Overleg met een apotheker bij ontbreken van een richtlijn en leg vast met wie en wat besproken is
  4. Handel zorgvuldig als u kiest voor off-label voorschrijven zonder dat dit middel in richtlijnen wordt geadviseerd, namelijk:
    - Informeer patiënt en/of vertegenwoordiger over de voor- en nadelen
    - Vraag 'informed consent'
    - Registreer het off-label gebruik in het medisch dossier
    - Zorg voor nauwgezette follow-up en documentatie met betrekking op effect en eventuele bijwerkingen
    - Meld gesignaleerde bijwerkingen bij het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb (<http://www.lareb.nl>)
  6. Overweeg uitvoering van een wetenschappelijke studie of het schrijven van een case-report

## WKGF

De leden van de WKGF overwegen een inventarisatie van off-label voorgeschreven medicamenten aan ouderen te maken om tot uitbreiding van huidige formularia te komen. De WKGF beveelt een wetenschappelijke benadering aan (case-report of placebogecontroleerde studie) bij off-label voorschrijven. Van belang is het te behandelen (kern) symptoom en de uitkomstmaat duidelijk te formuleren. De WKGF stelt het op prijs op de hoogte gebracht te worden bij voornemens om een dergelijk onderzoek uit te voeren.

## ACHTERGRONDINFORMATIE

- Hames A, Wynne HA. *Unlicensed and off-label drug use in elderly people. Age Ageing.* 2001 Nov;30(6):530-1.
- *geneesmiddelenwet 2007:* <http://wetten.overheid.nl/cgi-bin/sessioned/browsercheck/continuation=14129-002/session=019744642184381/action=javascript-result/javascript=yes>
- CBG: <http://www.cbg-meb.nl/CBG/nl/humane-geneesmiddelen/geneesmiddelen/Off-label-use/default.htm>
- Lisman John. *Off label mag, maar niet zomaar. Pharm Weekbl* 2004; 139:895-9: <http://www.pw.nl/upload/2004PW0895.pdf>
- Kievits F, Adriaanse MT. *Voorschrijfgeregels off-label. NTVG* 2005; 149:603.

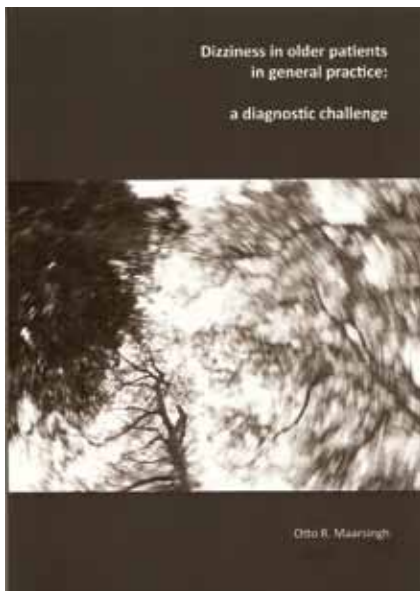
Correspondentieadres voor de WKGF  
B.Kleijer@Umcutrecht.nl

Otto Maarsingh

# Dizziness in older patients in general practice: a diagnostic challenge

Lonneke Schuurmans

Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In de rubriek Hora est wordt aandacht besteedt aan het proefschrift van Otto Maarsingh *Dizziness in older patients in general practice: a diagnostic challenge*.



HORA EST

Op 15 december 2010 promoveerde Otto Maarsingh aan de Vrije Universiteit van Amsterdam op het proefschrift *Dizziness in older patients in general practice: a diagnostic challenge*.

De klacht duizeligheid komt regelmatig voor bij ouderen. Dertig procent van de 65-plussers heeft wel eens last van duizeligheid en dit loopt op tot 40-50% bij mensen boven de 80 jaar, aldus Maarsingh. Dit betekent dat ook in het verpleeghuis duizeligheid een veelgehoorde klacht is en dat maakt onderzoek naar duizeligheid ook voor de specialist ouderengeneeskunde interessant. Helaas zijn veel aanbevelingen in richtlijnen over duizeligheid onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd. Met zijn onderzoek probeert Maarsingh daarom meer inzicht te krijgen in de epidemiologie van duizeligheid en bij te dragen aan de onderbouwing van diagnostiek van duizeligheid bij ouderen.

Maarsingh begint zijn proefschrift met het uiteenzetten van de verschillende definities van duizeligheid en de terminologie die door patiënten wordt gebruikt (*draaiierig, evenwichtsstoornis, flauwte, licht in het hoofd* etc.). Vervolgens bespreekt hij de prevalentie van duizeligheid bij ouderen en de impact van duizeligheid op het dagelijks leven. Uit de gegevens van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk blijkt dat 8.3% van het aantal patiënten van 65 jaar of ouder minimaal 1x per jaar de huisarts bezoekt vanwege duizeligheid. Duizeligheid komt vaker voor bij vrouwen dan mannen. De incidentie van duizeligheid is 47.1 per 1000 persoonsjaren. Als einddiagnose voor duizeligheid wordt opgegeven: hart- en vaatziekten (14%), aandoeningen van het evenwichtsorgaan (12%) en psychiatrische ziekten (6%). In 39% van de gevallen wordt de symptoomdiagnose duizeligheid als einddiagnose gesteld.

Een door Maarsingh uitgevoerde systematische review naar de diagnostiek van duizeligheid in de eerste lijn laat zien dat er weinig wetenschappelijke onderbouwing beschikbaar is en dat deze zich vaak uitsluitend richt op een specifieke aandoening (Menière). Hiermee blijft er een groot braakliggend terrein over.

Via een zogenaamde Delphi consensus procedure wordt daarom door een internationaal panel van experts een selectie gemaakt van 21 diagnostische tests, die vervolgens door Maarsingh worden meegenomen in een crossectioneel onderzoek onder 417 duizelige ouderen. Tijdens dit onderzoek verricht het team van Maarsingh bij alle duizelige patiënten gestandaardiseerd diagnostisch onderzoek bestaande uit de 21 geselecteerde tests (totale duur 75 minuten). De uitkomsten worden vervolgens onafhankelijk van elkaar door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde en een klinisch geriater beoordeeld en tot slot wordt via een beslisregel door het expertpanel een paneldiagnose geconstrueerd.

De meest voorkomende subtypen van duizeligheid in het crossectionele onderzoek van Maarsingh zijn presyncope (69%), vertigo (41%), disequilibrium (onvastheid ter been, 40%) en andere duizeligheid (2%). Een cardiovasculaire aandoening is de meest voorkomende *hoofdoorzaak* van duizeligheid (57%), gevolgd door een aandoening van het

evenwichtsorgaan (14%) en een psychiatrische aandoening (10%). De meest voorkomende *bijdragende oorzaak* is bijwerking van medicatie (23%). Bij 62% van de patiënten is sprake van twee of meer bijdragende oorzaken van duizeligheid.

Met behulp van de principale componenten analyse (PCA) identificeert Maarsingh vervolgens zes - zeer bruikbare - profielen van duizeligheid:

- **'frailty'**: de oudere, alleenstaande, duizelige patiënt die slecht ter been is en minder goed hoort en ziet,
- **'psychological'**: de duizelige patiënt van het vrouwelijke geslacht die een psychiatrische voorgeschiedenis heeft en een verminderde kwaliteit van leven ervaart door de duizeligheid,
- **'cardiovascular'**: de duizelige patiënt die een cardiovasculaire voorgeschiedenis heeft en veel verschillende medicijnen gebruikt,
- **'presyncope'**: de patiënt met een licht gevoel in het hoofd die tal van begeleidend verschijnselen heeft, zoals zweterigheid, hartkloppingen, druk op de borst, kortademigheid en neiging tot vallen,

- **'non-specific dizziness'**: de patiënt met minder frequente duizeligheid, bij wie de gebruikelijke uitlokkende factoren - zoals omdraaien van het hoofd of omhoog komen vanuit liggende positie - geen duizeligheid veroorzaken en bij wie de kieproef negatief is,
- **'ear, nose and throat'**: de patiënt met een KNO voorgeschiedenis die medicatie tegen duizeligheid gebruikt en last heeft van langer aanhoudende duizeligheid, begeleidend misselijkheid en een beperking van het gehoor.

Maarsingh eindigt zijn proefschrift met een aantal aanbevelingen. Hij adviseert om bij diagnostiek van duizeligheid bij ouderen voldoende aandacht te besteden aan mogelijk onderliggende cardiovasculaire aandoeningen, om systematisch de verschillende categorieën (oorzaken) van duizeligheid langs te lopen en om altijd de medicatiestatus te beoordelen. Dit zijn adviezen die wij ons in het verpleeghuis ook zeer wel ter harte kunnen nemen!

#### Correspondentieadres

lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

# Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk

Martin van Leen



Redactie B. Wanrooij en 7 overige

Aantal pag: 323

Uitgeverij: BSL

ISBN: 978 90 313 4031 6

Prijs: € 51,95

Aantal sterren: 4

De kennis rond palliatieve zorg is in Nederland nog niet optimaal ontwikkeld en toch worden artsen vrijwel dagelijks hiermee geconfronteerd. De laatste jaren zijn er veel nieuwe richtlijnen rond palliatieve zorg verschenen. De auteurs van dit boek (37) hebben getracht om na een algemeen hoofdstuk over symptomen, symptoomanalyse en symptoombehandeling aan de hand van casuïstiek heel veel problemen in de palliatieve zorg te beschrijven. Niet

alleen palliatieve zorg bij kanker maar ook ernstige ziektes als COPD, hartfalen, CVA, depressie, dementie en cliënten met een verstandelijke beperking. Mijns inziens zijn de auteurs hierin geslaagd middels een zeer prettig leesbare en vooral in de praktijk herkenbare wijze.

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

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

Aan het eind, pal voor het plezierige register, is nog een pagina met interessante websites toegevoegd.

Ik beveel dit boek dan ook ten zeerste aan en zeker op een hospice mag dit boek niet ontbreken.

## Synopsis van de geneeskunde

Martin van Leen



Auteur: AM. Mehta

11 kleine boekjes van 81-150 pagina's

Uitgever: Prelum

ISBN 11 verschillende nummers

Prijs € 14,95 per deel

Sterren: 1

De schrijver heeft geprobeerd in een reeks van 11 boekjes op A5 formaat om kort te beschrijven diagnose, onderzoek en behandeling, soms ondersteund door tekeningen of foto's.

De boekjes omvatten kindergeneeskunde, gynaecologie, gastro-enterologie, cardiologie/pulmonologie, nefro/urologie, endocrinologie, oncologie, psychiatrie, geriatrie, huisartsgeneeskunde en bewegingsapparaat.

Door de methode van opbouw zijn de boekjes weinig diepgaand. Hooguit als naslagwerk om snel even na te kijken welke diagnostiek bij welke differentiaaldiagnose hoort, kan het boekje behulpzaam zijn. Ook voor het maken van PowerPoint presentaties. Want dan kan je de te bespreken tekst systematisch verwerken. Mogelijk kan het dus voor de opleiding nog van pas komen. Voor ons dagelijks werk heeft het geen meerwaarde.

# Kennistoets: Ulcus cruris venosum

De NHG-Standaard Ulcus cruris venosum verscheen in juni 2010 en verschaft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van een veneus ulcus. Een veneus ulcus wordt ook wel een 'open been' genoemd. Een ulcus cruris venosum is een defect van de huid van het onderbeen, meestal aan de mediale zijde, tot in de subcutis of dieper en met weinig neiging tot genezing.

U kunt uw kennis toetsen aan de hand van de volgende vragen. De antwoorden staan op pagina 81.

## VRAGEN

1. Wat is de incidentie van ulcus cruris venosum in de leeftijdsgroep boven de 75 jaar?
2. Wat is de belangrijkste pijler van de behandeling van ulcus cruris venosum?
3. Noem vier kenmerken die een veneuze of een arteriële oorzaak van een ulcus meer aannemelijk maken
4. Wanneer is medicamenteuze behandeling noodzakelijk?
5. Wanneer is verwijzing naar de tweede lijn (dermatoloog of vaatchirurg) noodzakelijk?



## Oproep

# Nieuwe website, nieuwe nieuwsbrief (Verenso Nieuws)

Zoals u wellicht al via de Verenso nieuwsbrieven heeft vernomen, zal op het besloten gedeelte van de nieuwe Verenso website, welke medio dit jaar gelanceerd wordt, het ledenboek 'zoek een collega' worden geplaatst. Hiermee kunt u snel de contactgegevens van andere Verenso-leden opzoeken. U kunt dan zoeken op achternaam, regio en aandachtsgebied. Wanneer u uw contact gevonden heeft, krijgt u ook zijn/haar e-mailadres en instelling te zien.

Om ervoor te zorgen dat wij een zo up-to-date mogelijk bestand aan de webbouwer aanleveren, hebben wij onlangs een e-mail naar alle leden gestuurd met daarin het verzoek aan te geven naar welk e-mailadres wij straks de inloggegevens kunnen toezenden. Wanneer u deze gegevens ontvangt, kunt u zelf op het besloten deel van de website in-

loggen en uw eigen gegevens in het ledenboek wijzigen en aanvullen.

Naar dit e-mailadres wordt ook de nieuwe nieuwsbrief verstuurd. Deze nieuwe versie wordt gelijktijdig met de website gelanceerd. Mocht u de nieuwsbrief nog niet ontvangen of op een ander e-mailadres wensen te ontvangen, dan horen wij dat graag.

Misschien heeft u bovenstaand verzoek via de e-mail niet ontvangen of is het aan uw aandacht ontsnapt. Wilt u ons dan zo spoedig mogelijk, doch voor 15 mei, aangeven welk e-mailadres gehanteerd moet worden? U kunt dit e-mailen naar Judith Heidstra, [jheidstra@verenso.nl](mailto:jheidstra@verenso.nl). Alvast bedankt voor uw medewerking.

# Richtlijn Blaaskatheters

Pieter le Rütte, beleidsmedewerker Verenso en projectleider

Onlangs is de richtlijn Blaaskatheters geautoriseerd. Deze geeft aanbevelingen over langdurige blaaskatheterisatie bij patiënten met complexe multimorbiditeit. Binnenkort wordt de richtlijn u per post toegezonden. Bij de richtlijn vindt u een samenvattingsfolder die bedoeld is als eenvoudig te raadplegen geheugensteun en checklist. Voor een goed overzicht en voor inzicht in de onderbouwing en alle overwegingen die hebben geleid tot de aanbevelingen, is het noodzakelijk de volledige richtlijntekst te raadplegen.

Hieronder treft u de samenvatting aan zoals die in de richtlijn en de samenvattingsfolder is opgenomen.

## INLEIDING

De richtlijn Blaaskatheters formuleert aanbevelingen om te komen tot een onderbouwde en eenduidige behandeling van patiënten met een langdurige blaaskatheter. De doelgroep bestaat uit patiënten met complexe multimorbiditeit verder gespecificeerd als geriatrische patiënten (75+) en patiënten met neurogeen blaaslijden. De beoogde gebruikers zijn specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden.

## INDICATIE BLAASKATHETERISATIE

Hoewel de indicatiestelling eigenlijk het startpunt is van de richtlijn, worden het afnemen van de anamnese en het doen van lichamelijk onderzoek kort besproken. Er wordt in de anamnese specifiek gevraagd naar incontinentie, obstipatie, lagere urinewegsymptomen, medicatie, neurodegeneratieve ziekten, CVA's en urologische en gynaecologische operaties. Bij het lichamelijk onderzoek kan een vergrote blaas worden gevonden. Er wordt een rectaal toucher uitgevoerd naar tumor, faecale impactie en bij mannen naar een vergrote prostaat. Aanvullend geeft een blaasecho steun aan de diagnose als het blaasvolume meer dan 400 ml bedraagt.

De belangrijkste indicatie voor blaaskatheterisatie is retentie; het onvermogen om de blaas op natuurlijke wijze te ledigen. Incontinentie is alleen met bijkomende en zwaarwegende argumenten een indicatie voor blaaskatheterisatie. Bij een verzoek van de patiënt om blaaskatheterisatie zonder indicatie, dient informatie te worden gegeven over risico's en mogelijke andere oplossingen.

Indien er geen indicatie (meer) is voor katheterisatie, dient de blaaskatheter verwijderd te worden.

## BLAASKATHETERS IN DE PRAKTIJK

Bij de keuze voor de methode van katheteriseren dient allereerst intermitterende katheterisatie overwogen te worden.

Als dit niet (meer) mogelijk is dan kan overgestapt worden op langdurige blaaskatheterisatie. Is het inbrengen van een urethrale katheter niet (meer) mogelijk dan kan aan een suprapubische katheter gedacht worden. De afweging van voor- en nadelen van verschillende methoden van katheteriseren is van belang bij de keuze en acceptatie van de blaaskatheter.

Vervolgens wordt de vraag beantwoord wie een blaaskatheter in mag brengen. De wet laat zich hier globaal over uit. De richtlijn beveelt aan dat een katheterisatie wordt uitgevoerd door een arts of een andere beroepsbeoefenaar van minimaal verzorgende niveau 3 met aantoonbare bekwaamheid en op grond van een schriftelijk vastgelegde opdracht door een arts.

Daarna volgen praktische aanbevelingen voor katheterisatie. Een siliconen gecoate latex katheter is eerste keus bij langdurige blaaskatheterisatie, tenzij er sprake is van snelle verstopping en/of een latexallergie. De maat van de katheter wordt zo klein mogelijk (14-16) gekozen. Bij het inbrengen wordt bij voorkeur een glijstof met lidocaïne gebruikt, waarbij de inwerktijd lang genoeg moet zijn. Urine-opvangzakken met een aftapkraan voor een gesloten systeem verdienen de voorkeur. Spoel om de dag de blaaskatheter, twee keer achter elkaar, met 10 ml tot 50 ml zure spoelvoelstof bij patiënten die snel een verstopte katheter hebben, maar pas geen blaasspoelingen toe. Bij de verzorging van blaaskatheters is de verspreiding van bacteriën binnen de katheter en het afvoersysteem en buiten de katheter van het grootste belang. Dit wordt bereikt door adequate, geprotocolleerde hygiënische maatregelen te nemen.

Er dient kritisch gekeken te worden naar de gebruikelijke handelwijze bij indicatiestelling, het inbrengen van blaaskatheters en de verzorging ervan.

## COMPLICATIES

Bij katheterisatie treden in de praktijk veelvuldig complicaties op. De meest voorkomende zijn verstopping, lekkage (ook als gevolg van verstopping), hematurie veroorzaakt door langdurige katheterisatie en urineweginfecties.

Om verstopping en hematurie (veroorzaakt door langdurige katheterisatie) te voorkomen en lekkage op te lossen kan intermitterende katheterisatie worden toegepast, waarbij de deskundigheid en bekwaamheid van zorgverleners belangrijk is. Zorg bij verstopping van de blaaskatheter voor een ruime vochtintake. Toets de doorgankelijkheid van de katheter en wissel de katheter tijdig.

Bij lekkage dienen de oorzaken van verstopping te worden weggenomen. Gebruik bij lekkage of hematurie een zo klein mogelijke (charrière)maat katheter en evalueer het effect op de lekkage of hematurie. Een juiste vulling en positie van de ballon van de blaaskatheter is bij hematurie een aandachtspunt.

Een urineweginfectie bij een blaaskatheter is per definitie een gecompliceerde urineweginfectie en wordt empirisch behandeld door - na het afnemen van een urinekweek - als eerste keus fluorochinolon voor te schrijven, amoxicilline-clavulaanzuur is tweede keus. De antibiotische behandelingsduur bedraagt tenminste 10 dagen. Bij behandeling van een urineweginfectie dient de blaaskatheter binnen 24 uur gewisseld te worden.

De meerwaarde van antibiotische profylaxe bij een langdurige blaaskatheter is niet aangetoond.

## METHODISCH HANDELEN EN ORGANISATIE VAN ZORG

De behandeling en zorg rond blaaskatheterisatie dienen methodisch te worden uitgevoerd. Hierbij dient de indicatie voor blaaskatheterisatie structureel en regelmatig multidisciplinair te worden geëvalueerd.

## INDICATOREN

Om de kwaliteit van zorg te meten en te verbeteren is in het laatste hoofdstuk een aantal kwaliteitsindicatoren benoemd. Deze kwaliteitsindicatoren zijn onderverdeeld in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Tevens zijn negatieve proces- en uitkomstindicatoren toegevoegd.

Correspondentieadres  
plerutte@verenso.nl

# 5 vragen aan Paul Robben

Jos Konings, hoofdredacteur

Paul Robben (1950) is sedert 1 oktober 2009 bijzonder hoogleraar "Effectiviteit van het toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg" bij het Instituut Beleid & Management van de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Op 1 juli 2010 sprak hij zijn oratie uit onder de titel "Toezicht in een glazen huis". Paul werkte als waarnemend huisarts, verpleeghuisarts en vervolgens als sociaal geriater, gecombineerd met leidinggevende en bestuurlijke taken. Hij promoveerde in 2002 op het proefschrift "Kwartet voor ouderen. Ontstaan en ontwikkeling van de medische beroepen in de ouderenzorg." Vanaf 2002 was hij achtereenvolgens inspecteur, directeur van het Kenniscentrum en adviseur van de Afdeling Onderzoek en Innovatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).



VIJF VRAGEN AAN ...

Na ruim 20 jaar als arts in de ouderenzorg werkzaam te zijn geweest koos je in 2002 voor een functie bij de IGZ.

*1. Wat heeft je destijds bewogen om voor de IGZ als nieuw werkterrein te kiezen?*

Bij de overstap van de ouderenzorg naar de inspectie speelde een aantal factoren een rol. Deels gepland en deels toeval. In 2002, ik was toen begin vijftig, heb ik mijn proefschrift afgerond en stond er een nieuwe reorganisatie voor de deur bij de instelling waar ik toen in een leidinggevende positie werkte. Dit activeerde een bezinning op mijn loopbaan. Ik realiseerde me dat ik niet te lang meer moest wachten om een nieuwe uitdaging aan te gaan. Een nieuwe omgeving en een nieuw onderwerp vragen een investering van jaren om productief en onderdeel van dat netwerk te worden.

De inspectie kende ik uit contacten met inspecteurs waar we in de jaren tachtig veel mee samenwerkten bij de provinciale planning van de verpleeghuizen en bij de sluiting van slecht functionerende particuliere verpleeghuizen op de Utrechtse Heuvelrug. Bovendien kende ik de geschiedenis van het Staatstoezicht uit archiefwerk dat ik deed voor mijn promotieonderzoek. Werken in een publieke –en politieke omgeving trok me. En dan helpt het toeval: ik sprak samen met een hoofdinspecteur op een congres over somatische zorg bij psychiatrische patiënten, twee maanden later was ik inspecteur voor de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en gehandicaptenzorg.

*In een van de eerste bladzijden van je oratie is onder meer de volgende tekst opgenomen: "Toezicht is gericht op het bevorderen van de uitvoering van wet- en regelgeving en overheidsbeleid met als doel de borging van het maatschappelijk vertrouwen in dit geval in het functioneren van de*

*gezondheidszorg. Recent is de aandacht meer verschoven naar systeemtoezicht dat gericht is op bedrijfsprocessen en kwaliteitssystemen die tot verantwoorde kwaliteit en uitkomsten moeten leiden. Systeemtoezicht zou tot een groter lerend vermogen van de ondertoezichtgestelde instellingen leiden en tot vermindering van de toezichtlast."*

*2. Zou je bovenvermelde tekst meer concreet kunnen uitleggen en toelichten voor de in de klinische praktijk werkzame specialist ouderengeneeskunde?*

In systeemtoezicht let de toezichthouder op interne kwaliteits- en sturingssystemen. Werkt dit interne systeem van instellingen zo goed dat er waarborgen zijn voor de veiligheid en kwaliteit van de zorg? In instellingen, ook voor de ouderenzorg, betekent dit dat Raad van Toezicht, Raad van Bestuur en professionals elk hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg nemen. Samenwerking tussen deze niveau's met duidelijkheid over ieders verantwoordelijkheden is dan onmisbaar. Als na beoordeling van dit systeem blijkt dat de instelling *in control* is, kan het overheidstoezicht meer op afstand blijven. Ook in systeemtoezicht zullen er *reality checks* blijven met de vraag of het kwaliteitssysteem in de praktijk werkt.

Vertrouwen speelt in het concept van systeemtoezicht een essentiële rol. Geen blind vertrouwen maar geverifieerd vertrouwen. De komende jaren moet duidelijk worden aan welke voorwaarden een kwaliteitssysteem moet voldoen, of er sprake is van een hiërarchie in kwaliteitssystemen en hoe deze beoordeeld kunnen worden door een inspectie. Ook voor inspecteurs houdt de ontwikkeling van systeemtoezicht scholing en het leren van nieuwe competenties in. Systeemtoezicht kan alleen maar in samenwerking tussen inspectie en instellingen worden ontwikkeld.



3. Welke opstelling verwacht je van de specialisten ouderengeneeskunde inzake de kwaliteitsbewaking van de zorg, in hoeverre vind je dat ze daar een eigen rol in hebben in relatie tot het management van de ouderenzorginstellingen?

Permanente kwaliteitsverbetering, het leren van fouten en het elkaar informeren zijn onderdeel van het goed functioneren van de instelling en de dagelijkse praktijk. Vanzelfsprekend spelen specialisten ouderengeneeskunde hierin een onmisbare en belangrijke rol. Ze moeten deze rol krijgen maar ook opeisen. Deze rol brengt ook de verplichting met zich mee dat de beroepsgroep werkt volgens richtlijnen of daar gemotiveerd van afwijkt als de situatie van de patiënt daarom vraagt. Bijscholing en visitaties zijn onderdeel van de kwaliteit van de specialist, die een voortrekkers rol kan spelen bij de analyse van incidenten en het vervolgens leren daarvan. Alleen al door hun academische en specialistische opleiding zijn zij daarvoor uitgerust. Maar het vraagt wel een open houding van de specialist en goede interne relaties met andere professionals. Formele regeling van de verantwoordelijkheidsverdeling is één, de intrinsieke motivatie van de specialist het goede te doen en je daarover te verantwoorden zijn zeker zo belangrijk.

Uit recent gedaan inventariserend onderzoek blijkt, zo vermeld je in je oratie, dat er in een aantal Europese landen niet of nauwelijks onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van het toezicht. In de VS, Australië en Engeland beperkte het vanaf eind tachtiger gedane effectonderzoek op het toezicht zich tot de verpleeghuissector. Je noemt een viertal factoren die voor deze keuze waarschijnlijk van belang zijn geweest: de schandalen in de verpleeghuissector, de relatief eenvoudige organisatiestructuur, de lange traditie van toezicht op deze sector en de toenemende kosten van de verpleeghuiszorg.

4. Geldt dat ook voor de Nederlandse situatie en hoe is het momenteel met het onderzoek naar de effectiviteit van het toezicht in de Nederlandse verpleeghuissector gesteld.

Vanaf de ontwikkeling van de verpleeghuissector in de eerste helft van de twintigste eeuw is er een vorm van overheidtoezicht geweest. Het onderzoek naar de effectiviteit van toezicht komt pas de laatste tien jaar van de grond en dat geldt ook voor het toezicht op de Nederlandse verpleeghuissector. Recent hebben we onderzoek gedaan naar de effecten van onaagekondigd toezichtbezoek versus aangekondigd bezoek in de verpleeghuizen. Beide vormen van toezicht leveren andere informatie op. Het zijn comple-

mentaire vormen van toezicht zonder dat je kunt stellen dat de een beter is dan de ander. We besteden veel aandacht aan de kwaliteit en effectiviteit van het Risicoindicatoren toezicht. Zijn indicatoren een goed signaal voor problemen in de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg? Wat zijn krachtige en betrouwbare indicatoren? Kunnen we niet toe met minder indicatoren? Om deze vragen te beantwoorden is wetenschappelijk onderzoek nodig.

5. Op welke wijze wil jij in de komende jaren het onderzoek naar de effectiviteit van het toezicht gestalte geven?

Net zoals in de geneeskunde is er in het toezicht de tendens het toezicht *evidence based* te maken. Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van het toezicht en de determinanten van die effectiviteit is hierbij onmisbaar, dat is niet anders dan in de geneeskunde. Tegenstanders van deze ontwikkeling hebben het dan over kookboektoezicht, zoals dokters soms het argument van kookboekgeneeskunde gebruiken om te ageren tegen richtlijnen. Richtlijnen en professionele verantwoordelijkheid zijn geen tegengestelde begrippen maar maken beide deel uit van professioneel werken.

We staan op de drempel van een Academische Werkplaats Toezicht. In deze werkplaats werken we samen met een aantal universitaire vakgroepen op het gebied van governance, patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg. Mijn leerstoel bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) maakt onderdeel uit van deze werkplaats. Ook nu al zijn er een aantal inspecteurs die hun werk combineren met onderzoek. Ze zijn *science practitioners*, een concept dat ook in de ouderengeneeskunde voor veel vooruitgang heeft gezorgd. Onderzoek vanaf de jaren zestig door verpleeghuisartsen heeft het vak verder geholpen, dat verwacht ik ook van het onderzoek naar de effectiviteit van toezicht. Het eerste onderzoek dat we binnen het evaluatieprogramma toezicht hebben uitgevoerd in 2005 was een beroepstudie. Wie is de inspecteur, welke opvattingen heeft hij over goed toezicht en wat is zijn werkwijze. Een zelfde type studie waarmee ik mijn loopbaan in de ouderenzorg heb afgesloten. Terugkijkend is mijn loopbaan in de ouderenzorg onmisbaar geweest voor mijn huidige functie en maak ik nog elke dag gebruik van die voorgeschiedenis.

Correspondentieadres  
jkonings@zuweezorg.nl

# Heel je leven op A-zeven

Jacobien Erbrink



Hij schrok wakker van de klok. Eén luid galmende slag. Het klonk idioot hard in de stilte van de nacht. Waarom had die klok geen nachtstand, vroeg hij zich geërgerd af. Als er zelfsturende koffieapparaten bestonden en fotomanipulatie aan de orde van de dag was, waarom dan geen maakbaar klokgelui? Narrig kroop hij nog iets dieper onder de dekens. Naast hem draaide Peterien zich om, ze lag nu op haar rug. Hij wist wat dat betekende. 'Peterien!', fluisterde hij haar dringend toe. Hij hoopte dat ze zich weer terug zou draaien. Ingespannen keek hij naar haar silhouet. Er gebeurde niets. Hij stak zijn hoofd in de lucht en kuchte luid in haar richting. Nog steeds niets.

Langzaam hoorde hij haar ademhaling aanzwellen tot het opdringerige gezaag dat hij maar al te goed kende. Eerst die klok, nu Peterien. Het was duidelijk dat hij zo de slaap niet meer zou vatten. Maakte hij haar nu goed wakker dan zou hem dat duur komen te staan. Ze zou de hele dag chagrijnig zijn, misschien zelfs wel de hele week! Er zat niets anders op dan zelf uit bed te stappen om aan haar zagerij te ontsnappen. Zuchtend sloop hij de trap af.

Beneden sloeg de klok net vijf uur. Vijf galmende slagen recht in zijn gezicht. Hij moest zich bedwingen om niet terug te slaan. 'Het is jouw schuld dat ik hier sta', voegde hij de klok nijdig toe, 'als jij niet zo had zitten galmen had ik nog heerlijk kunnen slapen'. De klok tikte onverstoord verder. Peter voelde zich ineens gepiepeld door het ding. Die rotklok trok zich werkelijk nergens iets van aan. Chagrijnig liet hij zich in zijn luie stoel zakken.

Het schijnsel van de straatlantaarn viel op de salontafel naast hem. Daar lag zijn werkagenda. Een grimmig zwart exemplaar, formaat A-vier. Hij bestelde nooit een andere. Een agenda moest tastbaar zijn, substantieel, anders had je er niks aan vond hij. Peterien gebruikte tegenwoordig zo'n klein elektronisch exemplaar. Ze was hem voortdurend kwijt. Dat zou hem nooit overkomen. Hij streek zachtjes met zijn hand over de zwarte kaft. 'Niemand ziet jou ooit over het hoofd', fluisterde hij.

Hij bladerde naar vandaag. Er stonden enkele afspraken in die hij niet kon lezen in het schaarse licht. In het midden lag een bidprentje. Een van de vele paraferalia uit het rijke roomse leven van zijn bewoners. Hij pakte het op en hield het dicht bij zijn ogen om te kunnen zien wat er op stond.

'Hermannus Frederikus Josephus Maria de Laat', las hij hardop. Toe maar, Jozef én Maria. Op de voorkant stond een hondje. Een cavalier, dacht hij. Niet dat hij verstand van honden had, maar Herman had het in het verpleeghuis nooit over iets anders kunnen hebben dan cavaliers. Hij fokte ze, althans, totdat zijn zoon daar ter bescherming van de cavaliers in kwestie een stokje voor had moeten steken en alle hondjes had moeten verkopen. Herman ontroostbaar natuurlijk, ongeveer tot de dood er op volgde. Hij bekeek het prentje nog eens goed. Er stond een gedicht in van Toon Hermans zag hij. Herman en Hermans. Leuk gevonden. Op de rechterbinnenpagina stond een korte levensgeschiedenis van Herman. Zorgzaam, geestig en gastvrij was hij geweest. 'Een heel leven op formaat A-zeven', rijmde hij in gedachten. Was dat nou eigenlijk mooi of juist verschrikkelijk dat je een heel leven kon vatten in zo'n klein bidprentje? En dat je zo'n leven dan vervolgens levenslang op je schouw kon zetten met een kaarsje erbij? Hij had dat vaak genoeg gezien.

Hij keek de schemerige kamer in. Op zijn eigen schouw zag hij de vage omtrekken van drie kaarsen. Daar kon nog best een bidprentje bij. Hij sloot zijn ogen en liet zijn gedachten even gaan over zijn eigen prentje. Op de voorkant wilde hij graag een foto van de rode kastanje in zijn tuin, die was hem dierbaar. Maar aan de binnenzijde? Een man die zich niet alleen liet piepelen door zijn vrouw maar ook door zijn klok, verzin daar maar eens een integere respectvolle tekst voor. Hij zag het Peterien niet doen. Peter zuchtte. Hij sloeg de agenda met het bidprentje dicht. Hij was ineens blij dat hij heel erg gereformeerd was.

Correspondentieadres  
j.erbrink@vanneynsel.nl

# Leergang ouderengeneeskunde

19 mei-16 juni-15 september	Gedragskunde bij dementie (PAOG Heyendael)
26 en 27 mei	Advanced Course Specialisten Ouderengeneeskunde (Leerhuizen Palliatieve Zorg) Vervolg op de Basiscursus Palliatieve Zorg. Deze cursus gaat in op specifieke complexe doelgroepen (NAH, ALS, etc). Biedt inzicht hoe om te gaan met <i>symptoom-verlichting, organisatie, ethiek, communicatie en zingeving</i> .
6-8 juni 27-28 september en 15 november	De aap, de slang en de olifant. Management leergang voor specialisten ouderengeneeskunde (GERION)
10 juni	Opleiden in de praktijk voor specialisten ouderenzorg (PAOG Heyendael)
16 juni	<i>Symposium ter gelegenheid van het afscheid van Frank Hoek</i> Goede medische zorg voor kwetsbare ouderen: huisarts en specialist ouderengeneeskunde uitgedaagd! (GERION)
1 juli	Kleine chirurgische handelingen in het verpleeghuis (PAOG Heyendael)
Najaar	Cursus Chirurgische vaardigheden en reanimatie (Wenckebach Instituut) <i>Anesthesie/excisie/infuus inbrengen/reanimatie</i>
Najaar	Sociale Geriatrie voor de specialist ouderengeneeskunde (GERION)
Najaar	Aan de slag: specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen sterk voor kwetsbare ouderen thuis (GERION)
September	NHG-kaderopleiding Specialist Ouderengeneeskunde in de eerste lijn (NIEUW, Boerhaave Nascholing) <i>Deze tweejarige nascholing bij het LUMC heeft tot doel om de specialist ouderengeneeskunde op te leiden tot een gekwalificeerd arts, die competent is om in samenwerking met de huisarts in de eerste lijn te functioneren als medebehandelaar en consulent voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe zorgvragen. U zult zich aan de hand van voorbeeldpraktijken en netwerken verder bekwamen in extra-murale competenties en vaardigheden.</i>
22 en 23 september	Vorderingen specialisme ouderengeneeskunde (Boerhaave Nascholing) <i>Nieuwe ontwikkelingen over een breed scala aan onderwerpen worden kritisch belicht: wat u in de cursus hoort, kunt u de volgende dag in de praktijk brengen.</i> <i>Op vrijdag eindigt deze tweedaagse cursus met de oratie van dr. W.P. Achterberg, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde LUMC</i>
14 t/m 18 november	Basiscursus Palliatieve Zorg Specialisten Ouderengeneeskunde (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>De cursus wordt al gegeven vanaf 1994, de voortzetting van de gelijknamige IKR-cursus. Er wordt ingegaan op de verlichting van symptomen en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze zorg goed te organiseren.</i>
1 en 2 december	Lijden en dood in de filosofie door Jan Keij (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>“Van de zon en de dood moet men de blik wel afwenden” La Rochefoucauld “Lijden” en “dood”, twee “gegevens” die we van ons lijf willen houden. Ze zijn in velerlei opzicht ongrijpbaar, en eigenlijk alleen maar te “begrijpen” in hun kwaadaardige zinloosheid.</i>
6 december	Kleine chirurgische handelingen in het verpleeghuis (PAOG Heyendael)



# Afspraak is afspraak

Mieke Draijer, voorzitter Verenso

De staatssecretaris Marlies Veldhuijzen van Zanten wil in een beginselenwet de rechten van bewoners van zorginstellingen vastleggen. Met gemengde gevoelens is dit bericht door het veld ontvangen en vrij snel werden allerlei praktische bezwaren naar voren gebracht.

De essentie van het voorstel wordt door Verenso onderschreven. In de eerste plaats gaat het erom dat er goede afspraken met de bewoners worden gemaakt over de zorg die zij wensen te ontvangen en die zij nodig hebben. In de tweede plaats zullen instellingen de zorg op een zodanige wijze moeten organiseren dat die aansluit bij de wensen van de bewoners. Veel instellingen zijn in staat om binnen het beschikbare budget goede zorg te verlenen. Dit neemt niet weg dat specialisten ouderengeneeskunde dagelijks aanlopen tegen knelpunten en tekortkomingen. De kwaliteit en beschikbaarheid van gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgenden laat te wensen over, het ontbreekt aan voldoende administratieve en secretariële ondersteuning en de specialisten ouderengeneeskunde worden geconfronteerd met een instellingsbeleid waarvan de praktische gevolgen niet doordacht zijn. Daardoor kan bijvoorbeeld de 7x24 uren bereikbaarheid niet meer gegarandeerd worden. Ook de overheid zelf laat op dit gebied steken vallen. Al jaren pleit Verenso voor het effectueren van het recht van bewoners van verzorgingshuizen die daarvoor geïndiceerd zijn op behandeling door de specialist ouderengeneeskunde.

Het zijn de specialisten ouderengeneeskunde die, vaak met kunst en vliegwerk, lacunes in de zorg opvangen en daardoor onvoldoende ruimte hebben om hun eigenlijke taken uit te voeren. Ook personeel heeft het recht om te weten waar het aan toe is en moet de middelen krijgen om zijn taak naar behoren uit te voeren. Het personeel heeft het dagelijks contact met de bewoners en moet zien uit te leggen waarom bepaalde dingen niet kunnen en mogen.

Een behandeldienst of vakgroep zou afspraken moeten kunnen maken met een Raad van Bestuur over de randvoorwaarden waaronder het werk uitgevoerd kan worden, een service level agreement. Hierbinnen wordt vastgelegd



wat de specialisten ouderengeneeskunde gezien de professionele standaarden en wettelijke voorschriften nodig hebben om hun werk naar behoren te doen.

‘Afspraak is afspraak’. Dat geldt in de eerste plaats naar de bewoner. Maar de professional moet ook de middelen krijgen om die afspraken waar te kunnen maken en verantwoorde zorg te kunnen geven. Ook voor hen geldt dat afspraak afspraak moet zijn.

Het heeft geen zin om te ontkennen dat er tekortkomingen zijn in de ouderenzorg. Dat lost niets op. Alleen al de reacties op het voorstel van de staatssecretaris tonen aan dat er wel wat te verbeteren valt. Het is goed om beginnen, gedeelde uitgangspunten, te formuleren waar we ons aan committeren. Maar daar hoort ook bij dat we in staat worden gesteld door een overheid, verzekeraar en Raad van Bestuur om die afspraken na te komen. Een beginselenwet is ook een service level agreement: een overeenstemming over het niveau van onze dienstverlening.

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl

# Call for Abstracts Verenso- Jaarcongres 2011

Op vrijdag 25 november 2011 vindt het jaarlijks Verenso Jaarcongres plaats. Het thema voor dit jaar is: Geriatrische Revalidatie in de volle breedte (somaïsch en psychogeriatrisch).

De Verenso-congrescommissie nodigt alle specialisten ouderengeneeskunde, sociaal geriaters, AIOS en (para)medici uit dit werkveld van harte uit een abstract of paper in te dienen voor een voordracht of posterpresentatie op dit congres. Zij verwelkomt met name abstracts rondom het thema, 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. Indien u voorkeur heeft voor het houden van een voordracht of een posterpresentatie, dan kunt u dit kenbaar maken.

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

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

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

De tekst van een paper of abstract mag maximaal 400 woorden omvatten, exclusief de eventuele literatuurverwijzingen.

Vermeld u bij de tekst:

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

Stuur uw abstract of paper **vóór 1 juni 2011**, bij voorkeur als Word-document, naar Verenso, t.a.v. Jolanda de Wit, [jdewit@verenso.nl](mailto:jdewit@verenso.nl)

## ANTWOORDEN KENNISTOETS

1. De incidentie van ulcus cruris venosum in de leeftijdsgroep boven de 75 jaar bedraagt 8,3 per 1000 patiëntjaren voor vrouwen en 2,2 per 1000 patiëntjaren voor mannen.

2. De belangrijkste pijler van de behandeling is de compressietherapie.

3. Veneus

- Lokalisatie: boven mediale melleolus
- Begrenzing: grillige wondranden
- Meestal onwelriekende geur
- Pitting oedeem

Arterieel

- Lokalisatie: laterale zijde scheenbeen, voorvoet, tenen
- Begrenzing: scherpe wondranden
- Meestal zwarte wondranden
- Meestal geen oedeem

4. - Bij een zich uitbreidende infectie (bijvoorbeeld erysipelas of cellulitis)  
- Bij (permanente) pijn  
- Bij pijnlijke wondverzorging (lokale pijnstilling)

5. - Bij ontbreken van een genezingstendens van het ulcus na twee maanden adequate wondbehandeling en ambulante compressietherapie  
- Bij twijfel aan de veneuze origine van het ulcus  
- Bij een groot of diep ulcus dat mogelijk chirurgisch kan worden gesloten  
- Bij een ulcus waarbij de chronische veneuze insufficiëntie gecompliceerd wordt door lymfoedeem

# Wat vindt u ervan?

Franz Roos, directeur

Tijdens de ledenvergadering in november 2010 vroegen wij u via een enquête om over een groot aantal zaken uw mening te geven. Veel specialisten ouderengeneeskunde hebben hierop positief gereageerd en ter plekke of via de e-mail de enquête geretourneerd. Wij hebben 180 ingevulde enquêtes ontvangen, een respons van ruim 12%. Voldoende om een aantal conclusies te kunnen trekken.

Op deze plek willen wij eerst de conclusies presenteren, die u trekt over Verenso. Ruim 98% van de specialisten ouderengeneeskunde is lid van Verenso. U bent lid, omdat u het belangrijk vindt om samen sterk te staan. De beroepsgroep vertoont veel onderlinge verbondenheid en betrokkenheid. U vindt het van belang om overheidsbeleid te kunnen beïnvloeden, de ouderengeneeskunde duidelijk neer te zetten en vakinhoudelijke ontwikkelingen te stimuleren.

Bent u dan ook tevreden over de manier waarop Verenso haar taken uitoefent? De meerderheid (53%) is zonder meer tevreden. Een kwart (28%) is redelijk tevreden, maar vindt wel dat een aantal zaken anders aangepakt moet worden. En een laatste deel (19%) is niet tevreden, bijvoorbeeld omdat de sociaal geriaters te weinig gesteund worden of omdat de kosten niet opwegen tegen de baten. Eén van de dingen die beter kunnen, is de zichtbaarheid van Verenso. De leden willen dat Verenso vaker en duidelijker standpunten inneemt en meningen verkondigt. Meer communiceert met de buitenwereld.

Dit brengt ons op het onderwerp communicatie. Een ruime meerderheid van de leden neemt kennis van de producten van Verenso. Ruim 80% leest ons tijdschrift en de nieuwsbrief. Bijna 70% bezoekt met enige regelmaat de website en bijna iedereen neemt kennis van de richtlijnen en handreikingen.

Ruim 80% is tevreden over de wijze waarop Verenso met de achterban communiceert. Maar het kan beter. Dat beter moet niet gezocht worden in nieuwe technieken of sociale media. De leden willen veel meer direct contact en interactie. Niet het bureau staat centraal, maar de leden. De leden van de Raad van Toezicht, Mieke Draijer, Franz Roos en de beleidsmedewerkers moeten veel meer het gezicht in de regio laten zien. Waarom het periodiek overleg met regio-bestuurders altijd in Utrecht laten plaatsvinden? De regio's zijn prima in staat deze bijeenkomsten te faciliteren. Verenso wordt uitgenodigd meer het land in te trekken. Maar het gaat niet alleen om de plek waar de ontmoetingen plaatsvinden. Het contact tussen 'Utrecht' en de leden moet vaker. De leden willen meer wisselwerking bij het ontwikkelen van beleid en de activiteiten van Verenso.

De vraag om meer betrokkenheid is niet ingegeven omdat de leden zich niet in het beleid van Verenso zouden herkennen. Als we kijken naar de reacties van de leden op nieuwe ontwikkelingen, onderwerpen waar Verenso veel belang aan hecht, zien we dat een belangrijk deel van de leden dit beleid ondersteunt.

ENQUÊTE

Leest u het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde?				
1 (altijd)	2	3	4	5 (nooit)
38,07%	44,32%	11,93%	5,68%	0%
Leest u de digitale nieuwsbrief Verenso Nieuws?				
1 (altijd)	2	3	4	5 (nooit)
38,86%	39,43%	14,86%	5,14%	1,71%
Bezoekt u de website <a href="http://www.verenso.nl">www.verenso.nl</a> ?				
1 (altijd)	2	3	4	5 (nooit)
9,66%	44,89%	26,70%	13,64%	5,11%
Neemt u kennis van nieuwe richtlijnen, handreikingen etc.?				
1 (altijd)	2	3	4	5 (nooit)
44,32%	46,59%	7,95%	1,14%	0%
Vindt u dat u voldoende informatie krijgt van Verenso?				
1 (altijd)	2	3	4	5 (nooit)
28%	45,14%	20%	6,29%	0,57%

De specialist ouderengeneeskunde moet meer extramuraal werken.				
I (eens)	2	3	4	5 (oneens)
36,52%	35,39%	18,54%	7,87%	1,68%
Het moet mogelijk worden dat de specialist ouderengeneeskunde zich, net als de huisarts of medisch specialist, zelfstandig of in maatschapverband vrij kan vestigen.				
I (eens)	2	3	4	5 (oneens)
56,25%	26,15%	14,20%	1,70%	1,70%
Specialisten ouderengeneeskunde kunnen verantwoordelijk zijn voor een grotere groep patiënten als er meer ondersteuning is van praktijkondersteuners en verpleegkundigen.				
I (eens)	2	3	4	5 (oneens)
50,3%	38,55%	7,25%	3,35%	0,55%
De specialist ouderengeneeskunde moet meer actief worden bij ontslag van kwetsbare ouderen uit het ziekenhuis.				
I (eens)	2	3	4	5 (oneens)
52,81%	36,52%	7,30%	2,81%	0,56%

Waar het naar ons idee over gaat is, dat de reden waarom veel specialisten ouderengeneeskunde lid zijn van Verenso (betrokkenheid en saamhorigheid) vertaald moet worden in praktisch handelen door de bestuurders. Leden betrekken bij de beleidsontwikkeling; samen het beleid maken en uitdragen.

Meewerken willen de leden wel. Bijna de helft van de leden wil een bijdrage leveren aan inhoudelijke producten zoals richtlijnen en handreikingen. Zij willen dit met name doen om inspiratie en motivatie op te doen. Daar waar leden minder geneigd zijn om mee te werken heeft dit te maken met de beschikbare tijd.

Tot slot is een rode draad zichtbaar in allerlei antwoorden en suggesties die gedaan worden, namelijk belangenbehartiging. In verschillende vormen en omschrijvingen komt naar voren, dat de leden meer aandacht vragen voor het naar voren brengen van hun belangen. Genoemd worden de honorering, de arbeidsomstandigheden, de werkbelasting en het uitvoeren van oneigenlijke taken. Hoe geven we hier invulling aan, hoe verhoudt dit zich tot de taken die de LAD (Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband) op zich heeft genomen? Een discussie die gevoerd gaat worden met de LAD en de regio's.

Voor nu concluderen wij dat Verenso een hoge organisatiegraad kent met veel betrokken leden. De communicatie en communicatiemiddelen worden gewaardeerd. Maar het kan beter. Meer interactie met de regio is gewenst door discussie en aanwezigheid in de regio. Verenso heeft dit opgepakt door alle regio's te koppelen aan een medewerker van het bureau. De medewerkers van Verenso zijn al het land ingetrokken met de vraag: waar houdt u zich mee bezig, wat vindt u van belang en waar kunnen wij elkaar mee van dienst zijn?

Verenso moet meer zichtbaar zijn voor de leden en voor de buitenwereld. Die zichtbaarheid betekent duidelijk(er) standpunten naar voren brengen over de eigen beroepsgroep en de ouderenzorg in het algemeen en veel meer dan nu het geval is het behartigen van de belangen van de leden.

Het mag wat brutaler en zelfverzekerder.

Correspondentieadres  
froos@verenso.nl

# Richtlijnen voor auteurs

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

## INDIENEN VAN EEN BIJDRAGE

### Tekst

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

### Taal

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

### Afbeeldingen/tabellen/figuren

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

### Literatuur

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

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

## VERKLARING AUTEURS

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

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

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

## PROCEDURE BEOORDELING BIJDRAGE

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

## DRUKPROEVEN

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

## PLAATSING

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

## REDACTIEADRES

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

## INLICHTINGEN

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