

38e jaargang no. 4 | augustus 2013



Overdracht van GGZ naar verpleeghuis

Pacemaker en ICD in de laatste levensfase

Patient-centered zorg

Verslag: Apps in de gezondheidszorg

veren<sup>so</sup>  
specialisten in  
ouderengeneeskunde

Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde

Een werkbezoek in Sydney



176

Pacemaker en ICD in de laatste levensfase



186

Ouderengeneeskunde 2.0



205

## In dit nummer

### Algemeen

176 Een werkbezoek in Sydney

### Wetenschap en praktijk

- 177 De overdracht van GGZ naar verpleeghuis  
Continuïteit van zorg voor patiënten met dementie
- 183 De GRAMPS-studie
- 186 Pacemaker en ICD in de laatste levensfase  
Onderdeel van advance care planning
- 190 Patient-centered zorg  
Voor de oudere met multimorbiditeit

### Boekbespreking

- 181 Handboek Diabetes mellitus
- 182 Terug naar normaal
- 185 NHG-Standaarden voor de huisarts 2013, deel 1 en 2

### Actueel

194 Zo gezegd, zo gedaan

### Critically Appraised Topic (CAT)

196 Zijn corticosteroïden effectief bij de behandeling van een pneumonie?

### Hora Est

- 198 Dokter worden, de emotionele en professionele ontwikkeling van studenten
- 199 Continue sedatie

### Verslag

202 Apps in de gezondheidszorg

## Vaste rubrieken

### Redactioneel

175 Redactioneel

### Amuse

195 Afscheidsbrief

### Digitaal

205 Ouderengeneeskunde 2.0

### Bureau Verenso

- 207 Verenso-BEURS 2012
- 208 Woord voorzitter

### Leergang Ouderengeneeskunde

209 Leergang Ouderengeneeskunde

# Waarmee poetst u uw tanden?



Met dit gevoel hebben Alzheimerpatiënten dagelijks te kampen.

Help Alzheimer overwinnen. Dan hoeft niemand zichzelf te verliezen.

1 op de 5 mensen krijgt dementie, waarvan Alzheimer de meest voorkomende vorm is.  
[www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl)



alzheimer  
nederland

# Colofon

## Hoofredacteur

Drs. Martin W.F. van Leen

## Redactie

Drs. Annelore H. van Dalen-Kok

Drs. Jacobien F. Erbrink

Drs. Aafke J. de Groot

Dr. Jos W.P.M. Konings

Dr. Susanne J. de Kort

Dr. Dika H.J. Luijendijk

Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

## Eindredactie

Drs. Marjolijn Bontje, dchg medische communicatie

Drs. Lauri P.M. Faas, Verenso

Judith Heidstra, Verenso

## Redactieadres en inleveren kopij

Bureau Verenso, Judith Heidstra

Postbus 20069, 3502 LB UTRECHT

redactie@verenso.nl

## Abonnementen

Abonnement Nederland € 72,50 per kalenderjaar

Abonnement buitenland € 150,00 per kalenderjaar

E-mail: info@dchg.nl

## Uitgever, eindredactie en advertenties

dchg medische communicatie

Hendrik Figeeweg 3G-20

2031 BJ Haarlem

Telefoon: 023 5514888

Fax: 023 5515522

E-mail: marjolijn.bontje@dchg.nl

www.dchg.nl

Issn: 1879-4637

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

Copyright© 2013

# Redactioneel

*Martin van Leen, hoofredacteur*



De zomer geeft ons veel energie die we hard nodig zullen hebben voor een zeer druk najaar.

De overheid brengt in rap tempo nieuwe inzichten rond de ouderenzorg onder de aandacht van zorgaanbieders. Dit gaat gepaard met forse verlagingen van budgetten en verschuivingen van AWBZ naar WMO. Het is al duidelijk te merken dat zorgaanbieders onrustig worden. Binnen de thuiszorgorganisaties worden aanvragen ingediend voor massaontslagen en het is maar de vraag of en op welke wijze kwetsbare ouderen in de toekomst verantwoorde zorg zullen krijgen. De mantelzorgers en vrijwilligers krijgen in toenemende mate een regievoerende rol voor die ouderen die niet meer in staat zijn die rol zelf op zich te nemen. Hopelijk zijn er veel specialisten ouderengeneeskunde betrokken binnen organisaties aangaande dit transitieproces, want als we nu aan de zijlijn blijven staan zal onze rol in de eerste lijn nooit goed tot ontplooiing komen. Door verlaging van budgetten is het niet onwaarschijnlijk dat ook de inzet van de specialist ouderengeneeskunde op een andere manier zal worden ingevuld. Specialist ouderengeneeskunde zullen meer patiënten moeten gaan bedienen en om hierin actief een rol te kunnen blijven spelen, zullen zij zelf activiteiten richting de eerste lijn moeten uitzetten. Daarom is het ook belangrijk dat we meer instrumenten krijgen om de administratieve druk te verlichten. Het zou al heel veel tijd schelen als er bij een opname of bij een consult een complete overdracht is.

In het artikel van Eveline Huber et al. wordt een mooie aanzet gegeven rond wijzigingen in de zorg voor thuiswonende ouderen met dementie. Doordat de rol van de GGZ duidelijk anders is, ontbreekt het bij opname van een oudere met dementie vaak aan informatie van behandelaars betrokken in de periode voorafgaand aan de opname. Zij geeft handvatten voor een verbeterde overdracht. Ook binnen de geriatrische revalidatie is niet altijd het belang van de patiënt het belangrijkste bij plaatsing. Ziekenhuisbelangen qua doorstroming veroorzaken soms onvolledige informatie, waardoor het behandelproces moeizamer verloopt. Het artikel van Bianca Buijck over de GRAMPS-studie gaat hier dieper op in. Verder wordt in dit nummer door Lieselot van Erven et al. uitgebreid ingegaan op advance care planning en shared decision making. In dit artikel wordt wederom het belang over besluitvorming rond ICD en pacemaker in de laatste levensfase aangekaart.

Esther van de Glind gaat in op een rapport van de American Geriatric Society. Zij beschrijft een benaderingsvoorstel voor klinici om aan de hand van vijf domeinen optimale zorg te kunnen bieden aan ouderen met multimorbiditeit. Centraal uitgangspunt was dat elk behandelplan moet worden toegespitst op de individuele patiënt. Het artikel bevat een op de Nederlandse situatie toegespitste samenvatting en pleit wederom voor één coördinerende arts. Misschien een uitdaging voor de specialist ouderengeneeskunde!?

Ik wens u veel leesplezier en veel initiatieven voor het najaar toe.

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl

- Terug naar inhoudsopgave -



# Een werkbezoek in Sydney

## Het Ku-ring-gai Hospital

Anna de Bruijn, specialist ouderengeneeskunde, Cordaan te Amsterdam

Enige tijd geleden kreeg ik onverwacht de kans om een kijkje in de keuken te nemen bij collega's in Australië. Ik was benieuwd of men daar ook aan geriatrische revalidatie deed en zo ja, of er misschien nog iets te leren viel van onze tegenvoeters. Hoe zou het daar gesteld zijn met de ketenzorg? Waar vindt (geriatrische) revalidatie plaats en differentiateert men naar patiënt en diagnose? Is de Australische aanpak multidisciplinair? Zomaar wat vragen waar ik een antwoord op hoopte te krijgen.

Na enig e-mailverkeer werd ik uitgenodigd in het Ku-ring-gai Hospital. Dit ziekenhuis bestaat uit een groep van lage gebouwen en is gelegen in een buitenwijk van Sydney, boven op een heuvel, waar schreeuwende kaketoets over de eucalyptusbomen scheren.

Op de revalidatieafdeling van het Ku-ring-gai was juist een 'case conference' gaande, de Australische versie van ons multidisciplinair overleg. Een enthousiast team van artsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen bespraken hier de vorderingen van de revalidatie van de patiënten en het al dan niet behalen van de gestelde doelen. Al tijdens deze case conference werd mij duidelijk dat de Nederlandse vorm van geriatrische revalidatie in Australië niet bestaat: er wordt niet gedifferentieerd naar leeftijd, evenmin naar aandoening. Alle revalidatie vindt plaats op de revalidatieafdelingen in de ziekenhuizen. De patiënten zijn dan ook zeer divers: zo sprak ik een vrolijke dertiger die juist geopereerd was aan een a. basilaris aneurysma alsook een krasse 90-jarige man met hartfalen, chronische ulcera aan de benen en koorts zonder focus. Deze man weigerde categorisch elke vorm van behandeling en riep onophoudelijk: 'I've had it with life, enough!'. Echt serieus werd hij overigens niet genomen, totdat hij écht boos werd en zijn dochter bevestigde dat hij al jaren klaar was met het leven.

Een revalidatie-indicatie is 21 dagen geldig en kent twee inclusiecriteria: er is een revalidatie-doel, en de patiënt is coöperatief. Als de revalidatie-doelen zijn behaald, keert de patiënt terug naar huis. Bij een niet geslaagde revalidatie gaat de patiënt naar een verpleeg- of verzorgingshuis, de wachttijd is maximaal twee weken. Een vervolgtraject of ketenzorg is er nauwelijks: eventueel nog een controle bij de polikliniek en soms voor maximaal zes weken een therapeut of thuiszorg. In de verpleeghuizen zijn geen mogelijkheden tot verdere revalidatie.

De behandeling op een revalidatieafdeling is zeer intensief: dagelijks een uur ergotherapie, een uur fysiotherapie en een tot twee uur groepstherapie. In het weekends is er ook dagelijks fysiotherapie. Een goed hulpmiddel is de 'antivalriem': patiënten die onder begeleiding lopen, dragen een brede riem met handvatten aan de achterkant, zodat begeleiders hen gemakkelijk kunnen ondersteunen (zie onderstaande foto's). Zeer handig is de afdelingsplattegrond waarop de lengte van de gangen staat, zo kunnen concrete afspraken gemaakt worden over mobiliseren.



Het was een inspirerende ervaring om een kort kijkje in de Australische keuken te nemen. Het team van Ku-ring-gai heeft mij laten zien dat intensieve revalidatie vaak tot goede resultaten leidt. Opvallend was dat patiënten die geen behandeling meer wensen niet serieus worden genomen. Ook is er weinig ruimte voor patiënten die niet snel revalideren. Er bestaat vanuit Australië zeker interesse voor de Nederlandse aanpak van de geriatrische revalidatie en ook voor het vak van de specialist ouderengeneeskunde. Men streeft naar het doen van gezamenlijk onderzoek. Een voorzichtigte conclusie is dat, als het gaat om de nieuwste ontwikkelingen op ons vakgebied, wij niet de blik naar Australië hoeven te richten. Dit is eerder andersom het geval!

Correspondentieadres  
adebruijn@cordaan.nl

# De overdracht van GGZ naar verpleeghuis

## Continuïteit van zorg voor patiënten met dementie

Eveline Huber, aios ouderengeneeskunde, GGZ InGeest Amsterdam, Gerion

Franka Meiland, senior onderzoeker afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, afdeling Psychiatrie, VUmc Amsterdam

Max Stek, hoogleraar ouderenspsychiatrie, GGZ InGeest, VUmc Amsterdam

Rose-Marie Dröes, hoogleraar Psychosociale hulpverlening bij dementie, afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, afdeling Psychiatrie, VUmc Amsterdam

Annetje Bootsma-v.d. Wiel, specialist ouderengeneeskunde, GGZ InGeest Amsterdam

Patiënten met dementie worden in 30% van de gevallen door de huisarts verwezen naar de GGZ voor nadere diagnostiek van cognitieve en gedragsstoornissen.<sup>1,2</sup> Bij complexe problematiek, zoals ernstige paranoia of stemmingsstoornissen, blijft de GGZ de patiënt behandelen en mantelzorgers begeleiden.<sup>3</sup> Vaak mondt dit traject uit in een verpleeghuisopname door ernstige overbelasting van de mantelzorger.<sup>4</sup> Bij opname wordt de specialist ouderengeneeskunde van het verpleeghuis de hoofdbehandelaar. Deze specialist neemt de rol over van huisarts en GGZ, waarmee de ambulante behandeling abrupt stopt.

Tien jaar terug werden indicaties voor een verpleeghuisopname aangevraagd door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of sociaal geriater werkzaam in de GGZ. In deze aanvragen stond overdrachtsinformatie voor het verpleeghuis. Zodra opname kon plaatsvinden werd ook de GGZ-hulpverlener ingelicht. Sinds 2005 verzamelt het CIZ 'onafhankelijk' de gegevens wanneer een zorgaanbieder een indicatie aanvraagt. Het CIZ brengt GGZ-hulpverleners niet op de hoogte van de uitkomst van de indicatie noch van het moment en de plaats van opname. De indruk bestaat dat de informatie die GGZ-hulpverleners hebben over patiënten vanaf dat moment vaak niet meer wordt overgedragen aan het verpleeghuis.

Uit studies naar schriftelijke overdrachten vanuit het ziekenhuis naar de huisarts of het verpleeghuis is bekend, dat gebrekkige communicatie bij het ontslag van kwetsbare ouderen het risico op fouten vergroot.<sup>5</sup> Tijdige overdracht, gestandaardiseerde overdrachtsformulieren en een voorbericht met de meest essentiële informatie kunnen de overdracht verbeteren.<sup>5,6</sup> Intensiever persoonlijk contact tussen de behandelaren draagt mogelijk bij tot een accuratere overdracht van de behandelgegevens en een betere zorgverlening aan de patiënt.<sup>7</sup> Verschillende studies onderzochten welke informatie de medische overdracht tussen ziekenhuis en de eerste lijn zou moeten bevatten.<sup>6,8,9</sup> In dit artikel formuleren we, op basis van deze literatuur, criteria voor een goede overdracht vanuit de GGZ naar het verpleeghuis, en beschrijven we empirisch onderzoek naar de overdrachten.

### SAMENVATTING

**Achtergrond en doel:** Sinds huisartsen mensen met dementie kunnen laten opnemen in een verpleeghuis, vindt vaak geen directe informatieoverdracht meer plaats vanuit de ambulante GGZ. Een goede overdracht is belangrijk voor het bieden van continuïteit van zorg. Het doel van de huidige studie is criteria op te stellen voor een goede overdracht tussen ambulante GGZ en verpleeghuis bij mensen met dementie, en evaluatie van de huidige overdracht op grond van deze criteria.

**Methode:** Met een expertpanel van specialisten ouderengeneeskunde werden stellingen over procedure en inhoud opgesteld (Delphi-studie). Specialisten ouderengeneeskunde die deelnamen aan het Verenso congres 2012 hebben deze stellingen beoordeeld. Op deze wijze werd consensus bereikt over criteria waaraan een goede overdracht zou moeten voldoen. Daarnaast werden 22 feitelijke overdrachten beoordeeld aan de hand van de opgestelde criteria.

**Resultaten:** Het expertpanel en de congresbezoekers achtten een overdracht met informatie over diagnostiek en beloop van het ziektebeeld, het effect van ingestelde behandelingen, omgangsadviezen, mogelijkheden tot overleg en een goede samenvatting zeer belangrijk voor de continuïteit van zorg. Bij een deel van de beoordeelde overdrachten bleek geheel geen informatie vanuit de GGZ aanwezig te zijn. Geen enkele overdracht voldeed aan de vijf belangrijkste criteria.

**Conclusie:** Specialisten ouderengeneeskunde vonden de kennis die GGZ-hulpverleners hebben over hun patiënten met dementie essentieel om continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Zowel hulpverleners in de GGZ als in het verpleeghuis zullen zich actiever moeten opstellen om deze kennis over te dragen respectievelijk op te vragen.

## METHODE

Dit onderzoek maakte deel uit van een grotere studie over de continuïteit in behandeling en begeleiding van patiënten met dementie na verpleeghuisopname (CAVIA-studie<sup>10</sup>, een deelonderzoek van de COMPAS-studie, uitgevoerd in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg). Het onderzoek bestond uit drie delen. Eerst hebben de onderzoekers (Eveline Huber en Annetje Bootsma) op basis van de literatuur en hun eigen ervaringen procedurele en inhoudscriteria voor een goede overdracht geïnventariseerd. Deze werden vervolgens als achttien stellingen schriftelijk voorgelegd aan een expertpanel dat was samengesteld uit personen van wie expertise op het te onderzoeken gebied verwacht mag worden (Delphi-methode).<sup>11</sup> Het was de bedoeling in twee tot drie vragenronden consensus te bereiken.<sup>12</sup>

In de eerste ronde werden vijf specialisten ouderengeneeskunde met psychogeriatric-ervaring gevraagd om de stellingen te beoordelen en zo nodig nieuwe stellingen toe te voegen. In de tweede ronde werd het panel uitgebreid tot vijftien specialisten ouderengeneeskunde om meer diversiteit in achtergrond, werkveld en expertise te krijgen. Hun werd gevraagd de stellingen te beoordelen op belang voor een overdracht middels een 7-punts likertschaal en desgewenst stellingen toe te voegen. Ook werden twee open vragen gesteld over de ervaringen met overdrachten in de dagelijkse praktijk. In de derde ronde werd hun gevraagd de vijf belangrijkste overdrachtsitems aan te geven en op volgorde van relevantie te zetten (1 tot 5 punten). Per stelling werden de punten opgeteld.

In het tweede deel van ons onderzoek hebben we tijdens het Verenso congres in november 2012 criteria voor goede overdracht voorgelegd aan specialisten ouderengeneeskunde. Bij een posterpresentatie werden de bijbehorende stellingen uitgedeeld en werd gevraagd een waardering en prioritering aan te geven. Ook werd een schriftelijke vraag gesteld over de beoordeling van de huidige situatie.

Ten slotte hebben we overdrachten beoordeeld aan de hand van de verkregen inhoudelijke criteria voor goede overdracht. De dossiers van 22 patiënten woonachtig in de regio Amsterdam Zuid/West die ten tijde van behandeling bij GGZ InGeest werden opgenomen in het verpleeghuis en deelnamen aan de CAVIA-studie werden geselecteerd. Patiënten, hun mantelzorgers en de specialisten ouderengeneeskunde van het verpleeghuis werden ingelicht en zo van hen gaven toestemming tot inzage van hun dossier.

## RESULTATEN

Van de gevraagde experts wilden twee niet meedoen aan de Delphi-studie. De respons in de respectievelijke rondes was 80%, 86% en 69%. Uiteindelijk werden twaalf procedurele en zeventien inhoudelijke criteria opgesteld (zie tabel 1 en 2). Er was grote consensus over alle criteria met uitzondering van de lengte van de brief. Vijf van de dertien panelleden (38%) vonden dat de brief beknopt moest zijn, zes panelleden (46%) vonden dit niet van belang. Opgemerkt werd dat een mondelinge overdracht vooral belangrijk is voor de verzorgenden in het verpleeghuis vanwege informatie en advies over het gedrag van en omgang met de patiënt, maar dat dit een schriftelijke overdracht niet kan vervangen. Laagdrempelig overleg werd als zeer waardevol beoordeeld. Een panellid zei hierover: 'Ik vind het prettig om gegevens telefonisch uit te wisselen, ook omdat het mogelijk is verder door te vragen'. De panelleden bleken zes items het meest belangrijk te vinden, namelijk een goede samenvatting (16), contactgegevens (17), behandelingen in het beloop (7), diagnostiek en beloop van gedragsproblemen (5) en van de dementie (4) en omgangsadviezen (8).

Slechts vier van de dertien panelleden beoordeelden de huidige informatieoverdracht rondom een pg-verpleeghuisopname als positief. Men moet vanuit het verpleeghuis vaak actief overdrachten opvragen bij de GGZ en huisarts. Het verpleeghuis is niet altijd op de hoogte van behandeling door de GGZ en de GGZ niet van het moment van opname in het verpleeghuis. Positieve beoordelingen van de huidige

Tabel 1. Criteria over de procedure van overdracht en consensus over het belang van deze criteria.

1.	Rechtstreekse overdracht vanuit GGZ naar het verpleeghuis	++
2.	Overdracht binnen twee weken na opname in het verpleeghuis	+
3.	Bij crisisopname overdracht binnen 24 uur	++
4.	Beknopte overdrachtsbrief, minder dan twee kantjes	±
5.	Persoonlijke overdracht in plaats van brief	±
6.	Bekendheid van een contactpersoon binnen de GGZ	+
7.	Actieve benadering vanuit de GGZ naar specialist ouderengeneeskunde verpleeghuis	+
8.	Actieve benadering vanuit de GGZ naar verzorging van verpleeghuis	+
9.	Persoonlijke ontmoeting met collega's van de GGZ in eigen regio	+
10.	Standaardcontact vanuit GGZ twee weken na opname	±
11.	Bij crisisopname telefonische overdracht vanuit de GGZ vooraf	++
12.	Kort voorlopig bericht bij ontslag vanuit de GGZ, vooruitlopend op ontslagbrief	+

± = geen consensus over het belang van dit criterium

+ = consensus, belangrijk criterium

++ = consensus, heel belangrijk criterium

Tabel 2. Criteria over de inhoud van overdracht en consensus over het belang van deze criteria.

1.	Aanleiding voor verpleeghuisopname	++
2.	Doel opname (time-out, overbrugging, blijvend)	++
3.	Reden behandeling door GGZ	++
4.	Diagnostiek en beloop dementie	++
5.	Diagnostiek en beloop eventuele gedragsproblemen	++
6.	Informatie over verstrekte medicatie	++
7.	Indicaties en effecten eerdere behandelingen (medicamenteus/niet-medicamenteus)	++
8.	Omgangsadviezen naar patiënt	++
9.	Informatie over mantelzorgers (benadering)	+
10.	Informatie over mantelzorgers (inzicht, geïnformeerd zijn)	+
11.	Daginvulling voor opname	+
12.	Afwijkende bevindingen lichamelijk onderzoek	++
13.	Uitslagen aanvullende diagnostiek	+
14.	Meest recente psychiatrisch onderzoek en MMSE	++
15.	Biografie	+
16.	Goede samenvatting	+
17.	Contactgegevens ambulante behandelaar	++

± = geen consensus over het belang van dit criterium

+ = consensus, belangrijk criterium

++ = consensus, heel belangrijk criterium

procedure en inhoud van overdrachten betroffen situaties waar de lijnen tussen GGZ en het verpleeghuis kort waren.

Tijdens het Verenso congres hebben vijftien specialisten ouderengeneeskunde de stellingen beoordeeld. Eén respondent was werkzaam bij een ambulante GGZ, de andere respondenten werkten in een verpleeghuis. Er was consensus over 26 van de 29 stellingen. Over de lengte van de brief bestond onder de congresbezoekers wel consensus: men was van mening dat deze beknopt moet zijn (mediaan 6 versus 4). Onder de congresbezoekers bestond echter geen consensus over het belang van het persoonlijk kennismaken met collega's uit de GGZ en het na twee weken actief contact zoeken door de GGZ. De oordelen over de inhoudelijke criteria kwamen grotendeels overeen. De bereikbaarheid van de GGZ voor overleg en bruikbaarheid van overdrachtsinformatie werd door acht van de vijftien congresbezoekers positief beoordeeld.

De beoordeling van twintig feitelijke overdrachten wees uit dat bij zeven patiënten geen overdrachtsinformatie aanwezig was (35%). Bij de overige dertien overdrachten werd zeven keer de behandeling door GGZ genoemd en in vijf gevallen stonden contactgegevens daarover vermeld. In drie gevallen was er een (intake)brief van de GGZ aanwezig. In geen enkel dossier was een specifieke overdrachtsbrief van de GGZ aanwezig. In tabel 3 is weergegeven in hoeverre overdrachten voldeden aan de zeventien inhoudscriteria. De inhoud van deze overdrachten bevatte voornamelijk somatische informatie. De meest complete overdrachtsinformatie werd gevonden bij vier patiënten in een uitslagbrief van de geriatrische dagscreening en een GGZ-brief voor aanvraag van een Rechterlijke Machtiging.

## DISCUSSIE

Uit dit onderzoek blijkt een brede consensus over de wenselijkheid van een goede overdracht tussen ambulante GGZ-hulpverleners en specialisten ouderengeneeskunde in het verpleeghuis en over de criteria waaraan deze zou moeten voldoen. In het verpleeghuis is bij de specialisten ouderengeneeskunde behoefte aan informatie over diagnostiek en het beloop van het ziektebeeld, het effect van ingestelde behandelingen, omgangsadviezen, mogelijkheden tot overleg en een goede samenvatting. Analyse van een twintigtal overdrachten uit de praktijk liet echter zien dat de overdrachtsinformatie nauwelijks de gewenste informatie bevat. In veel gevallen was er zelfs helemaal geen overdrachtsinformatie aanwezig.

Een voor de hand liggende reden voor de matige tot afwezige overdrachtsinformatie is het ontbreken van een directe betrokkenheid bij de indicatiestelling en opname van de GGZ zoals dit voor 2005 wel het geval was.<sup>14</sup> De GGZ is vaak niet meer op de hoogte van het moment en de plaats van opname. In dossiers van huisartsen wordt behandeling door de GGZ nauwelijks benoemd en dit is daardoor regelmatig onbekend bij het verpleeghuis. Verder is het niet actief verzamelen van gegevens vanuit het verpleeghuis een oorzaak van beperkte overdracht van informatie.

Een betere samenwerking en meer proactieve communicatie tussen GGZ, CIZ, huisarts en verpleeghuis zou ervoor kunnen zorgen dat de procedure van overdracht, zeker wat betreft de timing, sterk verbetert.

Bij de inhoudelijke beoordeling van de overdrachten valt op dat geen enkele overdracht volledig voldoet aan de opgestelde criteria door het expertpanel. Gedragsproblemen worden zelfs maar in 15% van de overdrachten besproken. En dat terwijl gedragsproblemen juist vaak de reden van begeleiding door de GGZ zijn.<sup>2</sup> Een goede overdracht van biografische



Tabel 3. Aanwezigheid van overdrachten en vergelijking met de inhoudelijke criteria.

	Item aanwezig	
	N totaal = 20	%
Aanwezigheid van overdracht	13	65%
Informatie van huisarts	6	46%
Informatie van GGZ	3	23%
<b>Criteria met hoogste prioriteit:</b>		
Diagnostiek en beloop van dementie	6	30%
Diagnostiek en beloop van gedragsproblemen	3	15%
Indicatie en effect van behandelingen in het beloop van het behandeltraject	5	25%
Omgangadviezen met betrekking tot de patiënt	2	10%
Een goede samenvatting aan het begin/eind van de brief	5	25%
Contactgegevens GGZ	5	25%
GGZ, genoemd in dossier huisarts	4	20%
<b>Criteria over overige inhoudelijke items:</b>		
Aanleiding voor verpleeghuisopname	10	50%
Doel van opname (tijdelijk, permanent)	3	15%
Reden van behandeling door GGZ	5	10%
Informatie en advies over benadering van mantelzorgers	2	10%
Informatie over mate van inzicht en geïnformeerd zijn van mantelzorgers	3	15%
Informatie over daginvulling van patiënt (bijv. bezocht patiënt een dagvoorziening)	7	35%
Afwijkende bevindingen uit meest recente lichamelijk onderzoek	6	30%
Uitslagen van verrichte aanvullende diagnostiek	3	15%
Bevindingen uit meest recente psychiatrisch onderzoek en MMSE	7	35%
Belangrijke biografische gegevens	7	35%

informatie en effect van (medicamenteuze) behandeling is juist bij deze groep belangrijk. De continuïteit van zorg zou verbeterd kunnen worden door betere (en ook mondelinge) overdracht. Een vervolgbesluit door GGZ na opname in het verpleeghuis zou hiervoor een oplossing kunnen zijn. Dit wordt nu in de CAVIA-studie onderzocht.<sup>10</sup>

Bij dit onderzoek is een aantal methodologische opmerkingen te maken. Een sterk punt is dat een onderwerp dat nog niet eerder onderzocht is van verschillende kanten is belicht: literatuuronderzoek, directe inbreng van experts en empirische toetsing. Een beperking van de studie is de niet gestandaardiseerde wijze waarop de overdrachten binnen de CAVIA-studie zijn verzameld. Soms werden deze overdrachten door hulpverleners uit het verpleeghuis gekopieerd en soms door de onderzoekers. Een andere kanttekening is het kleinschalige karakter van zowel het dossier onderzoek als de gehouden enquête onder specialisten ouderengeneeskunde op het Verenso congres, waardoor onduidelijk is in hoeverre onze bevindingen te generaliseren zijn.

Het is interessant om in een vervolgonderzoek na te gaan waarom zo weinig informatie van de GGZ wordt teruggevonden in de overdrachtsinformatie van de huisarts. En of verbetering van de overdracht tussen ambulante GGZ en verpleeghuis door het implementeren van de opgestelde criteria daadwerkelijk tot een verbetering van de kwaliteit van zorg leidt. Ook zou het interessant zijn om eenzelfde studie uit te voeren onder verzorgenden, omdat zij mogelijk andere eisen aan een overdracht stellen dan artsen.

Wij concluderen dat de overdracht van behandelinformatie uit de GGZ in de periode rond een verpleeghuisopname bij een patiënt met dementie met complexe problematiek te wensen overlaat. GGZ-hulpverleners hebben waardevolle kennis over hun patiënten met dementie. Zowel hulpverleners in de GGZ als in het verpleeghuis zullen zich actiever moeten opstellen om deze kennis over te dragen respectievelijk op te vragen.

## DANKBETUIGING

Wij danken de deelnemers van het expertpanel voor hun inbreng. De experts die aan de Delphi-ronden deelnamen waren: dr. M. Smalbrugge, dr. P. van Houten, mw. E. Wemmenhove, mw. A. Dankers-Gooijer, mw. N. Wouterse, mw. dr. D. Kriegsman, mw. A. de Wit, dhr. G. Beckers, dhr. M. Kooij, mw. J. Kraamer, mw. J. Sterk-Blaauw, mw. I. de Jong, dhr. E. Marres, dhr. R. Verfaillie.

## LITERATUUR

1. Baan CA, Hutten JH, Rijken PM. *Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. RIVM-rapport nr. 282701005. Bilthoven: RIVM/NIVEL, 2003.*
2. *Zorgketen Dementie Amsterdam. Het StIDA project. Amsterdam: Stedelijke Initiatiefgroep Dementie Amsterdam, 2008.*
3. Verkade PJ, Meijel B van, Brink C, Os-Medendorp H van, Koekkoek B, Francke AL. *Delphi research exploring essential components and preconditions for case management in people with dementia. BMC Geriatr 2010;9:10:54.*

4. Vugt ME, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N, Verhey FRA. Prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. *Int Psychogeriatr* 2005;17:577-89.
5. LaMantia MA, Scheunemann LP, Viera AJ, Busby-Whitehead J, Hanson LC. Interventions to Improve Transitional Care Between Nursing Homes and Hospitals: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010;58:777-82.
6. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA* 2007;297(8):831-41.
7. Schols JMGA, Veer AJE de. Information Exchange Between General Practitioner and Nursing Home Physician in the Netherlands. *J Am Med Dir Assoc* 2005;6:219-25.
8. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *BMJ* 1992;304:821-4.
9. Walraven C van, Rokosh E. What Is Necessary for High-Quality Discharge Summaries? *Am J Med Qual* 1999;14:160-9.
10. McNeil Vroomen J, Mierlo LD van, Ven PM van de, Bosmans JE, Dungen P van den, Meiland FJM, et al. Comparing dutch case management care models for people with dementia and their caregivers: The design of the COMPAS study. *BMC Health Serv Res* 2012;28;12:132.
11. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs* 2006;53:205-12.
12. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs* 2000;32:1008-15.
13. Green B, Jones M, Hughes D, Williams A. Applying the Delphi technique in a study of GPs' information requirements. *Health Soc Care Community* 1999;7:198-205.
14. Peeters JM, Francke AL. Indicatiestelling voor AWBZ-zorg sector verpleging, verzorging en thuiszorg. *Ontwikkelingen, knelpunten en oplossingsrichtingen*. Utrecht: NIVEL, 2007.

Correspondentieadres  
a.bootsma@ggzingeest.nl

## Handboek Diabetes mellitus

Jos Konings



Redactie: C.J. Tack,  
M. Diamant, E.J.P. de Koning  
Uitgeverij: de Tijdstroom  
ISBN: 978 90 5898 162 2  
Aantal pagina's: 477  
Prijs: € 49,00  
Aantal sterren: 4/4

Deze fors herziene vierde druk bestaat uit drie delen, te weten het profiel van de ziekte, complicaties en leven met diabetes. Het eerste deel behandelt in afzonderlijke hoofdstukken diagnostiek, epidemiologie, classificatie, pathogenese, pathofysiologie en behandeling. In het hoofdstuk 'behandeling' wordt op basis van de nieuwe behandelrichtlijn voor diabetes type 2 gepleit voor meer individualisering van de behandeling. Leefstijlveranderingen en metformine blijven de hoekstenen. Er zijn in dit eerste deel tevens

hoofdstukken gewijd aan obesitas, voeding, diabetes mellitus bij kinderen en de diabeteszorg in de eerste lijn.

In deel twee komen de hyper- en hypoglycemische ontregeling, de micro- en macrovasculaire complicaties en de schade aan de verschillende orgaansystemen aan bod. Cardiovasculair risicomangement, infectieziekten en diabetes worden apart besproken. Aan zwangerschap, preventie, sport, psychologische aspecten, bijzondere activiteiten en beroepen wordt in deel drie aandacht besteed.

Elk hoofdstuk begint met een subindeling en een samenvatting van de inhoud. Daarmee en met de nodige hoeveelheid tabellen, figuren en het register worden toegankelijkheid en gebruiksgemak vergroot. De verhouding prijs-inhoud en kwaliteit is uitstekend en biedt een goede achtergrondinformatie bij de Verenso richtlijn *Verantwoorde diabeteszorg bij kwetsbare ouderen*.

Correspondentieadres  
jwpm.konings@hilverzorg.nl

# Terug naar normaal

Susanne de Kort



Auteur: Allen Frances  
ISBN nr. 9789057123801  
Uitgever: Uitgeverij Nieuwezijds,  
Amsterdam (vertaald uit het  
Engels)  
Prijs: € 21,95  
Aantal pagina's: 318  
Aantal sterren 4/4

Voor psychiatrische stoornissen bestaan geen harde (lees: biologische) maten. Het is de vraag – alle neurowetenschappelijke ontwikkelingen ten spijt – of deze er ooit komen. De laatste jaren bepaalt de DSM-classificatie de grens tussen wat normaal en wat gestoord is. De 'testeigenschappen' van de DSM-IV geven te denken, laat staan die van de DSM-5. De verwachting is dat straks miljoenen mensen het etiket van een stoornis opgeplakt zullen krijgen. Aan het woord is Allen Frances, emeritus hoogleraar psychiatrie aan Duke University. Hij was voorzitter van de DSM-IV-werkgroep.

Frances had twee samenhangende doelen met zijn boek 'Terug naar normaal: Inside informatie over de epidemie van psychische stoornissen, DSM-5, Big Pharma en de medicalisering van het dagelijkse leven.' Hij wil dat mensen die geen behandeling nodig hebben deze ook niet (langer meer) krijgen, en dat de mensen die wel behandeling nodig hebben deze wel krijgen. Het eerste deel van het boek verduidelijkt waarom onderscheid maken tussen normaliteit en abnormaliteit problematisch is. Als een eigenschap bijvoorbeeld buiten de standaard deviatie van een normaalverdeling valt, zoals het chaotische gedrag van Frances zelf, dan is het daarmee nog niet per se een ziekte. Voor de komst van de DSM-III miste men nog veel diagnoses. De hogere sensitiviteit van de DSM-IV is echter ten koste gegaan van de specificiteit van de opgestelde criteria. Dat geldt ook voor DSM-5. De criteria hebben een belangrijke betekenis voor onderzoek (gehad) maar hebben een enorme diagnostische inflatie aangezwengeld die leidt tot overbehandeling met psychofarmaca.

In het tweede deel van het boek gaat Frances in op de hypes van vroeger, nu en de toekomst. Hij beschrijft hoe hysterie en meervoudige persoonlijkheidsstoornis (kom je hem nog

wel eens tegen?!) in de mode raakten en hoe later de populariteit van deze diagnoses weer uitdoofde in de Westerse wereld. De nieuwste hypes, zoals die rondom aandachtstekortstoornis en autisme, hebben door het wereldwijde gebruik van de DSM een mondiale impact, dienen grote financiële belangen en maken deel uit van de maatschappelijke infrastructuur (verzekeringen, onderwijs, rechtspraak en toegang tot zorg). De hypes ingegeven door de DSM-5 zullen daardoor vermoedelijk hardnekkiger zijn. Neem bijvoorbeeld de opname van de diagnose Milde Neurocognitieve stoornis in de DSM-5. Een klinische depressie kan met de nieuwe criteria gediagnosticeerd worden bij mensen die iemand hebben verloren, zelfs al in de eerste weken na het verlies. Geheugenstoornissen en rouw zullen hierdoor onnodig gemedicaliseerd worden met alle mogelijke schadelijke gevolgen van dien. Door de DSM-5 zal er in plaats van een tempering van de diagnostische inflatie eerder een hyperinflatie optreden, aldus Frances. De grote farmaceutische bedrijven vervullen hierbij de rol van een soort gelegaliseerd drugskartel. Frances vindt dat nieuwe diagnoses die grote invloed zullen hebben op de manier waarop mensen hun leven leiden en waarop de overheid de schaarse middelen voor de gezondheidszorg besteedt, pas opgenomen moeten worden in de DSM na deugdelijk onderzoek en maatschappelijk debat, niet ervoor.

Tot slot doet Frances verschillende suggesties om de diagnostische inflatie (en polyfarmacie) tegen te gaan. Dokters zouden hun patiënten niet in het eerste consult op moeten zadelen met allerlei diagnoses, maar meer tijd moeten nemen om de herstel mogelijkheden die mensen van nature hebben hun werk te laten doen. Hij stelt het getrapte diagnosemodel voor waarbij pas in stap 6 een eventuele diagnose gesteld wordt (en niet, zoals nu vaak gebeurt, als eerste stap). Dit is een interessant voorstel, maar ik vermoed dat specialisten ouderengeneeskunde vaak al op deze manier te werk gaan.

In het nawoord schrijft Frances dat wij van nature zeer divers (dapper, verlegen, bang en raar) zijn. De moderne mens kiest nu echter voor standaardisatie: wij maken onze gewassen homogener en verwachten dat ook van mensen. Dit boek kan ook gelezen worden als een pleidooi voor de herwaardering van excentriciteit. Een mooi streven.

Correspondentieadres  
susannedekort@hotmail.com

# De GRAMPS-studie

Dr. Bianca I. Buijck, verpleegkundige-onderzoeker, Radboud Universiteit Nijmegen

## Multi-dimensional challenges in geriatric rehabilitation:

### The GRAMPS study

Dr. Bianca I. Buijck

Dr. Monica Spruit-van Eijk

Prof. dr. Raymond T.C.M. Koopmans (promotor)

Dr. Sytse U. Zuidema (copromotor)

Dr. Debby L. Gerritsen (copromotor)

## DE GRAMPS-STUDIE

Het Geriatric Rehabilitation in AMPutation and Stroke onderzoek (GRAMPS) was een longitudinale, observatoire, multicenter studie<sup>1</sup> waarin 15 verpleeghuizen in het zuidelijke deel van Nederland participeerden. Het onderzoek werd uitgevoerd binnen het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen van het UMC St Radboud als promotieonderzoek van Bianca Buijck (verpleegkundige-onderzoeker) en Monica Spruit-van Eijk (specialist ouderengeneeskunde-onderzoeker). De verpleeghuizen werden geselecteerd op basis van het beschikken over een gespecialiseerde revalidatie-unit waar multidisciplinaire zorg en behandeling geboden wordt. De patiëntkarakteristieken, ziekte-karakteristieken, functionele status, cognitie, gedrag en informatie over de mantelzorger werden op drie meetmomenten in kaart gebracht: binnen twee weken na opname, binnen twee weken voor ontslag en drie maanden na ontslag bij patiënten die succesvol waren gerevalideerd.

## PROEFSCHRIFT

De focus van het proefschrift 'Multidimensionele uitdagingen van geriatrische revalidatie' lag op de beschrijving van de karakteristieken en het beloop van functioneren van patiënten die opgenomen zijn voor geriatrische revalidatie. Dit na een beroerte of een beenamputatie op gespecialiseerde revalidatieafdelingen van verpleeghuizen. Hierbij was er speciale aandacht voor (het beloop) van neuropsychiatrische symptomen, hun effect op kwaliteit van leven en de belasting van mantelzorgers na ontslag van de revalidatieafdeling en de rol die verzorgenden en verpleegkundigen hebben op de revalidatieafdeling in het verpleeghuis.

## PATIËNTEN INDELEN IN GROEPEN

Het doel van dit deel van de studie<sup>2</sup> was om patiëntengroepen te identificeren om specifieke revalidatieprogramma's te kunnen ontwikkelen voor revalidatieafdelingen in verpleeghuizen. Om deze groepen te identificeren werd een tweestaps clusteranalyse uitgevoerd waarin de variabelen werden geïdentificeerd die op verschillen tussen groepen wijzen. Deze clusteranalyse resulteerde in twee groepen: in

cluster 1 bevonden zich de patiënten in ongunstige conditie bij opname (n=52) en in cluster 2 bevonden zich de patiënten in redelijke tot goede conditie bij opname (n=75).

De patiënten in beide groepen verbeterden in balans, loopvermogen en in 'Activiteiten van het Dagelijks Leven' (ADL). Patiënten in de groep met een ongunstige conditie vertoonden eveneens een groter herstel in armfunctie. In cluster 1 en cluster 2 bevonden zich een subgroep patiënten die wel en niet met ontslag gingen. Depressieve klachten namen significant af bij de subgroep van patiënten in een ongunstige conditie die uiteindelijk wel ontslagen werd uit het verpleeghuis. De ontslagpercentages verschilden significant tussen de subgroepen: 80% van de patiënten in goede conditie, en opmerkelijk, 46% van de patiënten in ongunstige conditie werden ontslagen uit het verpleeghuis. De subgroep van patiënten in ongunstige conditie die ontslagen werd, herstelde significant beter op alle variabelen in vergelijking met de andere subgroepen.

## TIJDSBESTEDING

In dit deel van de studie<sup>3</sup> werd de tijdsbesteding beschreven van patiënten met een beroerte op vijf revalidatieafdelingen, waarbij de aandacht uitging naar tijdsbesteding aan therapeutische activiteiten, niet-therapeutische activiteiten, interactie met anderen, en de locatie waar deze activiteiten plaatsvonden. De patiënten werden tussen 8.00 uur 's morgens en 16.30 uur 's middags volgens de methode 'behavioral mapping' geobserveerd. Patiënten bleken overdag gemiddeld 49% alleen te zijn (256 minuten). Zij besteedden overdag iets meer dan de helft van de tijd aan therapeutische activiteiten (292 minuten) en de helft aan niet-therapeutische activiteiten (226 minuten). De meeste therapeutische tijd werd gebruikt voor verpleegkundige zorg en fysiotherapie. Er was overdag slechts 10% van de tijd sprake van interactie (inclusief hulp bij ADL) met verzorgenden en verpleegkundigen (56 minuten). Opvallend was dat patiënten met een hogere functionele status meer tijd besteedden aan therapeutische activiteiten.

## NEUROPSYCHIATRISCHE SYMPTOMEN

De prevalentie en het beloop van neuropsychiatrische symptomen<sup>4</sup> werd bij 145 patiënten gemeten met de Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home version (NPI-NH). De metingen vonden plaats bij opname en ontslag. Patiënten werden ingedeeld in patiënten die ontslagen werden uit het verpleeghuis en een groep die permanent werd opgenomen. Bij 80% van alle patiënten was het de eerste beroerte en 74% kon succesvol worden ontslagen. Voor de gehele



groep waren de meest voorkomende symptomen: depressieve klachten (33%), eetveranderingen (18%), nachtelijke onrust (19%), angst (15%), irritatie (12%) en ontremd gedrag (12%). Patiënten die permanent werden opgenomen in een verpleeghuis bleken gedurende de revalidatie significant meer hallucinaties, wanen, agitatie, depressieve klachten, irritatie en nachtelijke onrust te hebben in vergelijking met degenen die met ontslag konden.

### KWALITEIT VAN LEVEN NA BEROERTE

Onderzocht werd welke factoren de kwaliteit van leven beïnvloeden bij 84 patiënten met een beroerte, drie maanden na ontslag van de revalidatieafdeling in het verpleeghuis. Ook werden de met de patiënt samenhangende factoren die invloed hadden op de belasting van hun mantelzorgers onderzocht, omdat deze samenhang mogelijk specifiek aanwezig is bij oudere patiënten met een beroerte. Kwaliteit van leven werd gemeten met de RAND-36 Health Survey (acht subschalen). De gemiddelde kwaliteit van levenscores varieerden tussen 48 and 85 (theoretische range 0-100). Hoge kwaliteit van leven hing vooral samen met hoge functionele onafhankelijkheid, minder neuropsychiatrische symptomen en minder depressieve klachten. De belasting van de mantelzorger was niet van invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt, maar neuropsychiatrische symptomen van de patiënt waren wel van invloed op een hogere mantelzorgbelasting.

### KWALITEIT VAN LEVEN NA AMPUTATIE

Het doel was het beschrijven van de factoren die de kwaliteit van leven beïnvloeden bij oudere patiënten, gemiddeld zes maanden na amputatie en drie maanden na ontslag van de revalidatieafdeling in het verpleeghuis.<sup>5</sup> De kwaliteit van leven van 27 patiënten is gemeten met de RAND-36 Health Survey. De gemiddelde kwaliteit van levenscores varieerde tussen 22 en 87 (theoretische range 0-100). Een slechtere loopfunctie hing samen met een lagere kwaliteit van leven op het domein Fysiek functioneren (met een lage gemiddelde score). Neuropsychiatrische symptomen en depressieve klachten waren negatief van invloed op een goede kwaliteit van leven op de domeinen Rolbeperkingen emotioneel, Sociaal functioneren, Mentale gezondheid en Vitaliteit. Goede scores op 'Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven' (IADL) hadden een positieve invloed op het domein Vitaliteit.

### IMPLICATIES VOOR DE REVALIDATIE

Een therapeutisch revalidatieklimaat<sup>6</sup> karakteriseert zich door gestructureerde evidence-based revalidatieprogramma's die op maat gesneden zijn voor de patiënt, gebruikmaken van richtlijnen, expliciet geformuleerde doelen, handen-op-de-rug-verpleging, een motiverend klimaat en interactie met andere patiënten. Al deze activiteiten hebben een constante focus op ontslag van de patiënt naar huis. Het is zinvol dat verpleegkundigen en verzorgenden ook de mantelzorgers betrekken bij de revalidatie omdat mantel-



zorgbelasting toeneemt bij neuropsychiatrische symptomen en depressieve klachten van patiënten. Verder zijn patiënten in een ongunstige conditie bij opname gebaat bij een hogere therapie intensiteit, met een opbouw gedurende een langere tijd. Zij moeten die tijd echter wel kunnen krijgen van behandelaren en niet prematuur worden overgeplaatst naar een afdeling voor langdurige zorg waar veel minder sprake is van het essentieel therapeutisch revalidatieklimaat.

Patiënten op een revalidatieafdeling zijn vaak alleen en ze ondernemen soms weinig therapeutische activiteiten. Hier liggen kansen voor het verbeteren van de kwaliteit en intensiteit van revalidatie, bijvoorbeeld door het toepassen van een combinatie van individuele- en groepstherapieën, technologische ontwikkelingen en door nieuwe manieren om het werk slimmer te organiseren. De inzet van verpleegkundigen en verzorgenden als behandelaar in de revalidatie is daar ook een voorbeeld van. Verder kan de inzet van gespecialiseerde ambulante revalidatieteams mogelijk de opname-duur verkorten of voorkomen dat mensen voor revalidatie opgenomen moeten worden in het verpleeghuis. Dit kan stijgende kosten in de zorg helpen voorkomen. Het is aan bestuurders en managers om de omstandigheden te creëren waarin het multidisciplinaire team een optimale evidence-based geriatrische revalidatie kan bieden, met aandacht voor de complexe fysieke en psychosociale toestand van de oudere revalidant.

## AANBEVELINGEN VOOR ONDERZOEK

Om een betere kwaliteit van revalidatie aan de individuele geriatrische patiënt te kunnen bieden is er meer onderzoek nodig naar geriatrische revalidatie. Dit kan door: 1) het ontwikkelen van interventieprogramma's en deze uit testen in randomized clinical trials; 2) de invloed van psychosociale factoren op succesvolle revalidatie onderzoeken; 3) de organisatie van revalidatie binnen verpleeghuizen onderzoeken.

## LITERATUUR

1. Spruit-van Eijk M, Buijck BI, Zuidema SU, Voncken FL, Geurts AC, Koopmans RT. Geriatric rehabilitation of stroke patients in nursing homes: a study protocol. *BMC Geriatr.* 2010 Mar 27;10:15.
2. Buijck BI, Zuidema SU, Spruit-van Eijk M, Bor H, Gerritsen DL, Koopmans RT. Is patient-grouping on basis of condition on admission indicative for discharge destination in geriatric stroke patients after rehabilitation in skilled nursing facilities? The results of a cluster analysis. *BMC Health Serv Res.* 2012 Dec 4;12:443
3. Vermeulen JC, Buijck BI, Spruit-van Eijk M, Stegen JCGH van der, Koopmans RTCM, Hafsteinsdottir TB. Time-use of stroke patients admitted for rehabilitation in Skilled Nursing Facilities. *Rehabil Nurs.* 2013 May 29 doi: 10.1002/rnj.79-Cepub ahead of print.
4. Buijck BI, Eijk MS van, Zuidema SU, Gerritsen DL, Koopmans RT, Linde H van der. Determinants of quality of life in older adults after lower limb amputation and rehabilitation in skilled nursing facilities. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Apr;60(4):796-8.
5. Buijck BI, Zuidema SU, Spruit-van Eijk M, Geurts AC, Koopmans RT. Neuropsychiatric symptoms in geriatric patients admitted to skilled nursing facilities in nursing homes for rehabilitation after stroke: a longitudinal multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012 Jul;27(7):734-41.
6. Terwel JM. Alles is revalidatie: revalidatie na een beroerte in het Laurens Therapeutisch Klimaat. Delft: Eburon, 2011.

Correspondentieadres  
b.buijck@zeelandnet.nl

# NHG-Standaarden voor de huisarts 2013, deel 1 en 2

Jos Konings



Redactie: Bouma M., Burgers J.S., Geijer R.M.M., Opstelten W., Verduijn M.M., Wiersma Tj.  
Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghem, Houten 2013  
ISBN: 978 90 313 94135  
Aantal pagina's: 1964  
Prijs: € 78,99  
Aantal sterren: 4/4

Al weer 24 jaar geleden kwam de eerste NHG-standaard uit en recent verscheen de honderdste standaard. De bundeling van al deze verschenen standaarden, waarvan er een flink aantal inmiddels geactualiseerd is, is recent in twee delen verschenen van elk een duizendtal pagina's.

Voor de ontwikkeling en emancipatie van het huisartsenvak, de taakafbakening met andere (para)medische specialisten en het onderwijs in de huisartsenopleiding zijn de standaarden van groot belang gebleken.

Voor een groot deel van de problematiek waar de huisarts in de dagelijkse praktijk mee geconfronteerd wordt, bieden de NHG-standaarden professionele en voor zover mogelijk evidencebased ondersteuning. Dat geldt echter evenzeer voor de dagelijkse praktijk van de specialist ouderengeneeskunde. Veel standaarden zijn uitstekend bruikbaar binnen de ouderengeneeskunde.

Met het oog op de toenemende samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde mogen deze gebundelde NHG-standaarden niet ontbreken in de boekenkast van ouderenzorginstellingen. De samenvattingskaarten van de standaarden zijn inmiddels ook beschikbaar als app voor de smartphone en tablet.

Correspondentieadres  
jwpm.konings@hilverzorg.nl

# Pacemaker en ICD in de laatste levensfase

## Onderdeel van advance care planning

Dr. Lieselot van Erven, cardioloog, Leids Universitair Medisch Centrum

Drs. Yvonne G. van Ingen, specialist ouderengeneeskunde, arts consulent en docent ouderenzorg palliatieve zorg

### INLEIDING

In Nederland zijn naar schatting 80.000 mensen met een pacemaker (PM) en 30.000 mensen met een inwendige cardioverter defibrillator (ICD). PMs/ICDs hebben diverse functies die steeds tot doel hebben het hartritme te ondersteunen dan wel te normaliseren. Zowel PMs als ICDs kunnen gecombineerd worden met een extra ventriculaire geleidedraad ten behoeve van gelijktijdige stimulatie van de rechter- en de linkerventrikel (biventriculair pacen of Cardiac Resynchronisation Therapy, CRT). Biventriculair pacen kan de pompfunctie ten goede komen.

Met het optreden van ernstige aandoeningen zoals maligniteiten, CVA of dementie, of met progressie van het onderliggend hartlijden, kan de behandeling met de PM of ICD in een ander daglicht komen te staan. ICDs kunnen het stervens- en rouwproces negatief beïnvloeden door afgifte van ongewenste en soms pijnlijke shocks.<sup>1</sup> Het is dus wenselijk de ICD tijdig te deactiveren om dit te voorkomen. Daarmee verschillen PMs wezenlijk van ICDs: PMs zullen het overlijdensproces niet verstoren, want ze hebben de mogelijkheid van shockafgifte niet. Toch wordt in de praktijk de deactivatie van een pacemaker overwogen. Dit kan andere, zeer uiteenlopende en niet altijd goed te voorspellen en ongewenste gevolgen hebben.

De besluitvorming of al dan niet tot deactivatie moet worden overgegaan kan complex zijn, omdat hierbij diverse partijen betrokken zijn: de patiënt, de naasten, de 'hoofdbehandelaar' en de cardioloog. Terwijl het grootste deel van de mensen thuis of in elk geval buiten het ziekenhuis sterft, bevinden specialistische kennis en apparatuur die nodig zijn voor het eventueel deactiveren zich juist intramuraal. De op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie ontwikkelde multidisciplinaire richtlijn 'Pacemaker en ICD in de terminale levensfase' speelt hierop in (zie [www.nvvc.nl](http://www.nvvc.nl) en dan 'richtlijnen'). Dit artikel geeft de kernpunten van de richtlijn weer en illustreert deze met casuïstiek uit de dagelijkse praktijk.

### KERNPUNTEN VAN DE RICHTLIJN

Een functionerende ICD kan het overlijdensproces verstoren door afgifte van shocks en dient daarom tijdig gedeactiveerd te worden. Deactivering van de ICD geeft op het moment van de deactivering geen toename van cardiale klachten. Een functionerende pacemaker of CRT-pacema-

### SAMENVATTING

Implanteerbare defibrillatoren (ICDs) zijn apparaten die door shockafgifte een ernstige ritmestoornis kunnen beëindigen. Ze worden geïmplanteerd bij patiënten met een verhoogde kans hierop. Pacemakers worden geïmplanteerd als het hartritme te traag is. Als patiënten met een pacemaker/ICD door cardiale of andere aandoeningen in de laatste levensfase komen, kunnen ICDs, in tegenstelling tot pacemakers, shocks afgeven en zo het stervensproces verstoren. Om dit te voorkomen moet de shockfunctie van de ICD bijtijds worden gedeactiveerd, terwijl de programmering van pacemakers niet aangepast hoeft te worden.

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Cardiologie is een richtlijn ontwikkeld over het beleid voor ICD's en pacemakers in de laatste levensfase. In de richtlijn wordt gepleit om het beleid omtrent ICD en pacemaker als onderdeel van advance care planning op te nemen. In de richtlijn is een praktisch stappenplan opgesteld waarin beschreven wordt wie, in welke fase, wát bespreekt met patiënt en mantelzorger. In dit artikel wordt dit aan de hand van twee casus geïllustreerd.

kerfunctie van een PM of ICD zal het overlijdensproces niet verstoren. Deactivering van de pacemakerfunctie of CRT kan toename van cardiale klachten geven. Dit is niet altijd goed te voorspellen. Deactivering van de pacemakerfunctie of CRT is mede daarom niet wenselijk.

De juridische en ethische achtergronden van het deactiveren van een pacemaker of ICD komen aan bod. Deactivatie komt overeen met het staken van een behandeling en (het) valt niet onder de Wet Toetsing Levensbeëindiging (euthanasiewet).

De richtlijn besteedt daarnaast uitgebreid aandacht aan voorlichting van de patiënt in de fase waarbij het levens-einde nog niet in zicht is, om op diverse momenten zinvolle en tijdige communicatie tussen professionals en patiënt te bewerkstelligen over de wenselijkheid van het continueren van de ICD-therapie. Doel is dat deactivatie van ICDs kan plaatsvinden als de patiënt nog mobiel is, zodat de laatste levensfase en de overlijdensfase zo rustig mogelijk zonder angst voor shocks kan worden doorgemaakt.

De richtlijn voorziet in een stappenplan voor voorlichting en voor de feitelijke deactivatie van de ICD. Het is de bedoeling dat deze deactivatie als onderdeel van advance care planning plaatsvindt in het ziekenhuis, op dezelfde plaats als waar gewoonlijk de controles plaatsvinden. Indien de patiënt zich thuis of op een andere locatie bevindt en niet meer in staat is om naar het ziekenhuis te komen terwijl de tachytherapie nog actief is, kan deactivatie alleen nog plaatsvinden via de noodprocedure. Een ziekenhuismedewerker komt dan op locatie de ICD deactiveren. Dit kan echter veelal niet direct plaatsvinden. Bij spoed kan een sterke magneet op de huid ter plaatse van de ICD worden geplaatst. Zolang deze aanwezig is, kunnen geen shocks afgegeven worden. In de richtlijn wordt deze optie gedetailleerd behandeld.

### CASUS

Patiënt A was een 78-jarige man met een uitgebreide cardiovasculaire voorgeschiedenis. Hij kreeg een myocardinfarct toen hij 56 jaar was. Achttien jaar later was hij gecollabeerd tijdens een fietstocht. Bij aankomst van de ambulance bleek sprake van ventrikelfibrilleren. Hij werd succesvol gereanimeerd en naar het ziekenhuis vervoerd. Bij nadere analyse bleek dat geen sprake was geweest van ischemie of infarcering. De ritmestoornissen werden geïdentificeerd als late kamerritmestoornissen en hij onderging een ICD-implantatie in het kader van secundaire preventie.

In de jaren hierna ontwikkelde hij dementie en maakt diverse episodes van hartfalen door. Na enkele jaren waren zijn verstandelijke vermogens zodanig achteruit gegaan dat, toen hij een longontsteking kreeg met piekende koorts, besloten werd dat een palliatief beleid zou worden gevoerd. Omdat de man een ICD had nam de specialist ouderengeneeskunde contact op met de cardioloog en afgesproken werd dat een ICD-technicus binnen enkele dagen langs zou gaan om de shockfunctie van de ICD te deactiveren. Korte tijd later werd de cardioloog opnieuw gebeld: terwijl de familie afscheid aan het nemen was, had de patiënt diverse shocks gekregen. De aanwezige familieleden waren hiervan getuige geweest en waren hier danig van geschrokken. Gelukkig kwam de patiënt niet meer bij kennis en werd door de arts die erbij was geroepen, de dood vastgesteld.

Toen op een later tijdstip de ICD door de technicus werd uitgelezen, bleek dat 15 minuten na het eerste telefoontje zich kamerritmestoornissen hadden voorgedaan waarbij 8 shocks waren afgegeven. Na elke shock doofde de ritmestoornis gedurende enkele seconde uit. Uiteindelijk ontstond een beeld van pacing zonder dat het hart hierdoor daadwerkelijk elektrisch geactiveerd werd: de patiënt was overleden.

### CASUS

Patiënte B was een 72-jarige vrouw met een uitgebreide voorgeschiedenis van therapieresistente supraventriculaire ritmestoornissen. Rond haar 50<sup>e</sup> jaar waren pogingen gedaan om de ritmestoornissen op invasieve wijze met katheterablatie te behandelen. Nadat de 3<sup>e</sup> poging niet succesvol was gebleken, was overgegaan tot een hisbundelablatie, waarbij de AV-geleiding definitief werd geblokkeerd zodat de supraventriculaire ritmestoornissen niet meer gevolgd konden worden door de ventrikels. Hierna was zoals verwacht sprake van een traag escaperitme van 25 sl/min en werd een pacemaker geïmplanteerd om het hartritme op peil te houden. Haar cardiale situatie was hiermee jarenlang stabiel.

Ze ontwikkelde echter nierfalen (klaring 30 ml/min/m<sup>2</sup>) en tal van andere lichamelijke afwijkingen waarmee redelijk goed te leven viel, totdat op haar 72<sup>e</sup> jaar sprake bleek van een naar de lever gemetastaseerd coecumcarcinoom. Patiënte weigerde chemotherapie. Ze ontwikkelde heftige, moeilijk te bestrijden pijn en wilde actieve levensbeëindiging. Ze dacht dat ze niet kon sterven omdat ze een pacemaker heeft en besprak deactivatie van de pacemaker met haar huisarts.

De cardioloog met wie zij overlegde, legde uit dat de pacemaker het overlijden niet belemmert en dat het effect van deactivatie niet van tevoren te bepalen is: omdat de minimale frequentie van de pacemaker 30 sl/min is en dus niet bepaald kon worden wat het intrinsieke ritme van de patiënte was, was onzeker wat er zou gebeuren als de pacemaker werd uitgeprogrammeerd. In geval van gebrek aan stabiel onderliggend ritme zou dit patiënte immers oncomfortabel kunnen maken terwijl ze niet direct zou overlijden. Deactivatie van de pacemaker leek dus overbodig en zelfs niet gewenst. Patiënte drong echter aan en besloten werd dat de pacemaker op locatie zou worden gedeactiveerd nadat adequate sedatie was gestart.

#### Pacemaker (PM)

De pacemaker houdt het hartritme boven een bepaald geprogrammeerd minimum.

#### Implanteerbare cardioverter defibrillator (ICD)

Registreert continu het hartritme en kan ventriculaire hartritmestoornis beëindigen door shockafgifte.

#### Cardiale resynchronisatietherapie (CRT)

Pacemakerfunctie waarbij zowel de rechter als de linker ventrikel wordt gepaced om de pompfunctie van het hart gunstig te beïnvloeden. Er bestaan CRT-pacemakers (CRT-P) en CRT-ICDs (CRT-D).

Figuur 1. Overzicht van de belangrijkste functies van de verschillende cardiale implanteerbare elektronische apparaten.



Toen de pacemaker werd gedeactiveerd was patiënte zoals tevoren afgesproken gesedeerd, voor het geval ze acute onbehandelbare symptomen zou ontwikkelen. Hiervan bleek echter geen sprake: na uitprogrammeren van de pacemaker nam het intrinsieke ritme van 25 sl/min het ritme over waarbij patiënte stabiel was. De sedatie werd uitgeslopen. Uiteindelijk overleed ze drie dagen later.

## DISCUSSIE

De belangrijkste punten die de richtlijn Terminale zorg PM/ICD patiënt aan de orde stelt zijn dat:

1. deactivatie van ICDs onnodig lijden in de terminale fase voorkomt, terwijl deactivatie van pacemakers in het algemeen niet nodig en zelfs niet wenselijk is en
2. de bespreking hiervan onderdeel zou moeten zijn van advance care planning.

De casuïstiek illustreert beide punten.

Patiënt A werd vele jaren nadat hij een hartinfarct had door- gemaakt succesvol gereanimeerd bij ventrikelfibrilleren. Tijdens aanvullend onderzoek was een reversibele oorzaak als ischaemie uitgesloten en werd een ICD geïmplantéerd ter secundaire preventie. Ondanks de afnemende verstandelijke vermogens van patiënt en de diverse episodes van hartfalen had geen bespreking plaatsgevonden van de wenselijkheid van de diverse functies van de ICD en de mogelijkheid tot deactivatie. Tijdens de stervensfase kreeg de man kamerritmestoornissen en de ICD functioneerde zoals onder normale omstandigheden wenselijk is: de ritmestoornissen werden gedetecteerd en de ICD probeerde deze te termineren door afgifte van shocks. In dit geval was de ICD-drager stervende waardoor in de laatste fase een panieksituatie ontstond in tegenstelling tot wat wenselijk is. Het is onduidelijk hoe vaak een dergelijke situatie zich voordoet. Er zijn geen systematische studies gedaan naar het voorkomen van ICD-shocks rondom het overlijden. Uit een Amerikaanse retrospectieve cohortstudie van Goldstein et al. kwam naar voren dat 8 uit 100 overleden patiënten ICD-shocks hadden gehad in de minuten voor het overlijden.<sup>2</sup>

Over het algemeen krijgt het staken van een chronische therapie minder aandacht dan het beginnen ervan. Voor het starten van de meeste medische behandelingen bestaan duidelijke richtlijnen die zijn vastgesteld op basis van klinische studies. Wetenschappelijk onderzoek naar het staken van chronische therapieën wordt weinig gedaan. Omdat een ICD door implantatie onderdeel van het lichaam is geworden en besturing alleen kan plaatsvinden door een technicus of arts met technische kennis van zaken en de juiste apparatuur, is de situatie nog complexer. Of en op welk moment een ICD zou moeten worden gedeactiveerd is ook een onderwerp dat niet makkelijk aan de orde wordt gesteld. Uit onderzoek blijkt dat zowel patiënten als artsen het moeilijk vinden dit onderwerp ter sprake te brengen.<sup>3-6</sup> Daarnaast heeft het een logistische reden: vaak onttrekt de terminale patiënt zich aan het blikveld van de cardioloog

terwijl de hoofdbehandelaar in die fase niet op de hoogte is van de mogelijkheid dat de ICD ongewenste shocks kan afgeven.

Het staken van een dergelijke therapie zou dus onderdeel van advance care planning moeten zijn. Het bespreken op een moment dat de daadwerkelijke beslissing nog niet hoeft te worden genomen zal dit gesprek op een later moment voor alle partijen minder beladen maken.<sup>7-9</sup> Advance care planning, het tijdig bespreekbaar maken van het levenseinde, staat op dit moment volop in de belangstelling. In 2012 is onder leiding van de KNMG het document opgesteld 'Spreek op tijd over uw levenseinde'. In april 2013 is een stuurgroep ingesteld die gaat onderzoeken hoe te komen tot passende zorg in de laatste levensfase. In de richtlijn wordt het belang hiervan benadrukt voor wat betreft de ICD-therapie.

Patiënte B had een pacemaker vanwege een AV block dat door een ablatie gecreëerd was om te voorkomen dat boezemritmestoornissen nog werden voortgeleid naar de ventrikel. Haar intrinsieke hartfrequentie was hierdoor lager dan de minimale waarde die de pacemaker kan aannemen. Bij reguliere pacemakercontroles kan dit ritme dus niet worden getest en de betrouwbaarheid van een dergelijk ritme is wisselend. Bij patiënte B ontstond echter direct na deactivatie van de pacemaker een stabiele hartfrequentie van 25 sl/min, waarmee ze hemodynamisch stabiel bleef.

Deactivatie van de pacemaker droeg dus niet bij aan het verkorten van het lijden, zelfs bij deze patiënte die normaal gesproken 100% ventriculaire pacing had, terwijl dit wel de verwachting was van patiënte en familie. Als daarentegen geen escaperitme was ontstaan, was de patiënte acuut onwel geworden wat voor haar, en voor de omstanders, een bijzonder onaangename ervaring was geweest. Vaak ontstaat daarbij na enige tijd alsnog een escaperitme.



Figuur 2. Patiëntenfolder.

Een klein deel van de patiënten is echt pacingafhankelijk; bij hen zal geen enkel onderliggend hartritme ontstaan (<10%). Het is niet goed te voorspellen of dit zal optreden. Indien te verwachten is dat de patiënt hierbij symptomatisch wordt en voorzien wordt dat de patiënt zeer oncomfortabel wordt en spoedig zal overlijden als gevolg van het deactiveren, moet hierop anticiperend het medicamenteuze beleid worden aangepast. Het is daarnaast aan te bevelen bij te verwachten refractaire symptomen, vóór deactivering over te gaan tot palliatieve sedatie (<http://www.pallialine.nl>).

## CONCLUSIE

Uit bovenstaande blijkt dat de adviezen omtrent deactivatie van een ICD heel anders zijn dan bij een pacemaker. Waar geadviseerd wordt de ICD-functie te deactiveren om onnodig lijden te voorkomen, is het uitprogrammeren van de pacemakertherapie in het algemeen niet wenselijk. Reden hiervoor is dat een functionerende pacemaker het overlijdensproces niet zal verstoren en deactivatie geen toegevoegde waarde heeft. En dat het niet zal leiden tot het gewenste resultaat, namelijk het verzachten van het lijden. Belangrijk is dat patiënt en behandelaar alert zijn op de wenselijkheid of mogelijkheid van het deactiveren van de ICD en dat het onderdeel is van advance care planning.

De richtlijn is te downloaden via [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl).

## LITERATUUR

1. Nambisan V, Chao D. Death and defibrillation: a shocking experience. *Palliat Med* 2004;18:482-3.
2. Goldstein NE, Lampert R, Bradley E, et al. Management of implantable cardioverter defibrillators in end-of-life care. *Ann Intern Med*. 2004;141:835-8.
3. Goldstein NE, Mehta D, Teitelbaum E, et al. 'It's like crossing a bridge' complexities preventing physicians from dis-

4. Marinskis G, Erven L van, EHRA Scientific Initiatives Committee. Deactivation of implanted cardioverter-defibrillators at the end of life: results of the EHRA survey. *Europace*, 2010;12:1176-1177.
5. Kelley AS, Reid MC, Miller DH, et al. Implantable cardioverter defibrillator at end-of-life: a physician survey. *Am Heart J* 2009;157:702-8.
6. Sherazi S, Daubert JP, Block, RC, Jeevanantham V, Abdel-Gadir K, DiSalle MR, Physicians' preferences and attitudes about end-of-life care in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Mayo Clin Proc* 2008;83:1139-41.
7. Lampert R, Hayes DL, Annas GJ, Farley MA, Goldstein NE, Hamilton RM, et al. 'HRS Expert Consensus Statement on the Management of Cardiovasculair Implantable Electronic Devices (CIED's) in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy.' *Heart Rhythm*, 2010;7:1008-26.
8. Padeletti L, Arnar DO, Boncinelli L, Brachman J, Camm JA, Daubert JC, et al. 'EHRA 20 Expert Consensus Statement on the management of cardiovasculair implantable electronic devices in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy.' *Europace* 2010;12:1480-1489.
9. Wilkoff BL, Auricchio A, Brugada J, Cowie M, Ellenbogen KA, et al. Heart Failure Society of America (HFSA). HRS/EHRA Expert Consensus on the Monitoring of Cardiovascular Implantable Electronic Devices (CIED's): Description of Techniques, Indications, Personnel, Frequency and Ethical Considerations. *Europace*, 2008;10:707-25.

Correspondentieadres  
[l.van\\_erven@lumc.nl](mailto:l.van_erven@lumc.nl)

# Patient-centered zorg\*

## Voor de oudere met multimorbiditeit

Drs. Esther M.M. van de Glind, arts-onderzoeker, aios klinische geriatrie, AMC Amsterdam – afd. Interne geneeskunde, sectie geriatrie-ouderengeneeskunde, Dutch Cochrane Centre

Prof. dr. Sophia E. de Rooij, internist-geriater, AMC Amsterdam – afd. Interne geneeskunde, sectie geriatrie-ouderengeneeskunde

Dr. Jesse Jansen, psycholoog-onderzoeker, Centrum voor Medische Psychologie en Evidence Based Besluitvorming (CEMPED), Faculteit der Geneeskunde, Afdeling Volksgezondheid, De Universiteit van Sydney, Australië

Dr. Barbara C. van Munster, internist-ouderengeneeskunde en klinisch epidemioloog, AMC Amsterdam – afd. Interne geneeskunde, sectie geriatrie-ouderengeneeskunde, afdeling geriatrie, Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn

\*Oorspronkelijke titel: *Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach from the American Geriatrics Society*<sup>1</sup> – [www.ags-online.org](http://www.ags-online.org)

### INLEIDING

Het bieden van optimale zorg aan oudere patiënten met meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit) is één van de grootste uitdagingen binnen de hedendaagse gezondheidszorg. Meer dan 50% van de oudere patiënten heeft drie of meerdere chronische ziekten.<sup>1</sup> Multimorbiditeit is geassocieerd met onder meer een hoger sterfte risico, invaliditeit, bijwerkingen, institutionalisering, meer zorggebruik en slechtere kwaliteit van leven.<sup>2</sup> Wat thans de meest optimale behandeling is van multimorbiditeit is onduidelijk. De meeste richtlijnen focussen op het behandelen van één ziekte, wat bij multi-pele aandoeningen kan leiden tot adviezen die tegenstrijdig zijn.<sup>3</sup> Ook een gebrek aan wetenschappelijke bewijsvoering voor deze doelgroep maakt dat de richtlijnen onvoldoende toepasbaar zijn op ouderen met multimorbiditeit.<sup>4,5</sup>

Ouderen met multimorbiditeit zijn heterogeen voor wat betreft de combinatie en ernst van de ziekten, functionele status, prognose, persoonlijke belangen en risico op bijwerkingen en behandelopties. Daarom is er behoefte aan een benadering waarbij rekening wordt gehouden met al deze uitdagingen, inclusief de beperkt aanwezige wetenschappelijke onderbouwing voor de behandeling van ouderen, interacties tussen aandoeningen en behandelingen, de voorkeuren en doelen van de patiënt, prognose, multifactoriële geriatische problemen en syndromen en de klinische uitvoerbaarheid.

### METHODE

De American Geriatrics Society (AGS) heeft een panel van experts samengesteld met als doel de ontwikkeling van een evidence-based benadering in de vorm van een handreiking, waardoor klinici beter onderbouwde beslissingen kunnen nemen voor ouderen met multimorbiditeit. Het gaat daarbij niet alleen om de gekozen interventies maar ook om de voorkeuren en de prognose van de patiënt. De handreiking is gebaseerd op een gestructureerde zoekactie naar literatuur op PubMed en een zoekactie naar citaties in

### SAMENVATTING

Recent verscheen een rapport van de American Geriatrics Society (AGS) dat een benadering voorstelt voor klinici om optimale zorg te bieden aan ouderen met multimorbiditeit. Er werden vijf domeinen onderscheiden: ten eerste het vaststellen van de voorkeuren van de patiënt ten aanzien van de gekozen behandeling en de mogelijke uitkomsten, vervolgens de interpretatie van de beschikbare evidence, ten derde het rekening houden met de prognose van de individuele patiënt, ten vierde het beoordelen van de klinische uitvoerbaarheid van de beoogde behandeling en tot slot het optimaliseren van de gekozen behandeling, onder meer gericht op bijwerkingen en op de aanwezigheid van comedicaatie. Centraal uitgangspunt was dat elk behandelplan moet worden toegespitst op de individuele patiënt. Om deze inzichten te kunnen implementeren in de klinische praktijk is niet alleen samenwerking tussen verschillende disciplines vereist, maar ook voldoende adequate financiering, opleiding en educatie en bovenal meer wetenschappelijk (klinisch) onderzoek bij ouderen. Dit artikel bevat een op de Nederlandse situatie toegespitste samenvatting van dit rapport en belicht aanbevelingen die aansluiten bij het KNMG-standpunt uit 2010 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen'.

belangrijke artikelen. Daarnaast werden diverse organisaties, zoals wetenschappelijke verenigingen die zich bezighouden met ouderenzorg, geraadpleegd voor advies.

In de handreiking van de AGS worden vijf domeinen besproken die relevant zijn voor de zorg van oudere patiënten met multimorbiditeit: voorkeuren van de patiënt, interpretatie van de wetenschappelijke bewijsvoering, prognose, klinische haalbaarheid en het optimaliseren van therapieën en zorgplannen. Dit artikel geeft een op de Nederlandse situatie toegespitste samenvatting van dit rapport.<sup>6</sup> Vervolgens worden vanuit het KNMG rapport 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' aanbevelingen gedaan voor de ontwikkeling van de ouderenzorg in Nederland.<sup>7</sup>

## RESULTATEN/UITKOMSTEN

### 1. Voorkeuren bij het medisch besluitvormingsproces

Adviezen uit richtlijnen houden niet voldoende rekening met de voorkeuren van de patiënt, zeker als het gaat om de keuze tussen meerdere behandelingsopties, behandelingen voor chronische ziekten die verregaande implicaties hebben en keuzes voor behandelingen met aanzienlijke risico's of onzekere opbrengst. Daarom moet de clinicus zich altijd afvragen welke behandeling de voorkeur van de patiënt heeft, vooral bij therapieën die de ene aandoening verbeteren maar een andere verslechteren, of therapieën die langetermijneffecten beogen maar op korte termijn schade kunnen veroorzaken.<sup>8</sup>

Het is belangrijk te zorgen dat de oudere goed geïnformeerd is over de te verwachten voor- en nadelen van de verschillende behandelingsopties, waarbij alle bijwerkingen genoemd moeten worden, ook als die in de ogen van de arts minder van belang zijn.<sup>9</sup> Voor het vaststellen van de voorkeuren van de patiënt kan gebruik gemaakt worden van beslissingsondersteunende hulpmiddelen (decision aids). Uit verschillende systematische reviews is gebleken dat deze de kwaliteit van het besluitvormingsproces maar ook patiëntuitkomsten positief beïnvloeden, hoewel ze niet zijn toegespitst op ouderen.<sup>10</sup> Een simpelere methode is om de patiënt te vragen welke gezondheidsuitkomsten hij het meest belangrijk vindt: bijvoorbeeld zo lang mogelijk leven, behoud van functie of pijnbestrijding. Sommige patiënten willen zelf de beslissing nemen, terwijl anderen de beslissing aan de arts overlaten; de meesten echter willen dit in samenspraak doen met de arts. Daarnaast is het belangrijk dat het steunsysteem betrokken wordt bij de besluitvorming, zeker bij patiënten met cognitieve beperkingen. Omdat voorkeuren kunnen veranderen over de tijd moeten ze regelmatig opnieuw besproken worden, vooral als de gezondheidstoestand verandert.

Tabel 1. Vragen die men zich kan stellen bij het interpreteren van de medische literatuur voor de behandeling van ouderen met multimorbiditeit.

Hoeveel ouderen met multimorbiditeit zijn in de trials ingesloten? Is er bewijs van effectmodificatie?
Wat is de kwaliteit van de evidence? Zijn de uitkomsten betrouwbaar?
Wat zijn de beoogde uitkomsten en zijn deze relevant?
Is er een betekenisvolle variatie in het baseline risico voor de beoogde uitkomsten?
Zijn de risico's en bijwerkingen van de interventies bekend?
Wat zijn de alternatieve interventies?
Is het bekend hoe lang het duurt voordat het effect of de schade van de behandeling of interventie optreedt? (time to benefit)
Zijn absolute risicoreducties (ARR) of alleen relatieve risicoreducties bekend? Kan de ARR geschat worden?
Hoe precies zijn de bevindingen (betrouwbaarheidsintervallen)?

### 2. Interpreteren en toepassen beschikbare evidence

Klinische richtlijnen zijn meestal niet direct toepasbaar op de oudere patiënt omdat zij focussen op één of twee aandoeningen en geen rekening houden met comorbide ziektes. Bovendien is voor veel aandoeningen onvoldoende evidence beschikbaar voor de oudere patiënt, zeker als er sprake is van comorbiditeit.<sup>4</sup> In de AGS-handreiking wordt een aantal onderwerpen genoemd die van belang zijn bij het interpreteren van de beschikbare medische literatuur (zie tabel 1). Voor een uitgebreide uitwerking verwijzen we naar het oorspronkelijke artikel.<sup>6</sup>

### 3. Klinische behandelbeslissingen

Naast de voorkeuren van de patiënt zijn de prognose, en de te verwachten risico's, belasting en effecten van de gekozen behandeling op bijvoorbeeld levensverwachting, functionele status en kwaliteit van leven bepalend voor de keuze van het beleid.<sup>11</sup> Dit geldt zowel voor het starten of staken van een behandeling als voor het uitvoeren van een screeningstest, en is ook van belang wanneer er een verandering optreedt in de klinische toestand van de patiënt.

Het hangt af van de levensverwachting welk beoogd behandelingseffect het meest relevant is voor de patiënt. Uitkomsten van behandeling kunnen gecategoriseerd worden in kortetermijn- (<1 jaar), middellangetermijn- (<5 jaar) en langetermijneffecten (>5 jaar). Er zijn verschillende prognostische tools beschikbaar voor specifieke populaties (www.eprognosis.org), maar het bepalen van de prognose voor de individuele patiënt blijft moeilijk. Het voorspellen van andere relevante uitkomsten om het effect van een interventie af te wegen, zoals de functionaliteit en kwaliteit van leven, is lastiger bij gebrek aan evidence.<sup>12</sup>

### 4. Uitvoerbaarheid behandeling

Hoe ingewikkelder het behandelingsschema is, hoe groter de kans op therapieontrouw, bijwerkingen, slechtere kwaliteit van leven, hogere kosten en grotere belasting van de mantelzorgers. Daarom is het belangrijk te streven naar een zo simpel mogelijk behandelregime met bijvoorbeeld een beperkte hoeveelheid innamemomenten. Patiënten vergeten veel van wat er in de behandelkamer besproken wordt, vooral in het geval van cognitieve stoornissen. Voorlichting moet dan ook behapbaar en herhaald gegeven worden, bij voorkeur in aanwezigheid van de mantelzorgers. Regelmatige medicatiereview (bijvoorbeeld volgens de START-STOPP-criteria uit de recent verschenen Nederlandse richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen')<sup>13</sup>, en het stimuleren van zelfmanagement leiden tot verbetering in therapietrouw en het voorkómen van bijwerkingen.

### 5. Kiezen van de behandeling

Oudere patiënten met multimorbiditeit lopen het risico op polyfarmacie, onderbehandeling en potentiële schade door (interacties tussen) verschillende interventies. Het kiezen van de behandeling met de beste balans tussen effectiviteit en bijwerkingen kan de therapietrouw verbeteren. Het is



belangrijk de oudere met multimorbiditeit zorgvuldig te informeren over de te verwachten winst en schade van een interventie, ook als deze gegevens minder zeker zijn, zodat deze een weloverwogen beslissing kan nemen.

Een belangrijke stap is het bij herhaling beoordelen of er potentieel ongeschikte behandelingen voorgeschreven zijn. Het risico op schade, de 'time-to-benefit' of 'time-to-harm' en de levensverwachting van de patiënt moeten hierbij in beschouwing genomen worden, ook bij niet-farmacologische behandelingen. Er bestaan algoritmes en lijsten voor medicatie met een hoog risico op bijwerkingen.<sup>14</sup> Het is verstandig één medicament per keer te stoppen. Als niet duidelijk is of een medicament nog effectief is, kan ook besloten worden het tijdelijk te stoppen.

## DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

Het is een uitdaging om de bovenbeschreven patient-centered aanpak te implementeren in de praktijk. De gezondheidstoestand van ouderen kan snel wisselen en ze hebben te maken met vele zorgaanbieders. Dit maakt het lastig om informatie en onzekerheden over voor- en nadelen van behandelingen te bespreken en de patiënt en zijn familie volledig te betrekken in de besluitvorming. Clinici kunnen aansprakelijkheid voor onderbehandeling vrezen en daardoor het gesprek om een behandeling te stoppen of te beperken vermijden. Daarnaast kost deze patient-centered aanpak kostbare tijd. Om deze barrières te overwinnen zijn een aantal randvoorwaarden nodig. In 2010 verscheen het KNMG-rapport 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen'.<sup>7</sup> Hierin doet de medische beroepsgroep een voorzet in wat artsen kunnen doen om de toekomstige medische zorg aan kwetsbare ouderen te versterken.

Omdat ouderen met multimorbiditeit vaak meerdere clinici consulteren vereist implementatie van bovengenoemde principes coördinatie van zorg door een dokter in de eerste lijn. Voor niet-geïstitutionaliseerde ouderen is de huisarts de centrale figuur in de zorg, anders veelal de specialist ouderengeneeskunde. Het rapport beveelt een proactieve werkwijze aan, waarbij de huisarts nagaat welke patiënten kwetsbaar zijn, een multidomeinprobleemanalyse doet, periodiek screent op polyfarmacie, indien nodig een zorgbehandelplan opstelt en professionele trajectbegeleiding instelt. De probleemanalyse zou kunnen plaatsvinden volgens de vijf domeinen die genoemd zijn in dit artikel. Dit betekent een forse uitbreiding van het takenpakket van de huisarts. Daarom is in het rapport voorgesteld dat de specialist ouderengeneeskunde een grotere rol gaat spelen als consulent van de huisarts en als mede- en hoofdbehandelaar in het verzorgingstehuis. Knelpunt hierbij is het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde.

Omdat de ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen versnipperd is, is allereerst een transmurale samenwerking tussen verwijzer en ziekenhuis nodig. Het KNMG-rapport stelt een 'zorgpad voor kwetsbare ouderen' in het ziekenhuis voor.

Dit zorgpad beoogt het beter aansluiten van het medische beleid in het ziekenhuis op de eerste lijn. Integrale diagnostiek en behandeling voor kwetsbare ouderen, screening van opgenomen 65-plussers op kwetsbaarheid, behandeling in de postacute fase door een specialist met geriatrische competenties en het instellen van een geriatrisch team kunnen bijdragen aan het realiseren van een 'senior friendly hospital'. Ten slotte is het van belang dat er voldoende klinische opnamecapaciteit komt voor geriatrische patiënten in alle regio's van het land.

In het KNMG-rapport wordt van de beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen die zich bezighouden met ouderenzorg een voortrekkersrol gevraagd.<sup>7</sup> De LHV en Verenso worden gevraagd voorstellen te maken voor de zorg thuis en de NVKG, NIV, de Orde van Medisch Specialisten en de overige wetenschappelijke verenigingen voor het ziekenhuis.

Hiervoor is het nodig dat alle partijen bereid zijn om over grenzen van bestaande disciplines en domeinen heen te kijken. Veel van de adviezen in het KNMG-rapport zijn gebaseerd op consensus tussen ervaren professionals omdat wetenschappelijke onderbouwing voornamelijk ontbreekt. Daarom is het belangrijk dat, voorafgaand aan grootschalige invoering van de voorstellen, goed opgezette pilots plaatsvinden. Een voorbeeld hiervan zijn de projecten die worden uitgevoerd in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO).<sup>15</sup> Daarnaast is het voor optimale samenwerking van belang dat zorgverleners in de verschillende settings digitaal gegevens kunnen uitwisselen. De zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en raden van bestuur zouden integrale geriatrische zorg moeten prioriteren.

Om in de toekomst adequate evidence-based zorg voor ouderen met multimorbiditeit tot een succes te maken is samenwerking tussen beleidsmakers, professionele organisaties en academische instellingen voor het verbeteren van bestaande onderwijsprogramma's essentieel. Daarnaast moet geïnvesteerd worden in opleidingen voor interdisciplinaire teams om de zorg voor deze populatie te verbeteren. Clinici moeten leren om zich niet alleen op één ziekte te richten en om de mantelzorgers bij het behandelplan te betrekken. Het is belangrijk dat communicatievaardigheden voor het bespreken van de prognose en de voorkeuren van de patiënt en het betrekken van patiënten met hun steunsysteem in de besluitvorming aan bod komen, met aandacht voor etnische en culturele diversiteit. Ook is beter patiëntenvoorlichtingsmateriaal nodig. In het KNMG-rapport wordt daarnaast voorgesteld de opleidingscapaciteit voor de verschillende specialismen die betrokken zijn bij medische ouderenzorg uit te breiden. Niet alleen moeten er meer artsen maar ook praktijkondersteuners, verpleegkundigen en wijkverpleegkundigen worden opgeleid.

Het vaststellen van de optimale klinische behandeling wordt bemoeilijkt door het gebrek aan evidence voor ouderen met diverse aandoeningen. Onderzoek over patiëntvoorkeuren,

het interpreteren van evidence, beslissingsondersteunende instrumenten, prognose en haalbaarheid zou prioriteit moeten hebben voor de subsidiegevers.

Binnenkort verschijnt een rapport over de knelpunten en mogelijkheden in financieringsstructuren voor de zorg voor ouderen met multimorbiditeit vanuit het INVEST-project (NPO).<sup>16</sup> De huidige tariefstructuur binnen het ziekenhuis is gebaseerd op het behandelen van één aandoening. Voor een patiënt met multimorbiditeit is echter vaak meer tijd en onderzoek nodig. Daarnaast is de keuze van een medisch specialist om geen behandeling te starten vaak tijdrovender en dus kostbaarder, hiervoor bestaat binnen het DOT-systeem geen adequate financiering.<sup>17</sup> Een belangrijke aanbeveling is dat de tariefstructuur voor ziekenhuizen zodanig wordt ingericht dat dit voortijdig ontslag uit het ziekenhuis ontmoedigt, heropnames in het ziekenhuis niet stimuleert en de inzet van verpleegkundig specialisten bevordert. De invoering van tarieven voor niet-patiëntgebonden werkzaamheden, zoals het opstellen van een zorgplan en het deelnemen aan multidisciplinair overleg, vormen belangrijke randvoorwaarden.<sup>7</sup>

## CONCLUSIE

Deze samenvatting van het artikel van de American Geriatrics Society biedt een handreiking voor klinici voor de behandeling van ouderen met multimorbiditeit, waarbij de geleverde zorg wordt toegespitst op de individuele behoeften. De arts dient rekening te houden met de wensen en voorkeuren van de patiënt. Daarnaast moet hij of zij de aanwezige medische literatuur kritisch beschouwen en waar mogelijk toepassen op de oudere patiënt. De behandeling moet de beste balans bieden tussen de verwachte effecten, schade en belasting en ook klinisch uitvoerbaar zijn. Daarnaast is er dringend behoefte aan meer onderzoek naar de optimale behandeling van de groeiende populatie ouderen met multimorbiditeit.

Het KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' heeft 25 verbetervoorstellen opgesteld die bij deze speerpunten aansluiten. Kernpunten hiervan zijn coördinatie van zorg, opsporen van kwetsbare ouderen thuis en in het ziekenhuis, multidisciplinaire en transmurale samenwerking, betrokkenheid van een specialist met geriatrie competenties in het ziekenhuis en centrale registratie van informatie. Als deze 'guiding principles' worden toegepast in de klinische praktijk verbetert dit de behandeling van en zorg voor ouderen met multimorbiditeit.

## LITERATUUR

1. Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Bos GA van den. *Causes and consequences of comorbidity: a review*. *J Clin Epidemiol* 2001 Jul;54(7):661-74.
2. Boyd CM, Fortin M. *Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design?* *Public Health Reviews* 2011;33(2):2011.

3. Boulton C, Wieland GD. *Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "Nobody rushes you through."* *JAMA* 2010 Jan 1;304:1936-43.
4. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. *Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance*. *JAMA* 2005 Aug 10;294(6):716-24.
5. Tinetti ME, Bogardus ST Jr., Agostini JV. *Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions*. *N Engl J Med* 2004 Dec 30;351(27):2870-4.
6. *American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity*. *J Am Geriatr Soc* 2012 Oct;60(10):1957-68.
7. KNMG. *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*. Utrecht; 2010 Mar 1.
8. Loke YK, Cavallazzi R, Singh S. *Risk of fractures with inhaled corticosteroids in COPD: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies*. *Thorax* 2011 Jan 1;66(699):708.
9. Fried TR, McGraw S, Agostini JV, Tinetti ME. *Views of older persons with multiple morbidities on competing outcomes and clinical decision-making*. *J Am Geriatr Soc* 2008 Jan 1;56:1839-44.
10. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes RM, et al. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;(10).
11. Reuben DB. *Medical care for the final years of life: "When you're 83, it's not going to be 20 years"*. *JAMA* 2009 Dec 23;302(24):2686-94.
12. Fried TR, Tinetti M, Agostini J, Iannone L, Towle V. *Health outcome prioritization to elicit preferences of older persons with multiple health conditions*. *Patient Educ Couns* 2011 May 1;83(2):278-82.
13. *Nederlands Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen*. Utrecht; 2012.
14. Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. *The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons*. *Arch Intern Med* 2010 Mar 1;168(10):508-13.
15. ZonMw. *Nationaal Programma Ouderenzorg*. Den Haag; 2008 Apr.
16. *Duurzame borging van samenhangende zorg voor kwetsbare ouderen (INVEST)*. 2013: [www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/projecten/implementatieprojecten/invest](http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/projecten/implementatieprojecten/invest)
17. Vermeer N, Heijden F van der, Arts R, Roukema A. *Kosten doorbehandelen ook zaak van arts*. *Medisch Contact* 2013 Feb;(14 feb):376-8.

Correspondentieadres  
b.c.vanmunster@amc.uva.nl

# Zo gezegd, zo gedaan

## behandelcommunicatie

Aafke de Groot

Als meerdere behandelaars betrokken zijn bij een patiënt is het noodzakelijk elkaars interventies te begrijpen. Inzicht in de werkwijze van de anderen is nodig, maar ook belangstelling voor elkaars visie op de betreffende casus. En misschien is belangstelling niet helemaal het goede woord, ik bedoel eigenlijk 'door professionaliteit gevoede interesse'. Er moet naast inzicht en interesse ook gelegenheid zijn om behandelinformatie efficiënt uit te wisselen en dat laatste is niet zomaar een kunstje.

Voor leden van een multidisciplinair team GRZ (geriatrische revalidatiezorg) betekent behandelcommunicatie een continu leerproces. De revalidant, met wie je intensief bezig bent, gaat straks terug naar zijn eigen huis. Zijn doelen zullen op die thuissituatie gericht moeten zijn. Het zorgvuldig benoemen van concrete, relevante en haalbare revalidatiedoelen is lastig. De arts die het revalidatieproces begeleidt, zal zich toeleggen op communicatie die helpt om in gesprek met de revalidant en familie de revalidatiedoelen boven water te krijgen. En vervolgens ze in het behandelplan zodanig weergeven dat alle teamleden een basis hebben voor hun eigen behandelplan. Revalidatiedoelen worden zoveel mogelijk op activiteiten- of participatieniveau geformuleerd. De paramedische en psychosociale disciplines stellen hun behandelplannen op aan de hand van die doelen en werken als specialisten op hun eigen deelgebied. Een samenhangend revalidatieplan zou ik wel stap één in de regie van de revalidatie willen noemen.

Om alle behandelaars op de hoogte te houden van de voortgang in het revalidatieproces is een zinvolle frequentie van multidisciplinair overleg nodig. Een dynamisch, complex revalidatieproces vergt een frequente afstemming, rustige of meer voorspelbaar verlopende trajecten kunnen toe met minder. Een overleg is zinloos zonder goede voorbereiding van alle betrokken behandelaars. Aan de hand van het actuele behandelplan kan door iedere behandelaar 'doelmatig' gerapporteerd worden, daarbij kan klinimetrie de observaties onderbouwen. In het overleg worden de knelpunten besproken, bijvoorbeeld dat de balansproblemen aanhouden, zodat het veilig lopen met hulpmiddel niet vordert. Wat betekent dit voor de training door de verpleging? Of het taalbegrip van de revalidant blijkt zodanig beperkt dat instructies bij de therapie op een andere manier gegeven moeten worden. Hoe beoordeelt de ergotherapie de cogni-



tieve vaardigheden op handelniveau? De motivatie voor therapie is verminderd; verslechtert de stemming, zijn er cognitieve problemen of speelt er iets in de mantelzorgsituatie? Bij iedere multidisciplinaire bespreking moet het actuele functionele niveau van de revalidant in zicht zijn en wordt stapsgewijs vooruit gekeken. Dat vergt van de behandelaren dat ze loskomen uit hun eigen behandeling en vanuit hun vakdeskundigheid overstijgend bijdragen aan het totale revalidatieproces. Het actuele behandelplan wordt geherformuleerd en de interventies worden voor de volgende fase opnieuw door de betrokken behandelaren uitgewerkt. In dialoog met de revalidant natuurlijk.

Helpt het als die zelf aanwezig is bij dit multidisciplinaire overleg? Ja, waarom niet, het gaat toch om de revalidant! Een probleem is wel dat de multidisciplinaire behandeltaal afstandelijk is en uit een ander paradigma komt dan de taal en belevingswereld van de revalidant. Voor mij is het de vraag of het werkelijk patiëntgericht is om revalidant en familie bloot te stellen aan een dergelijk informatierijk overleg, dat door de snelheid een flinke belasting kan zijn. Meestal wordt ervoor gekozen het multidisciplinaire overleg te scheiden van het familiegesprek, zodat het geëvalueerde behandelplan rustiger besproken kan worden waarbij er ruimte is voor belevingsaspecten.

Communicatie tussen behandelaars is wezenlijk voor het revalidatieproces, maar gaat niet vanzelf goed. Feedback van revalidanten is nodig, van collega's en van teams. Er zijn logistieke voorwaarden en modellen die behandelcommunicatie in de geriatrische revalidatiezorg ondersteunen (of frustreren). Praat er wat vaker met elkaar over!

Correspondentieadres  
aj.degroot@vumc.nl

# Afscheidsbrief

Jacobien Erbrink



Peter aarzelde. Vorige maand had het hem nog zo'n goed idee geleken, dit opruimen. In het licht van zijn naderend afscheid zou hij elke week een uurtje besteden aan het opschonen van alle mappen, stapels en lades met papieren. Gert had het belachelijk gevonden. 'Gooi die zooi toch weg, man', was zijn geheel gratis verstrekte advies geweest. Een advies dat Peter typerend leek voor de digitale wijze waarop vooral Gert zelf in het leven stond en waaronder bovendien het historisch besef van een garnaal schuil ging. Dus had hij het genegeerd. Vandaag was hij bij de onderste la begonnen. Daarin lag de oranje verschoten map die hem nu deed aarzelen. Hij wist ook nu, na tien jaar, nog precies wat erin zat. Handgeschreven brieven in een potig ferm schrift. Joviale letters, de lussen van de g en de l nieuwsgierig reikend naar de volgende regel. De brieven van Mark.

Hij sprak de naam hardop uit. 'Mark.' Het woord klonk roestig. De afgelopen tien jaar had hij die naam alleen maar gedacht, en nooit meer uitgesproken. Hij had het vermeden. Er was geen Mark meer, en het uitspreken van zijn naam maakte die leegte pijnlijk concreet.

Het verbleekte etiket op de kaft vermeldde *Overdracht*. Zo was het begonnen. Tien jaar hadden ze samengewerkt, Mark en hij, in een tijd waarin ze nog diensten deden voor alleen hun eigen huizen. Elke maandag na zijn weekenddienst schreef Mark een overdrachtsbrief aan Peter, omdat hij, zoals hij zelf zei 'zo gaarne de edele kunst van het corresponderen bedreef.' De patiënten waren slechts een aanleiding, het ging om de rest, het leven, de wereld. Ook elke vakantie ging er minimaal één zorgvuldig gecomponeerde brief heen en weer. Mark was een briefschrijver, Peter ook. Hij had dat niet geweten van zichzelf, maar in een brief voelde hij zich thuis en Mark had dat in hem wakker gemaakt.

Na diens overlijden echter hield dat abrupt op. Geen letter kwam meer op papier. De briefschrijver in hem was verdwenen, voorgoed ingeslapen leek het wel, samen met Mark. Ook de post die bezorgd werd – en de postbode zelf – riepen dagelijks afkeer in hem op, er zou immers nooit meer zo'n proeve van de edele kunst van het corresponderen bezorgd worden. Het voelde alsof het gemis zich eindeloos schurend uitstreekte in de tijd. Later had hij zich afgevraagd hoe iets wat hem zoveel vreugde had gegeven ineens zo vreselijk pijnlijk was geworden dat hij er niets meer van wilde weten. Hij had er Mark om gehaat. Waarom

had die man hem uit zijn tent gelokt, hem laten bloeien in zijn brieven, om hem vervolgens zo in de steek te laten? Hij wilde destijds dat ze elkaar niet hadden gekend.

En nu was daar deze map. 'Mark,' herhaalde hij hardop. 'Mark.' Daarna sloeg hij de map open. Bovenop de stapel brieven lag een ongeopende envelop van zijn eigen hand, de laatste brief die hij vanaf zijn vakantieadres had geschreven aan Mark, niet wetende dat Mark hem nooit meer zou lezen. Zijn vrouw had hem na ontvangst ongeopend aan Peter retour gestuurd. Daaronder lag de laatste brief van Mark, geschreven vijf dagen voor – en nog in volstrekte onwetendheid over – zijn plotselinge overlijden. Twee afscheidsbrieven zonder afscheid.

Zijn oog viel op de aanhef. *Waarde Prins*. Woorden die hij zo lang niet had gezien en die hem zo vertrouwd waren. Een diepe ontroering nestelde zich in zijn borst.

Op dat moment stormde Gert de kamer binnen. 'Jij hier?' riep hij verbaasd. Peter schrok zich wild en legde beschermend zijn hand op de stapel brieven. 'Opruimen', verklaarde hij.

Gert loerde nieuwsgierig naar de stapel. 'Jeetje, handgeschreven brieven?' hij schudde meewarig zijn hoofd. 'Zo retroman, die moet je meteen wegdoen zei ik toch?'

Peter sloeg de map dicht. De gedachte aan ondermaatse garnalen verdreef de ontroering op slag. Hij knikte tegen Gert. 'Ik zal ze meenemen.' Zijn afscheidsbrief die geen afscheidsbrief was, lag nog op tafel. Hij draaide de enveloppe om en om in zijn handen, de brief oefende een merkwaardige aantrekkingskracht op hem uit. Een appèl. Het drong ineens tot hem door wat dat was, hij zou eigenlijk een nieuwe afscheidsbrief moeten schrijven! Die gedachte bezorgde hem een enorm gevoel van bevrijding. Hij stopte de brief in zijn tas en sloot de la.

Gert stak zijn hand op ten afscheid. 'Later.'

Correspondentieadres  
j.erbrink@vanneynsel.nl

AMUSE



# Zijn corticosteroiden effectief bij de behandeling van een pneumonie?

Annemiek Berghoef, specialist ouderengeneeskunde, Stichting Omring te Amsterdam

## KLINISCHE SITUATIE

De heer G. is een 78-jarige man die na een operatie in verband met een bekleemde littekenbreuk, gevolgd door ernstige complicaties, revalideert in het verpleeghuis. Tijdens de revalidatie is hij twee keer opgenomen in het ziekenhuis vanwege een pneumonie. Sinds twee dagen wordt hij opnieuw behandeld voor een pneumonie met amoxicilline/clavulaanzuur oraal. Hij houdt koorts maar hij wil niet weer naar het ziekenhuis, wel wil hij optimaal behandeld worden in het verpleeghuis.

In Medisch Contact (2011) refereert journalist Sophie Broersen aan het artikel van Meijvis waarin geconcludeerd wordt dat toevoegen van een corticosteroid de opnameduur bekort en dus kan helpen bij de genezing van een pneumonie. Wordt dit inderdaad in de literatuur aangetoond en zouden we dit in het verpleeghuis moeten invoeren?

## VRAAGSTELLING

Zorgt toevoeging van een corticosteroid aan een antibioticum voor een snellere genezing van een patiënt van 60 jaar of ouder met een pneumonie?

P = patiënt met pneumonie (klinische diagnose) ouder dan 60 jaar

I = corticosteroid toevoegen aan antibioticum

C = alleen antibioticum (= gouden standaard, bijvoorbeeld amoxicilline/clavulaanzuur)

O = effectief (sneller opgeknapt, effectiever dan antibioticum alleen, lagere mortaliteit)

## ZOEKSTRATEGIE EN EVIDENCE

Er is gezocht in Pubmed op de volgende trefwoorden: pneumonia, (gluco)corticosteroids, antibiotics, outcome en elderly. Artikelen van vijf jaar en ouder vervielen waardoor

71 artikelen overbleven. Vervolgens heb ik gekeken naar clinical trials, dit waren er tien. Zeven artikelen vielen af, omdat deze de behandeling bij specifieke aandoeningen zoals maligniteiten, bespraken. De overige drie waren artikelen over dubbelblind placebogecontroleerde onderzoeken, gepubliceerd in gerenommeerde tijdschriften.

## RESULTATEN

In tabel 1 worden de resultaten besproken van de gebruikte publicaties.

Alle onderzoeken zijn in ziekenhuizen uitgevoerd en de pneumonie werd bevestigd door onder andere een X-thorax en verhoogde infectie parameters bij bloedonderzoek. In twee onderzoeken lag de mortaliteit rond de 5% waarbij er geen verschil was tussen de interventie- en de placebogroep.

Snijders et al. (2010) beschrijven patiënten met pneumonie, waarbij zij concluderen dat het toevoegen van prednison geen meerwaarde heeft ten opzichte van alleen een antibioticum. Zij zagen dat na zeven dagen 80,8% van de interventiegroep was opgeknapt tegen 85,3% van de placebogroep. Opgemerkt kan worden dat verschillende antibiotica gebruikt werden en dat er niet gekeken is naar eventuele bijnierinsufficiëntie. De auteurs gaven ook aan dat eenmaal daags 40 mg prednison mogelijk onvoldoende is om een adequate bloedspiegel op te bouwen.

In het artikel van Meijvis (2011) wordt de additie van 5 mg dexamethason iv bij antibiotica besproken. De hypothese van het onderzoek was dat corticosteroiden de immuunreactie remmen, waardoor er sneller verbetering op zal treden. Zij vonden dat de opnameduur met een dag verminderde door deze interventie. Zij merken op dat dexamethason iv leidt tot een goede bloedspiegel. Positief is ook dat

Tabel 1. Resultaten literatuur additie corticosteroid aan antibiotica.

Auteurs	Populatie (n=, gem leeftijd in jr)	Interventie	Resultaat	Conclusie
Snijders (2010)	213; 63,5	Prednison 40 mg p.o. per dag	Geen effect	Corticosteroid-additie geen effect
Serrano (2011)	56; onbekend	Methylprednison iv (bolus 200 mg, daarna afbouwschema vanaf 80 mg)	Verbetering respir. insufficiëntie en klinisch beeld, opnameduur verkort met 2 dagen	Corticosteroid-additie toegevoegde waarde
Meijvis (2011)	304; 63	Dexamethason 5 mg iv	Opnameduur verkort met 1 dag	Corticosteroid-additie toegevoegde waarde

zij bijnierinsufficiëntie hebben uitgesloten. Kritiekpunt op het onderzoek is dat bij opname op intensive care het onderzoek stopte, wat de resultaten mogelijk positief hebben beïnvloed. Complicaties van dexamethason waren onregelde glucosebloedspiegels en eenmaal een maagperforatie.

In 2011 publiceerden Serrano et al. eveneens een studie over dit onderwerp. Hun hypothese was dat corticosteroiden de productie van cytokines verminderen en daardoor de ontstekingsreactie remmen met als gevolg dat de pneumonie eerder verbetert. Zij zagen dat de interventiegroep sneller opknapte dan de controlegroep, namelijk gemiddeld in vijf tegen zeven dagen. Kritiekpunt op deze publicatie is dat het een relatief kleine studie betreft en dat 75-plussers zijn uitgesloten wat de uitkomsten mogelijk positief heeft beïnvloed.

## VERTALING NAAR DE PRAKTIJK

Zijn de resultaten van de drie studies vanuit een ziekenhuis te extrapoleren naar de verpleeghuispopulatie?

Een verschil tussen de onderzochte ziekenhuispopulatie en de patiënten in het verpleeghuis is onder andere de gemiddelde leeftijd. Deze ligt in het verpleeghuis duidelijk hoger (Serrano) en de ernst van de pneumonie (opgenomen in het ziekenhuis) is vaak respiratoir insufficiënt. Verder is de uitkomstmaat opnameduur (Meijvis) relatief gezien minder van belang voor de verpleeghuispopulatie. De onderzoekspopulatie van Snijders past het meest bij verpleeghuispatiënten en in dit onderzoek werd geen beter klinisch herstel vastgesteld met de interventie. Daar waar resultaat aangetoond is (Serrano, Meijvis), wordt het corticosteroid intraveneus toegediend, waardoor de bloedspiegel waarschijnlijk hoger is; een behandeling die in het verpleeghuis niet snel zal worden ingezet, mede gezien de complicaties. Geen van de onderzoeken toonde verlaging van de mortaliteit aan in de interventiegroep.

Een algemene opmerking is dat in het verpleeghuis de diagnose op basis van het klinische beeld wordt gesteld en er vaak geen beeldvormend onderzoek wordt gedaan. Hierdoor is de diagnose pneumonie meestal een waarschijnlijkheden diagnose.

Het onderzoek van Snijders sluit het best aan bij de verpleeghuispopulatie en mogelijke interventie. Dit maakt dat het advies is om geen corticosteroiden te geven als additie bij een antibioticum.

## CONCLUSIE

Het is onvoldoende aangetoond dat toevoeging van een corticosteroid aan een antibioticum zorgt voor een snellere genezing bij een patiënt van 60 jaar of ouder met een pneumonie.

## LITERATUUR

1. Broersen, S. Sneller thuis door steroïden bij pneumonie, *Medisch Contact*; nr. 23, 7 juni 2011, pg 1468.
2. Fernandez-Serrano S, Dorca J, Garcia-Vidal C, et al. Effect of corticosteroids on the clinical course of community-acquired pneumonia: a randomized controlled trial. *Crit Care* 2011;15(2) R96.
3. Meijvis SCA, Hardeman H, Remmelts HHF, Heijligenberg R, Rijkers GT, et al. Dexamethasone and length of hospital stay in patients with community-acquired pneumonia: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2011; Doi:10.1016/S0140-6736(11)60607-7.
4. Snijders D, Daniels MA, Graaff CS de, Werf TS van der, Boersma WG. Efficacy of corticosteroids in community-acquired pneumonia: a randomized double-blinded clinical trial. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 181, pp 975-982, 2010.

Correspondentieadres  
annemiekb@hotmail.nl

# Dokter worden

## De emotionele en professionele ontwikkeling van studenten

Esther Helmich, specialist ouderengeneeskunde

Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In deze rubriek wordt aan het proefschrift van Esther Helmich 'Becoming a doctor: The early emotional and professional development of medical students' aandacht besteed.

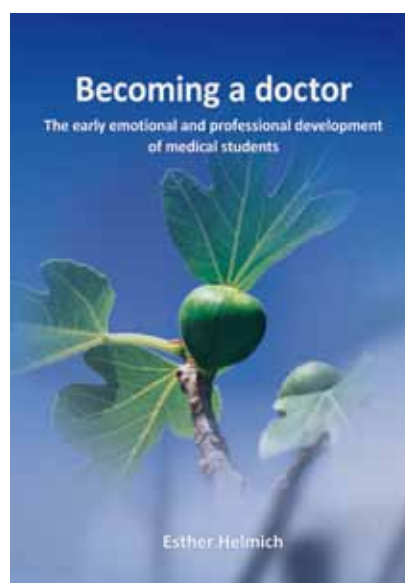
Tijdens hun eerste ervaringen in de praktijk worden studenten geneeskunde geconfronteerd met nieuwe, vaak emotionele, gebeurtenissen en situaties. Zij maken een begin met de ontwikkeling van een eigen professionele identiteit. In mijn proefschrift 'Becoming a doctor: The early emotional and professional development of medical students' heb ik laten zien dat emoties een belangrijke rol spelen in de persoonlijke en professionele ontwikkeling van studenten. Tot op heden is dit onderwerp sterk onderbelicht in het onderzoek van medisch onderwijs.

In de eerste hoofdstukken beschrijf ik twee kwalitatieve vragenlijststudies met elk meer dan 300 studenten waarin duidelijk wordt dat studenten veel indrukwekkende ervaringen hebben in de patiëntenzorg die leiden tot een breed scala aan positieve en negatieve emoties. Ook het ontwikkelen van een nieuwe, professionele identiteit is een hoogst emotioneel proces. Het gaat hierbij om identificatie, het zichzelf beschouwen als deel van een beroepsgroep, het toegang krijgen tot een nieuwe en onbekende omgeving, het zoeken naar betekenis en het erbij proberen te horen.

Op basis van interviews en logboeken met en van studenten heb ik een model ontwikkeld dat laat zien hoe studenten leren omgaan met emoties tijdens hun eerste ervaringen in de gezondheidszorg. Naast individuele persoonskenmerken blijkt vooral ook de sociale interactie met anderen van binnen (patiënten, verpleegkundigen, artsen, docenten) en buiten (familie, vrienden) de medische wereld een belangrijke rol te spelen in dit proces.

In verschillende hoofdstukken in mijn proefschrift wordt zichtbaar dat het verpleeghuis een uitermate geschikte omgeving is om de persoonlijke en professionele ontwikkeling van studenten te stimuleren. Mogelijk als gevolg van de specifieke patiëntenpopulatie en het vaak langdurige karakter van de zorg biedt het verpleeghuis bij uitstek mogelijkheden voor het ontwikkelen van een patiëntgerichte houding en het leren samenwerken in teamverband.

Ook wordt duidelijk dat studenten sterk verschillen in hoe zij omgaan met emoties, zich aanpassen aan de nieuwe



omgeving, invulling geven aan een nieuwe rol als student geneeskunde, en hoe zij wel of niet concreet kunnen bijdragen aan de zorg voor patiënten. Op grond hiervan zijn er vier verschillende studentprofielen te onderscheiden: onzeker zijn, kritiekloze aanpassing, in ontwikkeling zijn en actief participeren.

Om dit verder te illustreren is samen met mijn proefschrift een boekje verschenen met als titel 'Op de toekomst'. Collega specialist ouderengeneeskunde en schrijfster Jacobien Erbrink vertelt in dit boekje (helaas niet meer verkrijgbaar) op zeer overtuigende wijze het verhaal van vier studenten. Zij laat daarmee nogmaals zien wat studenten allemaal meemaken tijdens hun eerste ervaringen in de gezondheidszorg. Dit boekje en mijn proefschrift bieden volop aanknopingspunten voor de begeleiding van studenten en de ontwikkeling van nieuwe onderwijsvormen opdat studenten een positief zelfbeeld, een patiëntgerichte attitude en een sterk gevoel voor professionele identiteit ontwikkelen.

Correspondentieadres  
e.helmich@amc.uva.nl

- Terug naar inhoudsopgave -

# Continue sedatie

## Proefschrift Siebe Swart

Frans P.M. Baar, specialist ouderengeneeskunde en palliatieve zorg, directeur Leerhuizen Palliatieve Zorg te Rotterdam

Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In deze rubriek wordt aan het proefschrift van Siebe Swart (onderdeel van de AMROSE-studie) 'The practice of palliative sedation in The Netherlands after the launch of the national guideline' aandacht besteed.

Het belooft een boeiende dag te worden. Woensdag 26 juni om 9.30 uur, Erasmus MC, de promotie van Siebe Swart, specialist ouderengeneeskunde. In aanwezigheid van trotse en behulpzame paranimfen Bert Keizer en Piet van Leeuwen.

Dezelfde dag om 16.15 uur sprak prof. dr. Carlo Leget, hoogleraar Zorgethiek en geestelijke begeleidingswetenschappen en bijzonder hoogleraar Ethische en spirituele vragen in de palliatieve zorg vanuit de Associatie van High Care Hospices, zijn inaugurele rede uit: 'Zorg om betekenis. Over zorgethiek en spirituele zorg, in het bijzonder in relatie tot de palliatieve zorg'.

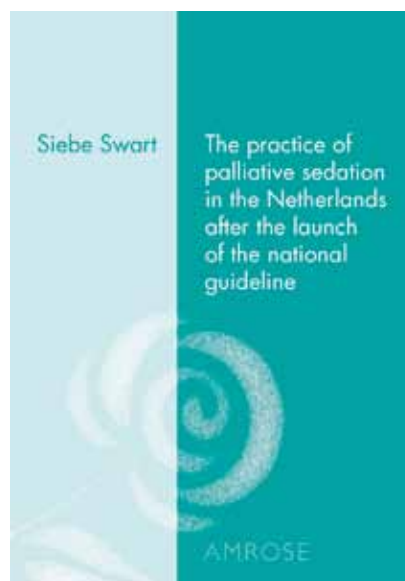
Beide heugelijke gebeurtenissen werden verbonden door een rondetafelgesprek getiteld 'Lijden: medicatie of meditatie?', georganiseerd door beide heren.

### PROEFSCHRIFT EN VERDEDIGING

Het uitkomen van de KNMG-richtlijn 'Palliatieve sedatie' in 2005 (met een eerste verhelderende bijstelling in 2009) is aanleiding geweest om de praktijk van continue sedatie (CPS) tot aan het levenseinde in kaart te brengen. Vijf onderzoeksvragen (met daaronder de uitwerking in het proefschrift) zijn hierbij aan de orde geweest:

1. *Is de praktijk waarop CPS door artsen in de praktijk wordt toegepast in overeenstemming met de belangrijkste aanbevelingen van de KNMG-richtlijn?*

Vragenlijsten die zijn ingevuld door artsen in de eerste lijn, verpleeghuizen of ziekenhuizen geven een beeld dat de praktijk van CPS in grote lijnen aansluit bij de aanbevelingen van de richtlijn. CPS werd in bijna alle gevallen toegepast wanneer een of meer refractaire symptomen leidden tot ondraaglijk lijden. Naast kortademigheid, pijn en delier kwamen lichamelijke uitputting, existentieel lijden en geestelijke uitputting naar voren als doorslaggevende symptomen om CPS te starten. Bijna alle responderende artsen schatten de levensverwachting (eventueel bij de start van de sedatie) – conform de richtlijn – in als minder dan twee weken. Afwijkend van de richtlijn werd gevonden dat sommige artsen CPS (mede) gebruiken met levensbekorting als doel. Bij een minderheid van de patiënten werd wel vocht toegediend



gedurende de CPS. Ten slotte was bij één van de vijf gevallen de arts niet aanwezig geweest bij de start van de CPS.

2. *Verschillen de ervaringen van verpleegkundigen rond de praktijk van CPS met die van artsen?*

In aanvulling op de eerder genoemde vragenlijsten vulden ook verpleegkundigen (thuiszorg, verpleeghuizen, ziekenhuizen of hospices) een lijst in. Verpleegkundigen beschrijven vaker dan artsen dat patiënten voorafgaand aan CPS angstig waren. Pijn wordt door hen vaker als doorslaggevend genoemd voor het starten met sedatie. Verpleegkundigen voelen zich minder vaak dan artsen onder druk gezet om CPS te starten. Uit het onderzoek komt naar voren dat artsen mogelijk beter zouden kunnen communiceren over de intenties waarom zij CPS starten.

3. *Wat zijn de overwegingen van artsen en verpleegkundigen met betrekking tot de indicaties voor CPS en welke factoren hebben invloed op die overwegingen?*

In kwalitatieve interviews met artsen en verpleegkundigen die de vragenlijsten hadden ingevuld, werd dieper ingegaan op de overwegingen om met CPS te starten.



Hieruit komt (een duidelijk beeld) naar voren dat CPS ook wordt toegepast om een cumulatie van lichamelijke en niet-lichamelijke symptomen die leidt tot een refractair toestandsbeeld te verlichten. Niet alle artsen houden zich (altijd) aan de voorwaarde van een levensverwachting korter dan twee weken. De noodzaak om de refractaire symptomen te verlichten kan voor hen zwaarder wegen dan het voldoen aan de voorwaarde van de levensverwachting, zoals genoemd in de richtlijn. In deze interviews kwam ook naar voren dat het essentieel is om de wensen en voorkeuren van de patiënt en de naasten te verkennen. Dit kan de besluitvorming vergemakkelijken. Echter, het kan er ook toe leiden dat hulpverleners zich meer onder druk gezet voelen.

4. *Welke argumenten gebruiken artsen voor het kiezen van de diepte van CPS?*

Er wordt geconstateerd dat artsen ofwel reeds vanaf het begin van CPS een diepe sedatie nastreven, ofwel dat zij beginnen met een oppervlakkige sedatie en deze geleidelijk verdiepen wanneer dit noodzakelijk blijkt te zijn. In de KNMG-richtlijn wordt proportionele sedatie beschreven als sedatie waarbij de keuze en de dosering van de medicamenten worden bepaald door de ernst van de symptomen: bij heftige symptomen diepe sedatie en mogelijk verminderen als daar aanleiding toe is, bijvoorbeeld acute tijdelijke sedatie en tijdelijk weer wakker laten worden. In het onderzoek bleek dat voorkeuren van patiënten en naasten, behoud van communicatie en het comfort van de patiënt ook een rol spelen: in de praktijk fungeert proportionaliteit als een multidimensionaal concept.

5. *Bestaan er verschillen tussen de praktijk van CPS voor patiënten met kanker en patiënten met niet-oncologische aandoeningen?*

Kortademigheid en psychische uitputting zijn bij niet-oncologische patiënten vaker doorslaggevend om met CPS te starten. Bij deze groep wordt een consultatieteam palliatieve zorg minder vaak geraadpleegd. Dit wordt verklaard door de verschillen in ziekteverlopen van oncologische (bijvoorbeeld hartfalen) en niet-oncologische aandoeningen.

Belangrijkste conclusies en aanbevelingen van het proefschrift zijn: psychosociaal en existentieel lijden kunnen grote invloed hebben op het besluit om CPS toe te passen. Niet alleen het verlichten van specifieke symptomen maar ook de algehele toestand van de patiënt is een belangrijke indicatie voor CPS. Zorgvuldige communicatie tussen patiënt, naasten, verpleging en tijdige consultatie van deskundigen zijn essentieel.

De verdediging was geanimeerd en spannend. De vragen van diverse goed ingevoerde hoogleraren en de heldere reacties van Siebe Swart gaven een goede inkijk in de relevante actuele punten:

- a. Prof. dr. Wouter W.A. Zuurmond, hoogleraar Pijnbestrijding & Palliatieve Zorg, vroeg zich af hoe belangrijk de aanwezigheid van de arts bij de start van de sedatie is. Is het niet veel belangrijker dat artsen meer aandacht hebben voor de proportionaliteit en het effect van de toegevoerde sedativa alvorens over te gaan op een pomp? In zijn repliek onderscheidde Swart twee invalshoeken: vanuit begeleiding en vanuit techniek. Vanuit het perspectief van begeleiding zijn er goede redenen om als arts aanwezig te zijn bij de start. Verwijzend naar zijn lekenpraatje benadrukte hij echter ook dat CPS nooit een beslismoment maar de uitkomst van een zorgtraject is. Alleen indien goed voorbereid met de patiënt, de naasten en het gehele team en vervolgens goed vervolgd, kan hij zich voorstellen dat een verpleegkundige de CPS start op basis van een telefonisch instructie van de arts. Het geven van een ijk dosis van dormicum en deze vervolgens monitoren en titreren op geleide van effect is belangrijk; dit moet niet te ver weg worden gedelegeerd naar de verpleging.
- b. Is het door Swart bepleitte refractaire toestandsbeeld substantieel verschillend van de in de KNMG-richtlijn genoemde optelsom van refractaire symptomen? Uit de discussie kwam naar voren dat een aantal aspecten niet als symptoom wordt aangeduid. Het totaalbeeld, met daaronder symptomen, gedragingen en (soms ook subjectieve) duidingen maakt dat artsen zich soms met de rug tegen de muur voelen staan en na zorgvuldige afweging menen tot CPS over te moeten gaan. Het ultieme doel is verlichting van lijden van de patiënt en daarmee het bijdragen aan een draaglijk laatste beeld voor de naasten, straks nabestaanden. Swart verwees hierbij naar het voorbeeld van de bedlegerige patiënt met dementie, met een halfzijdige verlamming, die met haar goede hand tot bloedens toe in haar oog wreef. Uiteindelijk had de behandelend arts CPS toegepast, omdat anderszins geen comfort bereikbaar was. Is herhaaldelijk en tot bloedens toe in ogen wrijven een symptoom? En zo ja, waarvan?
- c. Lijkt het hele proces leidend tot CPS niet heel erg veel op dat bij euthanasie? Maar is de uitvoering van CPS niet veel complexer dan die van euthanasie? En is het om die reden niet noodzakelijk dat consultatie vooraf en tijdens verplicht wordt gesteld? Deze vraag, aangespeeld door een hoogleraar huisartsgeneeskunde, leidde tot een intensieve discussie. Inderdaad is de besluitvormingsprocedure nagenoeg identiek: shared decision making en advance care planning, verantwoording en consultatie. De technische uitvoering van euthanasie is door de gefixeerde dosis eenvoudig, leidt snel tot het beoogde effect en er bestaat ook reeds veel ervaring hoe alle betrokkenen te begeleiden. Het bereiken van het beoogde effect bij CPS duurt veelal langer, en kan door naasten verkeerd begrepen worden, wat op alle betrokkenen een groot beroep doet. Dit te begeleiden vraagt veel kennis en ervaring. Swart verbond consultatie met professionaliteit. In plaats van

over verplichte consultatie spreekt hij liever over verplichtende consultatie, verplichtend aan de patiënt, de situatie en aan het zorgvuldig medisch handelen. Het gaat er bij consultatie niet om dat dat moet, maar dat je dat doet! Stelling 5: consultatie voorafgaand aan de start van CPS dient opgevat te worden als normaal medisch handelen.

## HET RONDETAFLGESPREK

Voorafgaande aan de oratie van Carlo Leget hadden Swart en Leget een rondetafelgesprek georganiseerd getiteld 'Lijden: medicatie of meditatie?' Onder leiding van Jacobine Geel werden Annelies van Heijst, Marinus van den Berg, Bert Keizer en Saskia Teunissen bevraagd op thema's als: de zin van lijden, de betekenis van verhalen, omgaan met machteloosheid en nabijheid. Inspirerende uitspraken leidden (achteraf) tot de behoefte aan meer. Zo vroeg iemand zich af: 'Zou ik er ooit zelf wat aan hebben dat ik al zoveel jaren met stervenden omga?'. Een ander vroeg: 'Is die meditatie nu voor de patiënt? Of moeten ook dokters en verpleegkundigen in het aanzien van het lijden zichzelf de ruimte geven voor reflectie en meditatie?'

## DE ORATIE

Op zijn eigen kenmerkende wijze – helder, beargumenteerd, bevlogen en inspirerend, humoristisch, muzikaal en verbindend – sprak Carlo Leget zijn oratie uit in een volle aula van het Academiegebouw in Utrecht. Zoals een goed filosoof en ethicus betaamt, stelt Leget vele vragen. Maar hij durft zich ook uit te spreken en te komen tot een dui-

delijk pleidooi voor de zorghethiek, niet onbekend in onze verpleeghuiswereld: ruimte voor de relationele netwerken waarbinnen de identiteit van mensen wordt gevlochten; ruimte voor de betekenis van relaties en voor 'in de crisis van het bestaan kunnen we van elkaar leren'.

## CONCLUSIE

Zo werd deze dag een dag om trots op en dankbaar voor te zijn. Door diverse hoogleraren (ook of juist van buiten het verpleeghuis) werd benadrukt dat wetenschappelijk onderzoek van groot belang is om te verhelderen wat verhelderd moet worden, maar ook om te profileren wat in ons werkveld omgaat. Trots is op haar plaats omdat de wereld van het verpleeghuis niet alleen experiencegericht is, maar inmiddels ook een bijdrage probeert te leveren aan de evidence en aan de verheldering van dat wat onbegrepen is.

Ontmoetingen rond het sterfbed leiden regelmatig tot stamelen. Stamelen dat duidt op emoties en de diepere betekenis van ons bestaan. Deze dag leerde ons dat we ons stamelen mogen en kunnen onderbouwen met andere verduidelijkende, complementaire taal. De ontmoeting rond promotie en oratie van de twee werelden – van experience en evidence – maakte deze dag en het vervolgens herlezen van proefschrift en oratie tot een inspirerende ervaring.

Correspondentieadres  
f.baar@laurens.nl

## MSMS 2013: MS Multidisciplinair, dat doe je zo!

Op 2 december 2013 vindt in de Reehorst te Ede het tweede landelijke multidisciplinaire symposium MS plaats. Het eerste symposium, toen nog zonder de medewerking van Verenso, was met bijna vierhonderd deelnemers volledig uitverkocht. Voor dit jaar is er samenwerking gezocht met Verenso, waardoor er volop aandacht zal zijn voor de specifieke MS-problematiek waarmee de specialist ouderengeneeskunde te maken krijgt.

De dag bestaat uit een plenaire opening waarbij, aan de hand van twee praktijksituaties, vanuit diverse specialisten zal worden belicht welke specifieke rol zij spelen in de behandeling van MS. Aansluitend is er een uitgebreid keuzeprogramma met parallelsessies en workshops over uiteenlopende thema's.

Irene Leijten, specialist ouderengeneeskunde en namens Verenso participierend in de symposiumcommissie, zit een parallelsessie en workshop voor. De parallelsessie is gewijd aan de zorg voor mensen met gevorderde MS en bestaat uit drie lezingen:

- De specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, *Kees van Gelder, specialist ouderengeneeskunde*
- MS en Psychiatrie, *Henk van As, psychiater*
- MS in het verpleeghuis, *Odile Smals, specialist ouderengeneeskunde*

De workshop gaat over (ver)gevorderde MS en kwaliteit van leven. De workshop wordt verzorgd door specialisten ouderengeneeskunde Marjo Rotteveel en Pauline van den Berg.

Dankzij de opzet van het landelijke multidisciplinaire symposium over MS, kunt u als specialist ouderengeneeskunde niet alleen uw kennis over MS vergroten, maar ontmoet u bovendien collega-zorgverleners en krijgt u meer inzicht in de werkzaamheden van de diverse disciplines binnen de MS-zorg.

Informatie, programma en aanmelden: [www.msms.nl](http://www.msms.nl)

# Orde in de chaos

## Apps in de gezondheidszorg

Lonneke Schuurmans

Wat is de laatste stand van zaken op het gebied van apps in de gezondheidszorg? Hoe vind je als medicus of zorgprofessional je weg in het grote aanbod van medische apps? Aan welke wet- en regelgeving moet een medische app voldoen? Welke app gaat naar huis met de Health App Award 2013?

Zo maar wat vragen uit het programma van de tweede editie van het Apps4Health-congres, gehouden op woensdag 19 juni in de High Tech Campus in Eindhoven. Dit congres, georganiseerd door Artsennet en MedicalPHIT (een onafhankelijk adviesbureau voor ICT in de zorg), is in basis een ontmoetingsplaats voor professionals uit de gezondheidszorg en IT en bedoeld om ideeën uit te wisselen, te leren van elkaar en elkaar op de hoogte te brengen van de laatste stand van zaken. Deze kruisbestuiving is broodnodig. Immers, een prachtige app met een groot staaltje technisch vernuft is tot mislukken gedoemd als deze niet aansluit bij de medische praktijk. Misverstanden en gebrek aan kennis onder artsen, zorgprofessionals en managers leiden omgekeerd vaak tot het voor velen bekende en angstaanjagende ICT-monster. Om dit monster terug zijn hok in te duwen is kennis nodig en - zoals Karin Oost, hoofd Artsennet, het treffend benoemt - het lef van pioniers en het enthousiasme van volgers. Dit proces begint aan de basis: het scheppen van orde in de chaos. Gelukkig zijn er een aantal ontwikkelingen gaande om daarbij te helpen. Dit artikel zet de belangrijkste daarvan op een rij.

### EEN WERKDAG IN APPS

Papierloos werken is een veel gehoord argument als het gaat om de invoering van digitale technieken. Een tablet is echter veel meer dan een vervoermiddel voor vergaderdocumenten en app-gestuurd werken gaat verder dan het inzetten van een tablet of smartphone. Bart Timmers, huisarts te 's-Heerenberg met belangstelling voor techniek, apps en de betekenis daarvan in de dagelijkse praktijk, liet tijdens het congres in een inspirerende presentatie zien dat apps ingebed kunnen worden in een dagelijkse werkwijze, die uiteindelijk het leven inderdaad zoveel makkelijker kan maken. Agenda, e-mailbeheer en digitale vergaderstukken zijn dan nog maar het begin.

Een onlangs gehouden survey van Artsennet naar app-gebruik onder artsen laat zien dat de meeste artsen (77%) apps gebruiken om *informatie op te halen*. De tablet of smartphone is daarmee de vervanger van de bekende boekenkast in de spreekkamer. Hoewel de charme en nostalgische waarde van een boek niet valt te ontkennen, is het voor de moderne



arts niet langer nodig om zware naslagwerken binnen handbereik te houden. Veel handboeken, naslagwerken, richtlijnen en protocollen zijn immers digitaal beschikbaar en daarmee vele malen mobieler. Een goed voorbeeld hiervan is de app en website **Farmacotherapeutisch Kompas**, ter vervanging van het bekende papieren naslagwerk. Deze app staat op de eerste positie van de ranglijst meest gebruikte apps door artsen in Nederland. Andere voorbeelden zijn de apps **NHG Standaarden**, **Medscape** en het bekende **Acute Boekje**.

Ook het bijhouden van literatuur leent zich bij uitstek voor een digitale aanpak. Wetenschappelijke artikelen print je niet langer uit, maar sla je op als PDF. Evenals het formularium en de protocollen van de instelling. Natuurlijk beheer je dit alles in handige software zoals **Evernote** en via cloud-synchronisatie heb je op alle apparaten (smartphone, tablet, PC, laptop) toegang tot dezelfde documenten. Het laatste nieuws uit jouw vakgebied haal je binnen via **RSS feeds** of **twitter** en belangrijke zaken markeer je om thuis nog eens rustig te lezen of archiveer je in jouw digitale bibliotheek.

Een kleiner, maar groeiend percentage artsen gebruikt apps ter ondersteuning van een consult (43%). Er zijn talloze prachtige apps beschikbaar met als doel *informatievoorziening en educatie*. Voorbeelden zijn **Visible Body**, **Orka MD** en **Draw MD**. Prachtige afbeeldingen van het menselijk lichaam, met mogelijkheden om te tekenen ter verdere verduidelijking en het bestand vervolgens aan de patiënt te e-mailen om thuis nog eens nader te bekijken. Dit alles op de tablet en dus ook nog eens veel vriendelijker dan de dokter achter de PC.

Een ongeveer even groot percentage artsen (44%) gebruikt apps bij het doen van metingen of berekeningen. Dit gaat veelal om medische formules (**MedCalc**, **BMI**), maar er zijn ook apps die een meer diagnostische rol kunnen vervullen, bijvoorbeeld **Eyechart Pro**, een letterkaart voor de iPad.

En wat te denken van een *app op recept*? De survey van Artsennet laat zien dat 8% van de ondervraagde artsen wel eens een app heeft geadviseerd aan hun patiënten. Bijvoorbeeld apps die helpen bij fysiotherapeutische oefeningen (**FysiOtherappy**, **Versterk Je Enkel**), bij risicoanalyse in specifieke situaties (**KWF Zonkracht**, **Gifwijzer**, **Huidmonitor**) of het beheren van medicatie (**MedAlert**) en herhaalrecepten (**MemoMedic**). Er zijn ook apps die helpen bij het diagnostische proces door het laten bijhouden van klachten gedurende een bepaalde periode (**iP-Plaslijst**, **Molemann StemningsMeter**, **Diabetes Monitoring**), zodat deze in het vervolgconsult kunnen worden geanalyseerd. Een meerderheid (65%) van de artsen die wel eens een app heeft geadviseerd, geeft aan dat dit de arts-patiëntrelatie en motivatie bij de patiënt ten goede is gekomen.

Naast het directe gebruik in de medische praktijk, kunnen apps en digitale media ook een rol spelen als backoffice. Dit gebeurt op grote schaal in de vorm van agenda- en e-mailbeheer, maar kan ook in de rol van communicatiemedium tussen medewerkers. Dat kan verder gaan dan alleen sociale contacten. Via beveiligde sociale media voor bedrijven (bijvoorbeeld **Yammer**) kunnen werknemers onderling inhoudelijke informatie uitwisselen. Een extra huisbezoek op jouw route? Geen probleem: je assistente brengt je op de hoogte via een bericht dat direct op jouw smartphone verschijnt. Wil je nog extra lab laten prikken bij een patiënt? Via een app op je smartphone kun je de opdracht direct wegzetten bij het secretariaat.

Met apps voor toegang tot de desktop-omgeving van de instelling (bijvoorbeeld **vMWare**) of remote acces diensten zoals **Log Me In**, is het tegenwoordig mogelijk om vanuit iedere denkbare locatie met internetverbinding in te loggen in het bedrijfsnetwerk. Steeds meer elektronische patiëntendossiers bieden tevens apps aan voor beveiligde toegang tot het dossier. Zo'n 11% van de ondervraagde artsen gebruikt tijdens visites apps om het elektronisch patiëntendossier (EPD) bij te werken of in te zien.

Een werkdag in apps is dus zeker geen utopie. De techniek ontwikkelt zich razendsnel. Veel artsen houden zich, zo blijkt uit bovenstaande, al in meer of mindere mate bezig met digitale media en apps, vooral als het gaat om informatievoorziening. De volgende stap, het adviseren van apps aan patiënten, is voor veel medici nog een te grote stap. Ruim 86% van de ondervraagde artsen geeft aan dat hij op dit moment geen apps durft te adviseren. De reden hiervoor is dat men door het grote aanbod van medische apps het overzicht kwijt is om het kaf van het koren te scheiden.

## WET OP DE MEDISCHE HULPMIDDELEN

### Wat is een medisch hulpmiddel?

Elk instrument, toestel of apparaat, elke software of stof of elk ander artikel dat of alleen of in combinatie wordt gebruikt, met inbegrip van elk hulpstuk en de software die voor de goede werking ervan benodigd is, of die door de fabrikant speciaal is bestemd om te worden gebruikt voor diagnostische of therapeutische doeleinden, en door de fabrikant is bestemd om bij de mens te worden aangewend voor:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van ziekten;
- diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van verwondingen of een handicap;
- onderzoek naar of vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces;
- beheersing van de bevruchting.

### Risicoklassen

De Wet op de medische hulpmiddelen onderscheidt de volgende risicoklassen:

#### Laag risico, klasse I

Apps die alleen een diagnose stellen zoals de app 'Moet ik naar de dokter' en de 'IP Plaslijst'.

#### Midden risico, klasse IIa en IIb

Apps die energie toevoegen aan het menselijk lichaam, bijvoorbeeld door te compenseren voor gehoorverlies zoals de app ListenApp (klasse IIa) of apps die monitoring doen van vitale lichaamsfuncties waarbij variaties direct gevaar op kunnen leveren voor patiënten zoals AirStrip Patient Monitoring (klasse IIb).

#### Hoog risico, klasse III

Meestal niet van toepassing op apps. Apps komen alleen als actief medisch hulpmiddel in klasse III terecht als je er een ander klasse III medisch hulpmiddel mee kunt besturen zoals een implanteerbare insulinepomp.

## KWALITEITSKEURMERK MEDISCHE APPS

De wereld van de apps is over het algemeen een cowboymarkt met naast hele goede apps ook veel rotzooi. Neem nu de (inmiddels verwijderde) app die claimt haargroei te bevorderen met onhoorbare audiofrequenties, die via de smartphone worden gegenereerd als je deze op de hoofdhuid richt. Dit alles voor het luttele bedrag van 9,99 dollar. Of een app doet wat hij belooft, is niet altijd zo eenduidig als bij dit ludieke voorbeeld. Iedereen die wel eens een app heeft gedownload, weet wat een zoektocht het kan zijn om een goede app te vinden. Of het nu om een tekstverwerkingsapp gaat, een weerapp of apps die het laatste nieuws brengen. Er zijn vaak talloze apps die ongeveer hetzelfde doen, maar met grote verschillen in prijs. Een keuze maken is vaak moeilijk. Voor medische apps is het niet anders. Als het gaat om het



maken van een keuze tussen het beschikbare aanbod, laten artsen zich veelal adviseren door hun collega's (71%) en door de reviews van Artsennet (46%). Het overgrote deel van de artsen geeft aan behoefte te hebben aan een keurmerk voor apps, zodat zij hun keuze gericht kunnen maken.

De artsen staan hierin niet alleen. De inspectie van de gezondheidszorg (IGZ) heeft aangekondigd **vanaf 1 januari 2014** strenger te gaan controleren op medische apps en software. Alle apps die vallen onder de **Wet op de Medische Hulpmiddelen** (zie kader pag. 203) moeten voorzien zijn van een CE-markering op straffe van een fikse boete. Ook artsen die apps zonder CE-markering gebruiken als medisch hulpmiddel kunnen beboet worden. Op dit moment hebben veel medische apps geen CE-certificaat, terwijl zij dit wel zouden moeten hebben. De impact van de verscherpte controle van de IGZ is dus groot. Concreet betekent dit voor alle makers van medische apps dat zij een procedure moeten starten voor CE-certificering om niet het risico te lopen een illegaal en dus verboden hulpmiddel te worden. Dat betekent dat artsen zich voor het gebruik van medische apps moeten vergewissen van diens status als medisch hulpmiddel en het bijbehorende CE-certificaat. Een blik in de bekende appstores leert dat deze informatie op dit moment niet zichtbaar is in de app omschrijvingen, ook niet bij die apps die wel een CE-certificaat hebben (**iP-Plaslijst** en **Moet Ik Naar de Dokter?**). Hier ligt dus nog een braakliggend terrein.



Met de strengere controle op CE-certificering zijn we er nog niet, want een CE-markering is geen keurmerk en zegt niets over de kwaliteit van de app of diens relevantie in de medische praktijk. Het toont alleen aan dat alle juiste procedures zijn doorlopen en dat de app voldoet aan de Europese richtlijnen voor medische hulpmiddelen. Om nog meer orde te scheppen in de chaos is een vorm van keuring van medische apps eveneens gewenst. Artsennet is daarom, samen met de Vereniging van Arts en Auto (VvAA), bezig met een haalbaarheidsstudie naar het opzetten van een grote database van medische apps, beoordeeld door artsen uit het werkveld. Op deze manier wordt het makkelijker gemaakt om gericht apps te zoeken en keuzes te maken, gebaseerd op de – zoals uit de survey blijkt hooggewaardeerde – meningen van collega's.

## PATIËNTEN EN MEDISCHE APPS

Niet alleen voor artsen is certificering en keuring van medische apps van belang, ook patiënten geven aan door de bomen het bos niet meer te zien. Uit een enquête van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) blijkt dat 47% van de Nederlanders internet raadpleegt voor zorgvragen, vooral bij gezondheidsklachten. Het overgrote deel van de Nederlanders (80%) heeft echter nog nooit van de term eHealth gehoord en maar een klein aantal Nederlanders (3%) heeft ooit een medische app gedownload. Onder chronisch zieken is dit getal 7%. De NPCF start daarom

met een campagne om patiënten meer bewust te laten worden van digitale gezondheidszorg. Zij zullen zich niet alleen richten op het gebruik van medische apps, maar ook op internetfora voor lotgenoten en gezondheidsvragen en educatie via WebTV. Daarnaast start de NPCF ook met het opbouwen van een database van medische apps (de Digitale Zorg Gids), beoordeeld vanuit het patiëntenperspectief.

## HEALTH APP AWARD 2013

In de afgelopen maanden hebben Artsennetbezoekers (zowel artsen als patiënten) massaal gestemd op hun favoriete medische apps met als resultaat 10 genomineerde apps voor de Health App Award 2013. Na juryberaad en een stemronde tijdens het congres blijkt de app **'Moet ik naar de Dokter?'** de grote winnaar voor zowel de jury- als de publieksprijs. **Moet ik naar de Dokter?** is ontwikkeld door huisartsen werkzaam in de Huisartsenpost Apeldoorn als antwoord op de problematiek rondom consultatie tijdens de avond-, nacht- en weekenddienst.



De app **oWise Borstkanker**, bedoeld ter ondersteuning van het behandelproces van cliënten met borstkanker, ontvangt de aanmoedigingsprijs.

De winnaars en andere genomineerde apps zullen elders in dit blad in een speciale uitgave van de rubriek Ouderengeneeskunde 2.0 kort worden besproken.

## MEER INFORMATIE?

Wie meer informatie wil over apps als medisch hulpmiddel kan terecht op de website van het nictiz ([www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl)). In het onderdeel Publicaties bieden zij een helder whitepaper aan met duidelijke informatie en een handig stroomschema over medische apps en certificering.

Voor meer informatie over medische apps is – in afwachting van de nieuw te ontwikkelen database – de kennisbank van Artsennet een goed beginpunt (<http://www.artsennet.nl/Kennisbank/Medische-apps.htm>).

Correspondentieadres

[Lonneke.schuurmans@zorgboog.nl](mailto:Lonneke.schuurmans@zorgboog.nl)

# Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

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

## HEALTH APP AWARD

Op 19 juni werd de Health App Award 2013 uitgereikt tijdens het Apps4Health congres (zie elders in dit blad). In deze rubriek besteden we aandacht aan alle genomineerde apps en natuurlijk de winnaar.

## GENOMINEERD: FYSIOTHERAPPY

FysiOtherappy, ontwikkeld door Synappz, is feitelijk een database met fysiotherapie oefeningen. De printjes van de fysio kunnen voortaan aan de kant, met de app heb je toegang tot prachtige 3D-animaties met instructies, zodat je precies kunt zien hoe de oefening uitgevoerd moet worden. Het aantal oefeningen is op dit moment nog beperkt voor rug en schouder, maar wordt in de toekomst verder uitgebreid. De app heeft naast een betaalde versie (0,89 euro) ook een Lite versie met een beperkter aantal oefeningen. De app is op dit moment alleen beschikbaar voor iOS. De app heeft (nog?) geen CE-markering.



## GENOMINEERD: IN-BALANZ

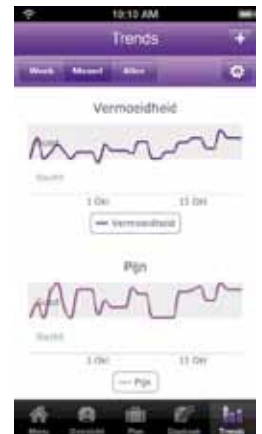
Met de slogan 'Adem je In-Balanz' is al direct duidelijk wat het doel van deze app is: het bieden van ademhalings-oefeningen voor mensen met een onregelde ademhaling, vaak het gevolg van stress of angst. De app heeft een gratis versie met enkele basisoefeningen en een betaalde versie (5,49 euro) met een volledig ademtherapie programma van drie maanden. De app heeft een panieknop om tijdens een paniekaanval je ademhaling te controleren. De app is ook te gebruiken voor iedereen die even een ontspanningsmoment nodig heeft. Volgens de makers is een CE-markering niet vereist, maar in hoeverre dit is getoetst is niet duidelijk.

## GENOMINEERD: EHBO - RODE KRUIS

De EHBO app van het Rode Kruis geeft EHBO instructies bij een aantal noodsituaties, zoals reanimatie, brandwonden, bewustzijnsverlies en verwondingen. De app geeft tevens de route naar de dichtstbijzijnde eerste hulp post (SEH of HAP) en heeft de mogelijkheid om direct 112 te bellen (bij een smartphone). Behalve noodsituaties geeft de app ook informatie over eerste hulp bij minder spoedeisende situaties met thema's op gebied van sportletsel, kinderen en verkeer. De eerder in deze rubriek besproken AED4U app is geïntegreerd in deze app. De app is gratis verkrijgbaar voor Android, iOS en Windows Mobile. De app heeft (nog?) geen CE-markering.

## GENOMINEERD: OWISE BORSTKANKER

OWise Borstkanker is onlangs gelanceerd in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Utrecht en bedoeld als 'patient empowerment tool', ofwel een digitale applicatie die moet zorgen dat patiënten zelf meer controle krijgen over hun behandeling en daarmee ook zelf hun behandeling beter kunnen sturen. Met de app kunnen patiënten met borstkanker bijhouden hoe zij zich voelen en hoe ze op behandelingen reageren. De informatie kunnen ze delen met hun arts. De app heeft ook een crowdsourcing functie: geanonimiseerde data wordt – mits de patiënt hiermee instemt – verzameld en gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. OWise Borstkanker is door de jury beloond met de aanmoedigingsprijs en krijgt in het jury-rapport tevens het advies mee om een CE-markering aan te vragen, omdat het voldoet aan de criteria van een medisch hulpmiddel (zie elders in dit blad). De app is gratis en op dit moment alleen beschikbaar voor iOS.



## GENOMINEERD: VOICE

VoICE is een communicatie app voor de iPad, specifiek bedoeld voor gebruik op de IC en daarmee niet voor het algemene publiek. De app helpt IC-patiënten, die niet kunnen praten door beademingsapparatuur, om te communiceren met hun omgeving. De app vervangt daarmee het liplezen en de letterborden of laptops die over het algemeen worden gebruikt. Met behulp van voorgeprogrammeerde (intelligente) pictogrammen kunnen patiënten vragen stellen en emoties uiten rondom thema's als 'mijn behandeling', 'mijn gevoelens', 'mijn lichaam', 'mijn ontspanning' en

DIGITAL

‘mijn verzorging’. Familieleden kunnen videoboodschappen naar de app verzenden, die de patiënt dan weer kan bekijken. De app is alleen beschikbaar voor de iPad. De app heeft (nog?) geen CE-markering.

### GENOMINEERD: MEMOMEDIC

MemoMedic dient eigenlijk twee doelen: het houdt het medicatie-overzicht en de medicatievoorraad van patiënten bij en is tevens een persoonlijk medisch dossier, waarin patiënten hun medische gegevens kunnen bijhouden. De app kan gegevens verzenden naar de (huis)arts of apotheek, bijvoorbeeld (automatische) herhaalrecepten voor chronische medicatie. MemoMedic kost 2,69 euro en is beschikbaar voor Android en iOS. De gebruikte database van medische professionals en apotheken blijkt volgens het juryrapport in een aantal gevallen verouderd en verdient derhalve nog aandacht. Ook deze app heeft (nog?) geen CE-markering.



### GENOMINEERD: GRAPHICO

Graphico is een van de twee genomineerde apps die zijn ingericht om de groei van kinderen bij te houden. Graphico richt zich op de eerste 5 levensjaren en maakt gebruik van de WHO groeistandaard. Je kunt lengte, gewicht en hoofdomtrek van je kind bijhouden en uitzetten in grafieken. De app valt buiten ons vakgebied, maar kan interessant zijn voor de (groot)ouders onder ons. Graphico kost 1,79 euro en is alleen beschikbaar voor iOS. De app heeft (nog?) geen CE-markering.

### GENOMINEERD: GROEIAPP

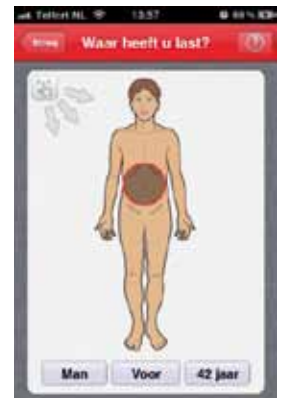
Ook de GroeiApp richt zich op de groei en ontwikkeling van kinderen en valt derhalve ook buiten ons vakgebied. De app biedt behalve groeicurves ook de mogelijkheid om gebeurtenissen (zoals vaccinaties of doorgemaakte ziekten) en mijlpalen (de eerste stapjes!) in de ontwikkeling van je kind vast te leggen, waardoor je een tijdlijn van je kind krijgt – toepasselijk het GroeiPad genoemd – die je natuurlijk ook op Facebook kunt delen. Bij meerdere kinderen wordt het geheel wat complex, aldus het juryrapport, en de technische aspecten laten nog wat ter verbetering over. De app is gratis, heeft (nog?) geen CE-markering en is beschikbaar voor iOS en Android.

## GENOMINEERD: RISICOBORSTKANKER EN RISICODARMKANKER

RisicoBorstkanker en RisicoDarmKanker doen precies wat hun naam al doet vermoeden: zij geven op basis van ingevoerde parameters aan of iemand een verhoogd risico op borst- of darmkanker heeft en in aanmerking komt voor periodieke controles. De app is ontwikkeld door het UMC St. Radboud en gebaseerd op de CBO richtlijnen. De app is gratis beschikbaar voor Android en iOS. Beide apps hebben (nog?) geen CE-markering.

### WINNAAR: MOET IK NAAR DE DOKTER?

De grote winnaar van de dag, met zowel de juryprijs als de publieksprijs, is Moet ik naar de dokter? een initiatief van huisartsenpost Apeldoorn. De app heeft als enige van alle genomineerde apps een CE-certificaat, waarmee het voldoet aan de wetgeving rondom medische hulpmiddelen. De app voorziet in een triagefunctie bij uiteenlopende klachten, gebaseerd op vragenlijsten met ja-nee vragen. De app geeft behandeladviezen en antwoord op de vraag of contact moet worden genomen met de huisarts(enpost) of dat men het nog even kan aanzien. De app kost 0,89 euro en is beschikbaar voor Android en iOS. Op de website [www.moetiknaarde-dokter.nl](http://www.moetiknaarde-dokter.nl) is het triagehulpmiddel (na registratie) ook online beschikbaar.



### TOT SLOT

Als dit overzicht van genomineerde apps één ding duidelijk maakt, is het wel dat er nog veel onduidelijk is over CE-certificering. De meeste apps vermelden niets over een eventuele CE-markering, wat doet vermoeden dat er niet over nagedacht is en waarmee je als dokter dus zelf de lastige juridische afweging moet maken of een app al dan niet een medisch hulpmiddel is (zie elders in dit blad). De (Artsennet/VVAA) database van medische apps met professionele reviews en informatie over CE-certificering kan er wat mij betreft niet snel genoeg komen!

#### Correspondentieadres

lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

Twitter: @ouderengnk

Facebook: ouderengeneeskunde

# Verenso-BEURS 2012

Lauri Faas

Vorig jaar stelde Verenso voor het eerst een BEURS in met als doel de onderbouwing van ons vakgebied, de ouderengeneeskunde, te bevorderen. Verenso-lid Roland Wetzels won de eerste prijs en Ineke Gerridzen de tweede prijs. Roland Wetzels kan door deze BEURS de kwaliteit van leven via de schaal QUALIDEM verder aan een validiteitsonderzoek onderwerpen. De BEURS stelt Ineke Gerridzen in staat haar onderzoek te vervolgen naar de kenmerken van patiënten met het syndroom van Korsakov die zijn opgenomen in het verpleeghuis. Hieronder treft u een tussentijdsverslag aan van beide onderzoeken.

## QUALIDEM

In tegenstelling tot de aanvraag heeft Roland de beschikking kunnen krijgen over niet twee maar vijf verschillende databases van vijf verschillende grote NL-studies die alle gebruik hebben gemaakt van de QUALIDEM bij patiënten met dementie in Nederlandse verpleeghuizen.

In totaal zijn ongeveer 4.300 patiënten geïncludeerd en hiervan zijn 600 patiënten in GDS7-stadium van dementie. Alle gegevens zijn in een grote database geplaatst en hiermee heeft Aron Sanders zijn analyse uitgevoerd. Met behulp van de Mokkenschalen non-parametrische techniek heeft hij kunnen kijken naar de mogelijkheid om ook bij GDS7 alle items te kunnen scoren.

De analyses zijn gedaan en naar verwachting volgt binnenkort het eerste concept van een artikel.

## SYNDROOM VAN KORSAKOV

Onder begeleiding van prof. dr. Cees Hertogh, hoogleraar ouderengeneeskunde en ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen aan het VUmc, zal Ineke haar onderzoek naar kenmerken van patiënten met het syndroom van Korsakov die zijn opgenomen in Nederlandse zorginstellingen vervolgen. Het eerste jaar van dit promotieonderzoek zal worden besteed aan het schrijven van een onderzoeksvoorstel en het verrichten van een systematische literatuurreview naar het voorkomen van neuropsychiatrische symptomen bij patiënten met het syndroom van Korsakov.

Omdat het syndroom van Korsakov vooral een klinische diagnose is en internationaal geaccepteerde diagnostische criteria ontbreken worden de termen 'Korsakoff's syndrome' (KS), 'Wernicke-encefalopathie', 'persisting

amnesic disorder due to alcohol', 'persisting dementia due to alcohol', 'alcohol dementia' en/of 'cognitive impairment due to alcohol' door elkaar gebruikt. Het begrip 'alcohol dementia' is controversieel. In de internationale literatuur wordt ook wel een continuüm verondersteld tussen het syndroom van Korsakov en ander alcoholgerelateerd hersenletsel (alcohol related dementia (ARD) dan wel alcohol brain injury (ABI) en/of alcohol brain damage (ABD)). Een oriënterende search op de zoektermen KS, ARD, ABI, ABD AND long term care, nursing home, residential care op PUBMED en PsycINFO heeft tot dusverre 42 artikelen opgeleverd.

De search zal zich de komende maanden verder gaan richten op het voorkomen van neuropsychiatrische symptomen bij het syndroom van Korsakov met behulp van MeSH-termen en vrije tekstwoorden. De onderzoeksvraag, de exacte zoekstrategie en de in- en exclusiecriteria voor te includeren artikelen zal verder worden uitgewerkt. Gezien de schaarse opbrengst in de zoekmachines zal het waarschijnlijk een 'narrative review' worden.

Verenso stelt ook dit jaar € 10.000,- beschikbaar voor de BEURS. Het aanvragen van een subsidie uit de BEURS staat open voor specialisten ouderengeneeskunde, sociaal geriaters en specialisten ouderengeneeskunde in opleiding, die lid zijn van Verenso. Denk hierbij aan een promotieonderzoek, onderzoek over specifieke aandoeningen in de praktijk van de specialist ouderengeneeskunde of de onderbouwing van practice based geneeskunde. Verschillende vormen van onderzoek zijn dus mogelijk.

Op vrijdag 29 november, tijdens het jaarcongres, maakt Verenso bekend wie de winnaar is van de BEURS 2013. Aanvragen voor een subsidie dienen uiterlijk dinsdag 1 oktober 2013 in het bezit te zijn van Verenso.

Correspondentieadres  
lfaas@verenso.nl



# Wat wil je weten?

## Indicatoren geriatrische revalidatie

Mieke Draijer, voorzitter Verenso



‘Meten is weten’ riep een revalidatiearts onlangs op een congres van ISOQOL-NL.<sup>1</sup> Patient Reported Outcome Measures (PROMs) zijn ‘hot’. Ieder heeft zo zijn eigen redenen om te meten. Maar met welke aanleiding dan ook, velen zijn bezig met het ontwikkelen van instrumenten om kwaliteit te meten. Omdat we willen weten wat de kwaliteit is van onze zorg. Omdat we willen weten wat het resultaat is van onze zorg. Omdat we hierover ook transparant moeten zijn naar de maatschappij die ons omringt.

### *Metten is weten maar doe het wel met een doel*

Verenso heeft van het ministerie van VWS de opdracht aanvaard indicatoren te ontwikkelen voor de geriatrische revalidatiezorg. Omdat wij graag willen weten of een patiënt zo geholpen wordt dat hij weer zo goed mogelijk terug kan naar de ‘thuisituatie’. Wat is dan zo goed mogelijk? Allereerst hopen we natuurlijk dat meneer of mevrouw de dingen weer kan die voor hem of haar belangrijk zijn. Voor de één is dat ‘weer beter zien’, voor de ander ‘weer met een stok kunnen lopen’. Het zorgproces dat tot dit uiteindelijke resultaat leidt, is natuurlijk ook relevant. En dan zijn er nog voorwaarden zoals goede ketenafspraken. We gaan geen monitor inrichten om de volledige zorg in kaart te brengen. Maar we zorgen er wel voor dat het meetresultaat een indicatie geeft van de kwaliteit van de zorg. En hopelijk, op termijn, ook op een wetenschappelijk verantwoorde manier: evidence-based. Dan kan daarna een gesprek plaatsvinden om zorg te verbeteren, daar waar dat nog mogelijk is.

Naast alle enthousiastelingen die zich storten op het meten om te weten en te verbeteren, zijn er natuurlijk ook mensen die zuchten onder de zoveelste registratie. Niet in de laatste plaats de patiënt, die soms geplaagd wordt met vragenlijsten van vele pagina’s. Ons streven is dan ook om vooral zeer bescheiden te zijn in het aantal indicatoren dat deel zal uitmaken van onze indicatorenset. En ook dat de hoeveelheid

werk die eraan kleeft, beperkt blijft. In totaal worden het niet meer dan tien indicatoren en bij voorkeur sluiten ze aan bij of vallen samen met huidige registraties. De patiënt willen we vooral niet meer belasten dan nu al het geval is.

Specialisten ouderengeneeskunde, NPCF en Verenso doen het werk en laten zich inspireren door input vanuit het veld. Voor die andere partijen in het veld hebben we een klankbord ingesteld dat ons gevraagd en ongevraagd van advies voorziet. Daarnaast staat de wereld om ons heen ook niet stil en meldt zich zo nu en dan een project dat regionaal of in een keten indicatoren aan het ontwikkelen is voor de geriatrische revalidatiezorg. Gelukkig blijkt dan vaak dat de meningen over wat zorg kwalitatief goed maakt, nooit heel erg van elkaar afwijken. Maar het is fijn dat je van elkaar weet waar je mee bezig bent. Je loopt tenslotte altijd het risico het wiel opnieuw uit te vinden, zonder dat dit echt nodig is.

Via verschillende kanalen zullen we u de komende tijd op de hoogte houden van dit project. Om te informeren en om vertegenwoordigers van andere projecten in het veld uit te nodigen ons te laten weten waar zij mee bezig zijn. Discussie mag er ook best komen. Dan kunnen we aan het eind van het project in ieder geval zeggen dat we deze indicatoren met z’n allen dragen en gaan gebruiken.

<sup>1</sup> Nederlandse afdeling van de International Society for Quality of Life Research.

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl

# Leergang Ouderengeneeskunde

12 september	De multiculturele spreekkamer (Boerhaave Nascholing)
19 september	Vorderingen specialisme ouderengeneeskunde (Boerhaave Nascholing)
27 september, 11 oktober, 8 november, 6 december, 10 januari 2014	Geriatrische Revalidatie 5-daagse cursus (Gerion)
13 september, 11 oktober, 15 november, 13 december, 10 januari 2014	<b>Aan de slag; specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen sterk voor kwetsbare ouderen thuis</b> (Gerion) <i>Een unieke en uitdagende cursus voor specialisten ouderengeneeskunde die in samenwerking met de huisarts een sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen thuis en in het verzorgingshuis voor nu en in de toekomst willen realiseren.</i>
11 oktober	<b>Urologie voor de specialist ouderengeneeskunde</b> (PAO Heyendael) <i>Als specialist ouderengeneeskunde heeft u veel met ouderen te maken met problematiek van urologische aard. In deze eendaagse cursus bieden we u concrete handvatten in de begeleiding van deze grote groep patiënten. Aan bod komen onder andere: Wanneer stuurt u door naar de tweede lijn, welke ontwikkelingen en tools zijn er voor u en de patiënt en hoe met lastige dilemma's om te gaan?</i>
31 oktober	Medisch ethische casuïstiek (Boerhaave Nascholing)
31 oktober	<b>Kaderopleiding Palliatieve Zorg</b> (Gerion & Huisartsgeneeskunde van de UvA-AMC) <i>De kaderopleiding is bedoeld voor alle artsen die palliatieve zorg verlenen en beoogt de palliatieve deskundigheid van artsen te verdiepen. Daarnaast bereidt zij deelnemers voor op het ondersteunen en adviseren van andere zorgverleners en het verzorgen van scholing op dit gebied. De opleiding bestaat uit een cursorschisch deel van 20 dagen verspreid over ruim anderhalf jaar, die worden georganiseerd als 10 tweedaagse bijeenkomsten die telkens plaats vinden op donderdag en vrijdag. Andere onderdelen van de opleiding zijn o.a. opdrachten, stages, consultatievaardigheden en bijhouden van een portfolio. Inschrijven voor 1 juli 2013. Meer informatie: Karin van den Boogaard 020 - 566 2184 of via kpz7@amc.uva.nl</i>
1 november	<b>Symposium Wetenschappelijk onderzoek: noodzakelijk voor topzorg?!</b> (PAO Heyendael) <i>Dit symposium is ter gelegenheid van het tienjarig jubileum van het UKON, het Universitair Kennisnetwerk Ouderen Nijmegen waarbij 13 zorgorganisaties aangesloten zijn. Specialist ouderengeneeskunde en hoogleraar prof. dr. Raymond Koopmans is dagvoorzitter.</i>  <i>Het thema van deze dag is de relevantie en importantie van wetenschappelijk onderzoek in de langdurige (intramurale) zorg. Alle hoogleraren specialisten ouderengeneeskunde zullen deze dag de state-of-the-art presenteren met betrekking tot hun expertisegebied. Daarnaast spreken er hoogleraren en onderzoekers uit de psychologie, verpleegkunde en huisartsenzorg, waaronder Bas Bloem, Jacobijn Gussekloo, Anne-Margriet Pot en Jan Hamers. De dag wordt afgesloten met een debat over wat de praktijk heden ten dage kan, wil en moet met de bijdragen van wetenschappelijk onderzoek. (zie het programma op <a href="http://www.ukonnetwerk.nl/symposium-november">http://www.ukonnetwerk.nl/symposium-november</a>).</i>
4 en 5 november	<b>Multidisciplinaire Masterclass Filosofie: Lijden en dood in de filosofie</b> (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Deze cursus verdiept zich in het volle existentiële gewicht (negatief en positief), of beter: in de gewichtigheid van het lijden en de dood voor de mens die een authentiek bestaan wil leiden. Met andere woorden: de vraag naar de zin en zinloosheid staat centraal. Gegeven door Jan Keij, een topdocent. Accreditatie is aangevraagd Cluster 1 voor 12 punten.</i>
5 november	<b>Basiscursus Operatieve technieken (BOT), hands-on training</b> (PAO Heyendael) <i>In de dagelijkse praktijk wordt u met enige regelmaat geconfronteerd met aandoeningen die met een eenvoudige chirurgische ingreep te behandelen zijn. Het betreft bij voorbeeld een wond, abces of een oppervlakkige tumor. In deze hands-on training brengen ervaren chirurgen u in korte voordrachten de benodigde theorie bij over operatieve technieken waarna u vervolgens onder begeleiding de gelegenheid krijgt de diverse technieken te oefenen.</i>
14 november	Reumatologie/Longziekten (Boerhaave Nascholing)
15 november	<b>Bewegen &amp; Beleven rond het sterven</b> (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Een inleidende masterclass voor artsen, verpleegkundigen niveau 4/5, geestelijk verzorgers, maatschappelijk werkers, psychologen, andere disciplines, op weg van kennis en kunde naar kunst. Een boeiend proces waarin bewustzijn en bewust zijn een grote rol spelen. Door een interactieve aanpak wordt bewuste kwaliteit en onbewuste kracht gestimuleerd. Accreditatie is aangevraagd ABAN voor 6 punten.</i>

18 - 22 november	<p><b>Masterclass Palliatieve Zorg, voor specialisten Ouderengeneeskunde</b> (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg), 5-daagse, 19e keer</p> <p>Bedoeld voor specialisten ouderengeneeskunde (en een aantal verpleegkundigen niveau 4/5 met veel ervaring in de palliatieve zorg). Interactieve casusbesprekingen met diverse ervaren docenten voor artsen en verpleegkundigen die de kaderopleiding (nog) niet volgen maar zich verder willen verdiepen in de dynamiek van palliatieve zorg. Zorg die nodig is opdat ruimte ontstaat die essentieel is: het leven op een eigen wijze afronden en afscheid nemen van dat wat belangrijk is. Er wordt ingegaan op de verlichting van symptomen en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze zorg goed te organiseren. Ethiek, communicatie en aandacht voor tijdig anticiperen, duidelijke coördinatie en continuïteit van de (vaak intensieve) zorg zijn hierbij kernaspecten. Accreditatie is aangevraagd Cluster 1 voor 33 punten.</p>
12 en 13 december	<p><b>Multidisciplinaire Masterclass Filosofie: Levinas, zekerheid over onzekerheid</b> (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg)</p> <p>Voortdurend neemt u als arts verzorger beslissingen, ondersteund en gestuurd door een uitdijend aantal voorschriften en protocollen. Kunnen en mogen die regels altijd het uitgangspunt vormen voor handelen? Is er nog een dieper liggende regel waarmee u kunt bepalen wanneer die regels mogen worden toegepast? Een laatste regel waaraan u de juistheid of onjuistheid van eigen beslissingen kunt toetsen? Over de juistheid van die beslissingen bestaat bij artsen vaak onzekerheid. Waar komt die onzekerheid vandaan, en is die op te lossen? Op al deze vragen zoeken we een antwoord via een filosofische bezinning op uw dagelijkse praktijk. Daarvoor maken we vooral gebruik van de filosofie van E. Levinas, de diepzinnigste denker van de 20ste eeuw (Mijn filosofie is door Auschwitz heen gegaan), en van de romanliteratuur. U krijgt dan ook veel romantips mee naar huis. Uiteindelijk mondt de cursus uit in het antwoord op de vraag hoe het best helpen verwezenlijkt kan worden. Accreditatie is aangevraagd Cluster 1 voor 12 punten.</p>
Januari 2014 (uitgesteld, was september 2013)	<p><b>Kaderopleiding specialist ouderengeneeskunde in de 1e lijn</b> (Boerhaave)</p> <p>De kaderopleiding richt zich op specialisten ouderengeneeskunde die werkzaamheden in de eerste lijn verrichten en de daarbij behorende competenties willen ontwikkelen, die nodig zijn om in samenwerking met de huisarts ouderen met complexe (multi)morbiditeit in de thuisituatie te behandelen. De belangrijkste thema's zijn: profilering, ontwikkeling voorttrekkersrol, wetenschappelijke vorming en kennisontwikkeling, communicatie, consultatieve en docentvaardigheden, opzetten van een vernieuwingsproject en netwerkontwikkeling. De opleiding duurt twee jaar en bestaat uit 20 onderwijsdagen, die deels in tweedaagse blokken op een locatie in het midden van het land gegeven worden. Op acht onderwijsdagen zijn er gezamenlijke programma's met de NHG kaderopleiding ouderengeneeskunde voor huisartsen in Leiden.</p>
Voorjaar 2014	<p><b>De ouderenarts en de patiënt met een verstandelijke beperking</b> (Gerion)</p> <p>Een cursus voor specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen die structureel werkzaam zijn in de VG-sector.</p>
Voorjaar 2014	<p><b>Multidisciplinaire Masterclass Spiritualiteit in de palliatieve zorg</b> (Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg ism prof Carlo Leget, Joep van de Geer, geestelijk verzorger MCLeeuwarden, IKNL)</p> <p>Binnen de zorgsector zijn geestelijk verzorgers bij uitstek deskundig op dit terrein. Het begrip spiritualiteit roept echter veel verschillende beelden bij de verschillende zorgverleners op, met als gevolg dat er weinig diepgaande uitwisseling is ontstaan. Vanuit de eigen ervaring van de deelnemers op het gebied van palliatief terminale zorg, stervensbegeleiding, rouwverwerking en geestelijke verzorging zoeken we naar een passende invulling van het begrip spirituele zorg in de huidige context van de Nederlandse gezondheidszorg, met specifieke aandacht voor de (ondersteunende) expertrol van geestelijk verzorgers. Een multidisciplinaire cursus: 50% geestelijk verzorgers 50% andere disciplines (artsen, verpleegkundigen niveau 5, maatschappelijk werkers, psychologen en leiding gevenden). Duo's (geestelijk verzorger samen met andere discipline) uit dezelfde organisatie krijgen voorrang voor deelname! Accreditatie is aangevraagd voor 36 punten.</p>



# Richtlijnen voor auteurs

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

## INDIENEN VAN EEN BIJDRAGE

### Tekst

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

### Taal

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

### Afbeeldingen/tabellen/figuren

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

### Literatuur

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

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

## VERKLARING AUTEURS

Door het inzenden van een bijdrage verklaren alle auteurs dat:

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

## PROCEDURE BEOORDELING BIJDRAGE

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

## DRUKPROEVEN

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

## PLAATSING

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

## REDACTIEADRES

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

## INLICHTINGEN

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