

# Colofon

## Hoofdredacteur

Dr. Jos W.P.M. Konings

## Redactie

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

## Eindredactie

Marjolijn Bontje, DCHG  
Judith Heidstra, Verenso

## Redactieadres en inleveren kopij

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

## Abonnementen

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

## Uitgever, eindredactie en advertenties

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

## Fotografie

Mieke Draijer: Mustafa Gumussu  
Geridderd: Wijnand Sta

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

Copyright© 2011

# Inhoudsopgave

## Redactioneel

86 De tijd...

## Interview met de Staatssecretaris

87 De opmerkelijke carrière van een bevoegen specialist ouderengeneeskunde

## Wetenschappelijk artikel

93 Bètablokkers bij patiënten met COPD en hartfalen; wat is er tot nu toe bekend

## Kennistoets

100 Kennistoets: blaaskatheters

## Buitenland

101 Oud en der dagen zat: Gluren bij de Buren

## Klinische les

105 Fasciitis necroticans in het verpleeghuis

## Praktijkartikel

107 Een handreiking voor familie en naasten over zorg rond het levenseinde bij dementie

## Hora Est

110 Integrative Reactivation and Rehabilitation to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burden

## Boekbespreking

111 De grote zaal

## Vijf vragen aan ...

112 5 vragen aan Frank Hoek

## Amuse

114 Misery likes Company

## Leergang

115 Leergang ouderengeneeskunde

## Van de voorzitter

116 Voorjaarsmoeheid

## Gesignaleerd

117 Brede studie naar kwetsbare ouderen in Nederland

## Coverfoto

117 Ann Vanparijs – winnares coverfoto 'clown op leeftijd'

## Bureau Verenso

118 Behandelpraktijken in opleidingsverpleeghuizen  
121 Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen

## Geridderd

123 Geridderd

123 Antwoorden Kennistoets

124 Richtlijnen voor de auteurs

# De tijd...

Jos Konings, hoofdredacteur



REDACTIONEEL

Inmiddels heb ik 32 jaar verpleeghuiservaring achter me. Nog steeds ben ik volop bezig met de dagelijkse patiëntenzorg en de actuele ontwikkelingen in de ouderenzorg. Af en toe voel ik ook de behoefte achterom te zien. Dat gevoel was in de afgelopen maanden wat sterker. Dat werd gevoeld door confrontaties met opnames op een psychogeriatrische afdeling en een dagbehandeling van ons verpleeghuis van enkele cliënten die mijn hoogleraar waren gedurende mijn medische studie. Zij brachten mij kennis en vaardigheden bij die tot op de dag van vandaag zeer relevant zijn gebleken en van invloed waren op mijn attitudeontwikkeling als arts. Ik vind het indrukwekkend om mee te maken hoe de wereld van de coryfeeën van weleer ineengekrompen blijkt tot rolstoel, bed, eten en drinken, minimale conversatie en de liefdevolle zorg van echtgenote, kinderen en verzorgenden. En dat ondanks een gezonde levensstijl en sportieve activiteiten tot op hoge leeftijd. Schrijnend is om van een van de echtgenotes te vernemen dat, gaandeweg de al enkele jaren geleden ingezette cognitieve achteruitgang, al heel snel de eens zo rijke hoeveelheid vriendschappelijke en universitaire relaties opdroogt tot slechts enkele zeer betrokken getrouwen. Deze hoogleraar kwam in de eerste fase van zijn dementie acuut ziek en in verwarde toestand terecht op de spoedeisende hulp van het naburige ziekenhuis. De docerende en enigszins belerende toon bleek echter nog aanwezig. Op de vraag van de arts-assistent die hem aldaar de anamnese afnam en vroeg: "Professor, weet u wel waar u nu bent?", antwoordde deze: "Ik bevind mij in exact dezelfde ruimte als waar u nu ook aanwezig bent en wel op ongeveer een meter afstand bij u vandaan."

Enkele tientallen jaren geleden was ik in de weer met ouders van mijn hoogleraren die de laatste maanden van hun le-

ven in het verpleeghuis doorbrachten. Ik maakte mee dat hooggeleerde collega's aan het voeteneind van het bed van hun succumberende ouder aan het delibereren waren over calciumbloedspiegels en natrium-kaliumshifts. Ik vond het lastig om te gaan met de eigengereide actie van een van mijn ex-docenten. Hij instrueerde, na het lichamelijk onderzoek van zijn vader, zonder enig overleg of ruggespraak met mij, de hoofdzuster over welke medicatie noodzakelijk was. Het werd nog lastiger toen zijn zoon, ook arts, enkele uren later het voorschrift van zijn vader van dikke doorhalingen voorzag, om vervolgens iets anders voor te schrijven. Het is toch nog goed gekomen met deze collega-artsen en mij. In de terminale fase van vader en opa lieten zij ogenschijnlijk zonder moeite het academische discours achter zich. Zij gaven me de vrije hand in het zorgdragen voor een comfortabel overlijden. De beloning was een kist met zes flessen overheerlijke Grandcru.

Enkele weken geleden besprak ik deze ervaringen met een lokale collega-huisarts van mijn leeftijd. En dat in aanwezigheid van mijn jongste, net in dienst getreden, collega specialist ouderengeneeskunde. Wij artsen aangeland in de laatste fase van onze beroeps carrière, constateerden met enige weemoed, dat wij onszelf alvast kunnen rekenen tot de volgende generatie van zorgbehoevenden. Geruststellend was de opmerking van mijn jongste collega. Zij klopte ons beiden bemoedigend op onze schouder en liet weten: "Heren, geen zorgen, ik zal mijn uiterste best doen om jullie laatste fase zo comfortabel mogelijk te laten zijn."

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl

# De opmerkelijke carrièremove van een bevlogen specialist ouderengeneeskunde

Jos Konings, hoofdredacteur

Daar staat ze dan in de deuropening van haar fraaie kamer op de vijfde etage van haar ministerie om ons te verwelkomen. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, excellentie mevrouw drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, maar ook nog 'onze Marlies', specialist ouderengeneeskunde. Zij nodigt ons uit om plaats te nemen aan de fraaie ronde glazen designtafel. Een ronde tafel praat veel prettiger met elkaar, zo laat ze ons meteen weten. Zij ziet er stralend uit, helemaal in haar element en op haar plek, geen enkel teken van vermoeidheid en dat ondanks het late Tweede Kamer optreden van de dag ervoor. Er zijn 45 minuten gereserveerd voor ons interview.

## VAN SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE NAAR STAATSSECRETARIS

*Je overstap naar de politiek en in bijzonder naar je huidige functie was voor velen een grote verrassing. Vanuit onze beroepsgroep, zo heb je gemerkt, is er met groot enthousiasme en met hoop en verwachting op een betere toekomst voor het specialisme ouderengeneeskunde op gereageerd. Die overstap heeft voor jou natuurlijk heel veel voeten in de aarde gehad. Kun je daar iets over vertellen?*

De overstap was plotseling. Onverwacht, dus er was helemaal geen voorbereidingstijd. Ik had dienst. Ik was op weg naar een patiënt en werd toen gebeld door Maxime (Verhagen), die ik privé ken. Mijn eerste reactie was: Dat kan nu even niet, en ik heb hem dus teruggebeld toen ik klaar was met de patiënt. Ik was aanvankelijk heel confuus, heb een collega de dienst laten overnemen en ben vervolgens naar huis gegaan. Mijn zoon was paraat en kwam meteen. Mijn echtgenoot was op weg naar Singapore, heeft rechtsomkeer gemaakt en is direct teruggevlogen. Met mijn dochter en met mijn beste vriendin heb ik uitgebreid getelefoneerd. Ik moest ook eigenlijk meteen een besluit nemen.

---

*“Ik was die met dat dubbele paspoort en die twee krukken.”*

---

*Die zelfde dag nog?*

Nee, maar ik moest natuurlijk wel snel laten weten of ik het zou doen of niet. Want er moest ook, wanneer ik het niet zou doen, nog iemand anders gevraagd kunnen worden. Dit was de laatste post die nog niet ingevuld was. Dus ik moest op heel korte termijn beslissen en ik had niet zoveel mensen die ik kon consulteren. Wel op persoon-



lijke overwegingen, maar niet zoveel mensen die konden inschatten wat de functie daadwerkelijk voor mij zou gaan betekenen.

Ik heb Maxime wel gevraagd waarom hij mij benaderd had en wat hij van mij verwachtte. Met mijn beste vrienden heb ik gespard over de pro's en de contra's en op een gegeven moment, het was zondagavond, heb ik de knoop doorgehakt. Toen was het ook zo gepiept. Op maandag volgde nog een aantal gesprekken, dinsdag was ik bij Mark Rutte en woensdag bij de Koningin. Het ging dus snel. De andere bewindslieden heb ik dinsdagavond voor het eerst ontmoet vlak voor de beëdiging. En daarna begon het hier dus meteen. Als je geen voorbereiding hebt, geen uitvoerige overwegingen hebt kunnen maken en er geen inwerktijd is, dan heeft het eigenlijk helemaal geen voeten in aarde (lacht). Het gebeurt gewoon. Het werd natuurlijk al snel heel wonderlijk, want niemand kende me en toen kwam de kwestie van het dubbele paspoort.

*Toen was je meteen de bekendste nieuwe bewindspersoon.*

Ja, en vlak daarna ben ik ook nog heel hard van een trapje gevallen en moest ik een tijdje met twee krukken door het leven. Dat hielp ook voor de bekendheid. Ik was die met dat dubbele paspoort en die twee krukken. Maar goed, op een gegeven moment begon hier gewoon het begrotingsdebat. Wij waren met VWS als eerste aan de beurt. Dikke dossiers, tot in de nacht doorwerken. Om 01.00 uur werden we afgevoerd naar een hotel en de volgende ochtend vroeg weer verder. Dikke dossiers, heel veel feiten en gegevens die helemaal niet van mij waren, maar nog van het vorige kabinet. En er wordt wel van je verwacht dat je ze dan in de Kamer presenteert en verdedigt. Het je eigen maken van detailgegevens is dan een flinke klus. Maar de grote lijn vasthouden en op basis daarvan een zelfgekozen

koers uitzetten zit in mijn botten. Dat is zo eigen. Anders had ik het niet gekund.

### *Zijn er dingen tegengevallen?*

Ja, de exposure daar wen ik niet aan, dat ik van familie en vrienden terug hoor dat ze me aan het werk hebben gezien. Wanneer ik aan het werk ben, in het spel met de Kamer, vergeet ik gewoon dat het op de televisie komt. Bij een van de debatten ben ik ook in de lach geschoten. We waren natuurlijk ook allemaal hartstikke moe en ik moest een voorbeeld geven van het gebruik van de AWBZ in het buitenland. Wanneer is iets nou acuut? Ik zei: "Nou, als je een hersenbloeding krijgt op vakantie of als je bijvoorbeeld met kite-surfen op de rotsen wordt gesmeten." Onmiddellijk daarna had ik een mevrouw van negentig voor ogen aan het kite-surfen. Toen dacht ik: "geen goed voorbeeld." Dat zijn heel leuke momenten, maar het is natuurlijk een openbaar debat en daar denk ik dus maar gewoon niet aan. Anders moet ik zó niet mezelf zijn.

Gelukkig sluit dat spel in de kamer wel aan bij de manier waarop ik ook altijd in het vak heb gestaan. Dat ik niet werk met doorzettingmacht, maar wel altijd gezag en invloed heb gehad door mijn visie en door altijd met de inhoud bezig te zijn. Ook als ik helemaal geen macht had.

### VISIE OP HET VAK

*Ik wil je even herinneren aan enkele uitspraken die je inmiddels alweer zeven jaar geleden hebt gedaan op de Werkconferentie Zorgethiek en Dementie op 7 april 2004. Deze conferentie werd gehouden naar aanleiding van de onderzoeksbevindingen uit het Ilse Warners Project. In jouw commentaar begon je met de vraag te stellen hoe verpleeghuisartsen vorm geven aan de zorg voor ouderen met dementie. Je stelde vervolgens je scherp bewust te zijn van de spanning tussen de verfijndheid van het ethische paradigma van de toen door de onderzoekers gepresenteerde bevindingen, het politiek realistische paradigma dat (toen) in de sector gezag heeft (had) en het wat aandoenlijke pragmatisme van de verpleeghuisarts. Je voerde hem ten tonele in zijn rol als haarlemmerolie in de slijtende machine van de instelling verpleeghuis. Hoe zie je nu terug op deze door jou toen gedane uitspraken? In hoeverre vind je ze nu nog steeds van toepassing?*

Het waren eigenlijk twee dingen, want ik had het over de ethiek. Tussen de ethiek en dat iets geregeld is zit een volgtijdelijkheid. Ethiek ontstaat waar mensen samen iets doen en denken: "Zullen we het wel zo doen? Moet dat wel zo? Is dit wel goed? Mag dit?"

Daar wordt over nagedacht, dat gaat de maatschappij in en op een gegeven moment wordt de roep om een regel te maken steeds sterker. Daarna komt er pas het idee om het vast te gaan leggen in algemene zin en het wettelijk te verankeren. Daar gaat een hele tijd overheen. Wat ik nu, verkerend in de positie om wetten te maken, heel sterk merk is dat de ontwikkelingen in de praktijk steeds alweer een stuk verder zijn. Dat besef is natuurlijk heel belang-

rijk, want de wetten die ik maak en ook de wetten die ik ga veranderen, en dat zijn er een heleboel want ik heb drie stelselwijzigingen in mijn portefeuille, die moeten dus de ruimte geven voor die visieontwikkeling. Dus die perceptie van toen is nu nog heel erg van toepassing en bruikbaar.

---

*“Het als haarlemmerolie functioneren van de verpleeghuisarts, dat is natuurlijk altijd een improvisatie geweest van jewelste.”*

---

En het tweede, het als haarlemmerolie functioneren van de verpleeghuisarts, dat is natuurlijk altijd een improvisatie geweest van jewelste. Het eindeloos hollen, vliegen, draven om allerlei taken aan elkaar te knopen waarbij je ook heel vaak de tolk bent tussen partijen die niet op elkaar aansluiten. Een cliënt die zichzelf niet kan verwoorden, een familie die in een rouwproces is omdat ze de verzorging niet kunnen doen, verzorgenden die niet opgeleid zijn om dingen onder woorden te brengen maar wel het zorgplan moeten schrijven, management wat bezig is met vastgoed, met zorg en met medici die nogal eens hoger opgeleid zijn dan de managers en hen op de vingers kijken. Het is een construct, dat heb ik eerder ook in cartoons getekend, dat zo verschrikkelijk veel perverse prikkels in zich heeft. En verpleeghuisartsen hebben altijd geprobeerd om daar zo goed mogelijk mee om te gaan. Het is een raar systeem. Dat beschreef ik toen en dat neem ik nu natuurlijk ook mee nu ik de AWBZ kan wijzigen.

*De ervaringen van toen, zoals je ze destijds beschreef, daar kun je in je huidige positie uitvoerig mee aan de slag?*

Ja, want dan komen we op een heel ander niveau terecht. Als je kijkt naar het SER-advies van anderhalf jaar geleden waarin de SER de AWBZ heeft bestudeerd. Daarbij sprong ik een gat in de lucht, want daar staan heel duidelijk een aantal aanbevelingen in die ook op langdurige financiële houdbaarheid van het stelsel geënt zijn. Bijvoorbeeld het scheiden van wonen en zorg. Dat is van onderaf, van de werkvloer afgezien, een conditio sine qua non, omdat -als je dat niet doet- je die verhoudingen nooit goed krijgt. Want de cliënt moet gewoon woonruimte kunnen huren en zeggen: "Ik wil een roze muur en er mag niemand op mijn kamer als ik naar het ziekenhuis ga, punt uit!" Maar de verzorgenden moeten ook gewoon hun eigen profesie hebben en hun eigen taakinvulling, zonder afgeleid te worden door allerlei bouwkundige beslommeringen als balkons die gerepareerd moeten worden. Dat zijn, in de AWBZ, idiote verbindingen. En specialisten ouderengeneeskunde zijn gewoon dokters met dokterstaken. Die haarlemmerolierol moet eigenlijk niet nodig zijn in een goed stelsel.

*Er is in die zeven jaar best veel gebeurd met ons vak. Hoe kijk je nu aan tegen het specialisme ouderengeneeskunde? Waar ik heel blij om ben is dat de inhoudelijke ontwik-*

keling heel duidelijk in de medisch-geriatrie richting gaat. Vanuit die haarlemmerolierol is binnen het vak de aandacht zich steeds meer gaan concentreren op frailty. En dat is veel meer dan louter lichaamsreparatie, maar ook hoe mensen zich voelen en dat er afwegingen gemaakt moeten worden over wat nog zinvol is en wat niet meer. Deze enorm sterke ethische component heeft ons vak een grote voorsprong gegeven op veel andere dokters. Het samenwerken met de niveau 3-verzorgenden, wat we eigenlijk zo gewend zijn, heeft ons ook gemaakt tot dokters die heel goed kunnen delegeren en weten wat ze hebben aan anderen. De huidige impuls aangaande de inhoudelijke ontwikkeling maakt dat we ook meer medische techniek zullen moeten toepassen, meer gericht zijn op medische functiestoornissen, farmacotherapie en medicatie-interacties. Dat is nadrukkelijk ons werkgebied en met deze verschuiving van aandachtsgebied ben ik zeer tevreden.

*Wat vind je van de koers die Verenso nu vaart met betrekking tot die inhoudelijke ontwikkeling en profilering van ons vakgebied?*

Onlangs heb ik in Friesland bij de zorginstelling, waar Mieke Draijer (voorzitter Verenso) werkzaam is en een presentatie hield, ook gezien dat zij daar veel meer bezig zijn met het opzetten van een behandeldienst met specifieke medische en paramedische taken dan met het vervullen van die haarlemmerolierol. Maar wel met behoud van de vaardigheden en de attitude ten aanzien van ethische vraagstukken en samenwerking met verzorgenden die we in de loop der jaren hebben ontwikkeld.

*Hoe kijk je aan tegen de ook mede door Verenso gepretendeerde rol die specialisten ouderengeneeskunde in de eerstelijnsouderengeneeskunde moeten gaan vervullen?*

Ik denk dat de specialisten ouderengeneeskunde niet verschillen van de eerstelijns- of ziekenhuisartsen, maar zij zijn altijd gepositioneerd geweest binnen dat gebouw. De consequentie daarvan is een construct dat ik dus veel dilemma's vind oproepen. Ik zie dus sowieso de specialist ouderengeneeskunde naast alle andere dokters in het medische domein. Dus horen de specialisten ouderengeneeskunde ook in de zorgverzekeringswet. Dat betekent dat er samenwerkingsverbanden zullen moeten worden ontwikkeld met de huisartsen, in welke vorm dan ook. De specialist ouderengeneeskunde kan best aangesloten zijn aan een eerstelijnspraktijk. Er zijn een heleboel terreinen waarin ik de specialist ouderengeneeskunde zie functioneren. Het werkkterrein van de ouderengeneeskunde is eigenlijk inhoudelijk al geherdefinieerd in de KNMG-nota "Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen". Daar staat echter weinig tot niets concreets in over de specifieke rol van specialisten ouderengeneeskunde. Op basis van die nota kan de beroepsgroep echter, wanneer zij gericht blijft op de inhoud, gemakkelijk een belangrijke rol verwerven.

***“De beroepsgroep praat inmiddels al twintig jaar met de huisarts over samenwerking en dat is toch veel te vaak gegaan over domeinstrijd en had helemaal niets te maken met cliëntgerichtheid.”***

Ik heb het tot nu toe altijd vanzelfsprekend gevonden om die rol te pakken en er nooit problemen mee gehad, maar dat is wel een kwestie van kunnen samenwerken en het geheel kunnen overzien. De beroepsgroep praat inmiddels al twintig jaar met de huisarts over samenwerking en dat is toch veel te vaak gegaan over domeinstrijd en had helemaal niets te maken met cliëntgerichtheid.

## MODERNE OUDERENZORG

*Veel overheidsnota's over de ouderenzorg staan bol van verruiming van keuzemogelijkheden voor ouderen, strategieën ter bewerkstelling van empowerment en schilderen de ouderen af als zelfstandig en autonoom functionerende personen. Uiteraard zijn deze nota's van toepassing op een groot deel van de ouderen. Maar ze lijken geschreven door beleidsmedewerkers die weinig kaas gegeten hebben van de groep van kwetsbare ouderen waar wij mee te maken hebben in verpleeg- en verzorgingshuizen.*

*Op welke wijze denk jij bij te kunnen dragen aan de nuancering en bijstelling van deze beeldvorming, met als doel beter beleid voor deze groep van kwetsbare ouderen?*

Er zijn twee antwoorden op je vraag. Er is een heel mooi nieuw woord voor hoe we naar patiënten moeten kijken, dat is in Nijmegen bedacht door Jan Kremer en Bas Bloem (respectievelijk hoogleraar voortplantingsgeneeskunde en hoogleraar neurologie). Die noemen het TIFKAP, The Individual Formally Known As Patient (lacht). Die term staat voor de cliënt die in open communicatie met zijn dokters meedenkt en meebeslist over zijn eigen gezondheid.

Ik denk inderdaad: The Individual Formally Known As Patient is een uitgangspunt: cliëntgestuurde zorg. Pas als je echt helemaal, zoals ik nu, uit die directe zorg bent zie je weer dat de zorg dus volstrekt nog niet cliëntgestuurd is. Je hebt eigenlijk zo weinig te vertellen, zeker als je kwetsbaar wordt. Daarom heb ik die beginselenwet ook in mijn armen gesloten, want dat betekent dat het zorgplan, dat moet dan ook anders gaan heten, een contract wordt tussen een individu en degenen die zorg aan hem geven. En op het moment dat de verzorgende zegt: "Ik trek het allemaal niet, ik kan deze zorg niet leveren want ik krijg niet genoeg middelen en mogelijkheden om die zorg te verstrekken" heeft deze ook een bel om aan te trekken. Dat is er nu helemaal niet. En de cliënt kan naar een klachtencommissie, maar dat biedt tot op heden in de regel te beperkt soelaas. Je moet op een gegeven moment kunnen zeggen: "Dit is wat ik afgesproken heb, het is nu drie keer niet gebeurd, ik heb het drie keer aardig gevraagd, ik wil nu contact met de functionaris die ik daar daadwerkelijk op aan kan spreken." Dat kan tegenwoordig allang als van je auto de ruitenwissers het na drie reparaties nog steeds niet doen. Zo wil ik er ook naar kijken. Het zijn gewoon afspraken waar-



aan men zich moet houden. Dat is de positionering die ik wil kiezen.

In situaties waarin mensen kwetsbaar zijn of wilsonbekwaam moet er een mantelzorger zijn die dat oppakt en/of eventueel een casemanager. Maar zoals het nu altijd gedaan wordt met de directe zorgverleners, daar zit natuurlijk altijd iets dualistisch in. We hebben er zelf ook altijd belang bij te horen dat wij het goed hebben gedaan. Dat maakt dat je ook altijd een hypotheek legt op de vrijheid van de ander om te zeggen: "Dat is toch eigenlijk niet helemaal wat ik bedoelde." Dus het gaat niet voorbij aan de kwetsbaarheid, het houdt er juist nog meer rekening mee.

---

***"De randvoorwaarden moeten gewoon goed geregeld zijn. In een schoon kantoor, waar de ramen gezeemd zijn, papieren opgeruimd en het spreekuur loopt. Gewoon geen gedoe."***

---

Het zorgcontract is enorm belangrijk. Daarmee, zo verwacht ik, zullen de ontevredenheid of zaken die niet goed gaan in een veel eerder stadium boven water komen. Dat moet veel belangrijker worden dan het nu is. Bovendien moeten verzorgenden, juist omdat zij er zo boven op zitten, veel meer instrumenten in handen krijgen om om te gaan met die, in hun huidige werksituaties, nog intrinsieke spanningsvelden. Dus in het kwaliteitsinstituut dat ik nu aan het oprichten ben, is hun professionaliteit ontzettend belangrijk. Juist voor de verzorgenden met niveau 2 en 3. Zorgmedewerkers van 4 en 5 en "wij" zelf hebben al woorden, hebben al wetenschappelijke onderbouwing, systematische theorieën en protocollen. De problemen van verzorgenden die op niveau 2 en 3 functioneren worden altijd verwoord door anderen. En hun niet-pluis gevoel staat nergens in de criteria voor goede zorg, terwijl zij degenen zijn die opmerken dat er allerlei dingen niet goed gaan. Die missing link is ontzettend belangrijk en die wil ik naar boven halen.

*Het specialisme ouderengeneeskunde heeft vergeleken met andere medische specialismen, inclusief de huisartsgeneeskunde, relatief de meeste vacatures en dat is al geruime tijd het geval. De instroom van basisartsen in de opleiding tot*

*specialist ouderengeneeskunde stukt. Er schort nog steeds iets aan het imago van het vak.*

*Wat zijn jouw ideeën over hoe dit tij te keren en op welke wijze zou het imago van onze sector verbeterd kunnen worden?*

Hierover heb ik twee nota's geschreven. De nota "Vertrouwen in de zorg" en de "Arbeidsmarktbrief". De laatste is van Edith Schippers (minister van VWS) en mij samen en die gaat over hoe we aan voldoende mensen komen en hoe we tegen de sector aankijken. Het imago van de specialist ouderengeneeskunde hoop ik al te verbeteren doordat ik hier zit. Het lijkt me dat dat op zich goed moet zijn voor dat imago. Ik denk ook dat door de inhoudelijke ontwikkeling de beroepsgroep inmiddels in staat is om een aantrekkelijker beroep neer te zetten dan twintig jaar geleden. Toen was het alleen maar intramuraal bezig zijn en heel veel vergaderen. Er zitten veel meer medische aspecten in dan vroeger, en als de beroepsgroep in staat is om ook die technische kant ervan meer uit te dragen, dan denk ik dat het ook voor jonge dokters, die eigenlijk ook heel veel techniek willen, ook een zeer aantrekkelijk vak is. Ik denk dat de gelijkschakeling met andere dokters in de zorgverzekeringswet ook een conditio sine qua non is. Want het eindeloze geïmproviseer binnen de instellingen, de totale onvrijheid om de eigen bedrijfsvoering in te richten, niet kunnen zeggen dat er nu een secretaresse nodig is, dat een manager kan zeggen dat je je eigen laboratoriumuitslagen moet inplakken, dat soort gedoe is gewoon niet meer van deze tijd. De randvoorwaarden moeten gewoon goed geregeld zijn. In een schoon kantoor, waar de ramen gezeemd zijn, papieren opgeruimd en het spreekuur loopt. Gewoon geen gedoe.

*En wat is jouw idee nu over het lage salaris van specialisten ouderengeneeskunde?*

Daar kan ik natuurlijk helemaal niets over zeggen. Dat zou ook heel onverstandig zijn. De bewegingen die ik in gang zet gaan ongetwijfeld een aantal reacties te weeg brengen. Casemanagement moet je in deze tijden niet meer door een dokter willen laten doen. En als je dat wel wil, dan moet je niet meer willen verdienen (lacht). Een casemanager in FWG50 kan dat immers ook doen. Maar dat is de keuze van de beroepsgroep, dus daar kan ik weinig aan doen. Het gaat in deze fase om herdefiniëring van de triage, van de acute verpleegkundige handelingen, het casemanagement en de medische techniek.

*Specialisten ouderengeneeskunde en managers van ouderenzorginstellingen hoor je alom klagen over de verdergaande financiële beknotting van de budgetten met als gevolg een steeds verdere verschraving van de zorg. Daarnaast worden de Nederlandse ouderenzorginstellingen in vele buitenlandse als kwalitatief hoogwaardig en goed georganiseerd ten voorbeeld gesteld. Hoe kijk jij tegen deze tegenstelling aan, en welke consequenties heeft dat voor jouw houding en opstelling ten aanzien van politici en andere beleidsmakers in Nederland en je buitenlandse collega's?*

We hebben de kostbaarste langdurige zorg van Europa,

het was in 2010 23 miljard, dat wil zeggen 4000 euro per individuele premiebetaler per jaar. En Europa heeft de duurste langdurige zorg van de wereld. Maar ik ben nog niet naar de Kamer geroepen om een compliment te ontvangen over de fantastische zorg die er in Nederland geleverd wordt. Er wordt nog steeds ongelofelijk veel gemopperd. Dus er zit een groot verschil tussen het door de beroepsgroep gewenste imago en de beleving daarvan in het veld. Natuurlijk wordt er kwaliteit geleverd. Maar de kosten leveren bij lange na niet de baten op die je zou willen hebben. Daarom ben ik ook echt gemotiveerd tot een grondige verbouwing van de AWBZ. De sector zelf moet wat dat betreft ook trotser kunnen zijn op wat ze doen. Het bijzondere is dat de inhoudelijke mensen ook best trots zijn, anders waren ze allang weg gelopen. Ik heb het vak zelf ook altijd heerlijk gevonden. Maar er zijn veel buitenstaanders die kritiek hebben en die ook de woordvoering vinden voor die kritiek en er zorg voor dragen dat negatieve zaken meer aandacht krijgen dan de goede dingen. Dus er moet, en wel op korte termijn, nogal wat veranderen. Wat in het buitenland bijzonder is, is dat ze veel meer op de gewone dingen leunen, dat mantelzorg veel belangrijker is, een eigen woning veel belangrijker is en eigen betaling voor allerlei te verkrijgen zorg. Terwijl in Nederland op het moment dat je als frail aangemerkt wordt alles van je wordt overgenomen. De staat organiseert alles tot en met je bingo en als je dus niet leuk gebingood hebt, is dat de schuld van de staat. De mantelzorg heeft opeens niks meer te doen. Mensen zijn vijftig jaar getrouwd en opeens is er een wildvreemd jong meisje dat zegt wat je man moet eten, want het staat in het zorgplan. Dat is natuurlijk een volstrekt idiote situatie. Daar zijn wij uniek in. We hebben het heel erg instellingsachtig georganiseerd, goed betaald en tegelijkertijd al die verkeerde prikkels erin gebracht die maken dat mensen niet tevreden zijn. De zorg moet ondersteunend zijn aan het gewone, The Individual Formally Known As Patient heeft een partner en kinderen. Ik heb mensen gehad die bij me kwamen en zeiden: "Ik wil eens even goed het zorgplan met u bespreken, dokter, want wij gaan drie maanden naar Amerika. Dus ik wil het even heel goed geregeld hebben voor mijn moeder met al die vreemde mensen, zodat ik er drie maanden niet aan hoeft te denken".

## STELSELWIJZIGINGEN

*De AWBZ gaat fors op de schop. De geriatrische revalidatie wordt er al uitgelicht en overgeheveld naar de zorgverzekeringswet. Wat gaat er nog meer uit straks?*

In het regeerakkoord staat al een aantal dingen. De AWBZ is op korte termijn volstrekt niet meer betaalbaar, als die zo blijft zoals deze nu is. Echter, als we zwommen in het geld had ik ook een aantal maatregelen genomen. Bijvoorbeeld het fenomeen 'zorgkantoren' is niet goed, want cliënten hebben geen directe relatie met het zorgkantoor. Ze kunnen er niet weg, er is geen keuze en ik vind dat die er absoluut wel moet zijn. Dat doen we door de AWBZ door



de verzekeraars te laten uitvoeren, en dus volgend te laten zijn aan wat de cliënten willen.

---

*"Ik wil flinke delen van de functiebehandeling in ouderenzorginstellingen van de AWBZ overhevelen naar de zorgverzekeringswet. De ZZZ-9 gaat dus eerst. Ik ga bezien of er niet veel meer achteraan kan."*

---

De verzekeraar kan zelf een pakket samenstellen en aanbieden aan cliënten. Bovendien moeten wonen en zorg gescheiden worden. Je moet gewoon voor je eigen huis kunnen zorgen en kiezen hoe je woont, want 'one size fits nobody' is wat we nu hebben met de instellingen. Toch zijn er tegelijkertijd groepen bij wie een integraal aanbod heel erg nodig blijft. Die groepen moet ik identificeren, dat zijn niet alleen de ouderen. Bij de ouderen zijn het de mensen met psychogeriatrische problemen, die niet meer in staat zijn om zelf de regie te voeren. Dat geldt ook voor mensen die zowel levenslang als levensbreed gehandicaptenzorg nodig hebben. Dat zijn ook veelal jongere mensen, waar andere regels voor gelden. Voor de rest zie ik het meer voor me dat je al naar gelang je iets nodig je dat zelf regelt. En ik denk daarbij aan wat we nu hebben met het persoonsgebonden budget of een volledig pakket thuis. Dat je het op die manier gaat samenstellen vanuit wat je zelf wil.

Ik wil flinke delen van de functiebehandeling in ouderenzorginstellingen van de AWBZ overhevelen naar de zorgverzekeringswet. De ZZZ-9 gaat dus eerst. Ik ga bezien of er niet veel meer achteraan kan. Ook de toegankelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde voor cliënten via de zorgverzekeringswet zou geregeld moeten worden. Iedereen moet zijn eigen dokter via de zorgverzekeringswet kunnen betrekken. De AWBZ moet er echt zijn voor dat wat niet verzekeraar is.

*De verdeling van de gelden voor innovatie en wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg is zeer scheef. Van de beschikbare 1,6 miljard euro gaat 1,5 miljard naar de curatieve sector. De universitaire vakgroepen ouderenge-*

*neeskunde/verpleeghuisgeneeskunde worden nog steeds voor wat betreft de budgetten voor wetenschappelijk onderzoek zwaar onderbedeeld en vormen daarmee nog steeds geen serieus te nemen partij voor de klinische vakgroepen.*

*Ga jij in de komende jaren hier iets aan doen en zo ja, wat?*

Daar kan ik in directe zin niets aan doen. Dat gebeurt op een ander niveau. Maar wat ik wel stimuleer, mede vanwege de moeilijke financiële situatie, is dat er een experience based onderbouwing van de praktijk van het primaire proces komt. Ik wil dat de betrokken disciplines in staat zijn hun handelen steviger te onderbouwen. Ik snak naar die inhoudelijke onderbouwing. Dus voor zover mogelijk zal mijn sturing die kant op gaan. Met meer kennis daarover krijg ik meer middelen in handen om onder meer de domeinen van de beginselenwet beter neer te zetten en meer sturing te geven aan waar de Inspectie op moet controleren.

*Het CIZ vervult nog steeds een centrale rol met betrekking tot indicatiestelling voor allerlei voorzieningen op het gebied van de ouderenzorg. Al jaren geleden is vastgesteld dat het CIZ volstrekt overbodig is, uitsluitend een enorme bureaucratische rompslomp met zich meebrengt.*

*Ga jij daar wat aan doen en gaat het CIZ in jouw ambtsperiode daadwerkelijk verdwijnen?*

Het fenomeen CIZ heeft vreselijke irritatie opgeroepen in het veld. Niet door de mensen maar door de bureaucratie. Daarom willen we de regelgeving vereenvoudigen en het papierwerk verminderen. Ik heb al een aantal maatregelen getroffen. De geldigheidsduur van de indicatiestelling voor de langdurige zorg is boven de 80 jaar verruimd van 5 naar 15 jaar. Je kunt een sipje (Standaard Indicatie Protocol, zorg die direct inzetbaar is wanneer deze de aanvraag wordt verstuurd) aanvragen voor een heleboel dingen die vroeger heel ingewikkeld waren. Maar het helemaal stop

zetten van de CIZ dat gaat een stap te ver omdat je 24 miljard AWBZ geld wel moet verantwoorden naar de belastingbetaler. Dan kun je niet volstaan met te zeggen, dat die instellingen het zelf wel kunnen doen. Het fenomeen verantwoording moet er wel zijn. Maar het moet goedkoper met minder mensen en simpeler. De professionals betrokken bij het primaire proces moeten zelf veel meer mogen indiceren.

*Wat wil je over vier jaar (ervan uit gaand dat deze regering de termijn volmaakt) aan het eind van je regeerperiode bereikt hebben ?*

Dat ik de link tussen de ethiek van de zorg en de wetgeving helder gemaakt heb, dat ik de wezenlijke dingen van de mensen van de werkvloer verwoord heb, en dat het me gelukt is dat een plek te geven in de strategische agenda van deze regering en van de politiek. 'Zorg zijn mensen' en die reageren op elkaar. In alle constructen lijken het net blokjes die niks doen, maar mensen reageren en passen zich ook aan. Dus cliënten en medewerkers passen zich aan elkaar aan. Dat gaat vanzelf goed als je de infrastructuur goed maakt, dan gaan zij zich vanzelf goed gedragen. Mensen willen heel graag, dus dat neem ik er in mee. En als het gaat om die Haarlemmerolie, wil ik het systeem analyseren en dan weer helpen opbouwen zodat die bewegingen allemaal de goede kant opgaan, zonder die perverse prikkels die uitdoven in functionele botsingen. Dat wil ik graag. En als ik die wissel heb omgezet mag best iemand anders het afmaken.

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl



# Bètablokkers bij patiënten met COPD en hartfalen; wat is er tot nu toe bekend

Drs. Abderrazak Zamri, arts, Me-doc, Utrecht

Drs. Maarten Smit, arts, Me-doc, Utrecht

## INLEIDING

Epidemiologische studies en registraties hebben laten zien dat hartfalen en chronisch obstructieve longziekte (COPD) wereldwijd veelvoorkomende aandoeningen zijn met veel verlies van kwaliteit van leven. COPD is een aan roken gerelateerde aandoening, gekenmerkt door persistente luchtwegvernauwing, met toenemende morbiditeit en mortaliteit. Wereldwijd is COPD de vierde doodsoorzaak en de verwachting is dat het in 2020 zal stijgen naar de derde plek.<sup>1,2,8</sup> Een universeel geaccepteerde definitie van hartfalen ontbreekt, maar het gaat om een te kort schietende pompfunctie in combinatie met klachten. In 2007 waren er in Nederland 120.200 patiënten met hartfalen, waarvan er 6561 zijn overleden aan de aandoening.<sup>3</sup>

COPD en hartfalen komen samen frequent voor, maar in de praktijk wordt de comorbiditeit vaak niet herkend.<sup>4-6</sup> De co-existentie van COPD en hartfalen zorgt voor complicaties bij de behandeling van hartfalen en is vaak een oorzaak voor een niet-optimale behandeling. De hogere mortaliteit bij patiënten met COPD en hartfalen kan ten dele verklaard worden door het niet voorschrijven van de aanbevolen medicatie, vooral bètablokkers.<sup>14-16</sup>

De huidige internationale richtlijnen van hartfalen<sup>17</sup>, coronair lijden<sup>18</sup> en hypertensie<sup>19</sup>, adviseren het gebruik van bètablokkers, ondanks de aanwezigheid van COPD. Desondanks krijgt maar ongeveer 20% van de COPD-patiënten in de algemene bevolking een bètablokker voor hartfalen.<sup>39,40</sup> Een bekende gewoonte van behandelaars hierbij, is om COPD als contra-indicatie te zien voor het gebruiken van bètablokkers.<sup>41</sup>

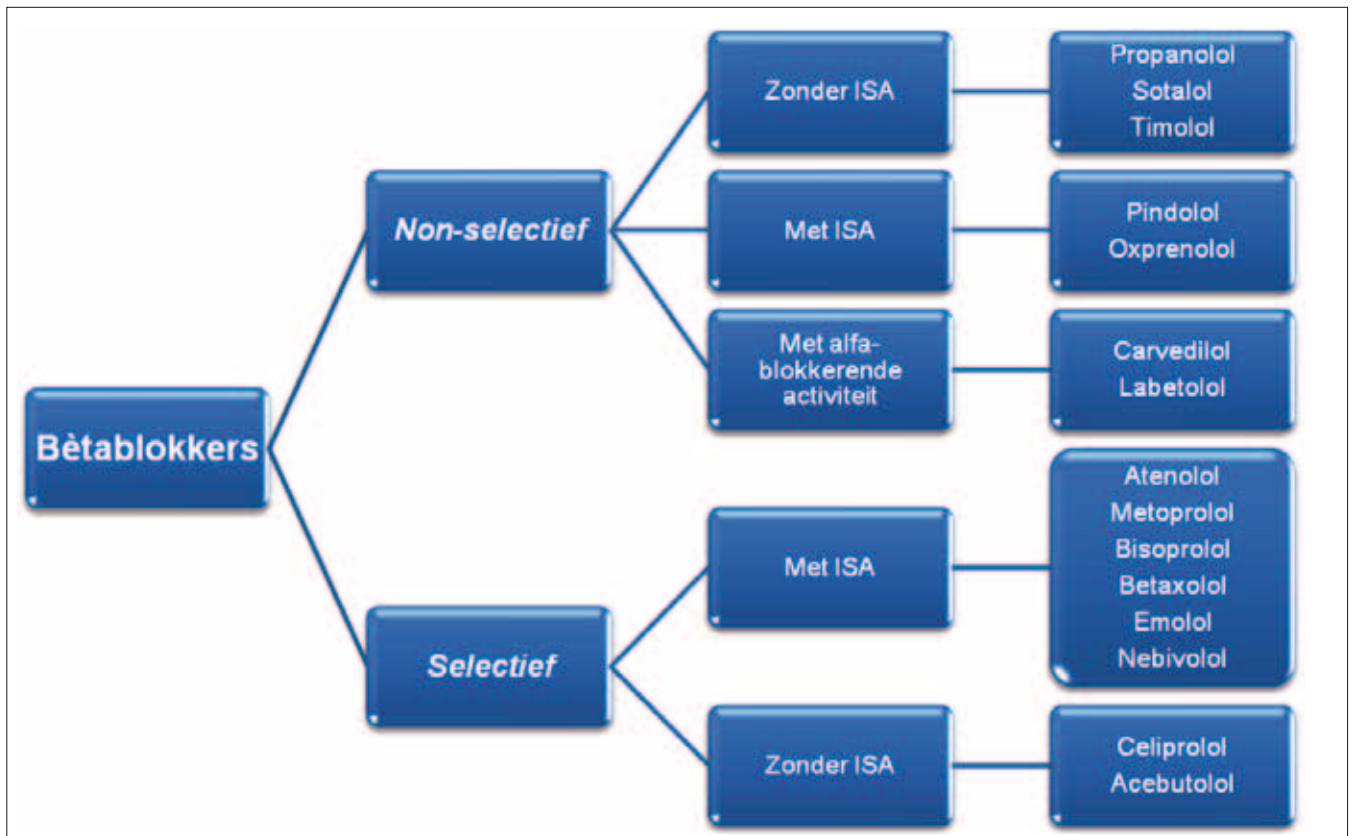
In dit artikel, zal het gebruik van bètablokkers bij patiënten met COPD en hartfalen worden besproken. Hierbij zal stil gestaan worden bij de achtergrond van de bètablokkers, de relatie tussen COPD en hartfalen en de diagnostische problemen bij het vaststellen van hartfalen bij een patiënt met COPD of andersom. Aanvullend wordt ingegaan op de onderzoeken die gedaan zijn naar het effect van bètablokkers bij patiënten met COPD en hartfalen. De CBO richtlijn voor hartfalen en de bijsluiters (farmacotherapeutisch kompas) van de bètablokkers zullen vergeleken worden met deze bevindingen. Tenslotte wordt besproken waarom artsen terughoudend zijn bij het voorschrijven van bètablokkers bij deze patiëntengroep.

## ACHTERGROND BÈTABLOKKERS EN BÈTARECEPTOREN

Dichloroisoproterenol, gesynthetiseerd in 1958, bleek adrenaline te remmen en wordt daarom beschouwd als eerste bètablokker.<sup>69</sup> Deze stof was aanvankelijk niet klinisch toepasbaar. Twee jaar later werd door Nobelprijswinnaar Sir James Black propranolol ontwikkeld, wat het prototype werd van de bètablokkers. Sindsdien zijn er vele varianten ontwikkeld.<sup>22</sup>

Er bestaan drie soorten bètareceptoren. Bèta<sub>1</sub>-adrenoreceptoren bevinden zich in het cardiale sarcolemma. Indien geactiveerd, leiden deze receptoren tot een verhoging in frequentie en kracht van de myocardiale contractie (positief inotrop effect). Bèta<sub>2</sub>-adrenoreceptoren zijn voornamelijk in de bronchiale en vasculaire gladde spierweefsels aanwezig. Indien geactiveerd zorgen ze voor broncho- en vasodilatatie.<sup>22,23</sup> Ook is een aanzienlijk deel van de receptoren in het myocardium, 20% tot 25%, Bèta<sub>2</sub>-adrenerg, wat tot gevolg heeft dat cardiale effecten kunnen ontstaan bij een Bèta<sub>2</sub>-adrenoceptor stimulatie. Bij hartfalen vindt er een relatieve opwaartse regulatie, tot 50%, van deze receptoren plaats. Over de rol van Bèta<sub>3</sub>-adrenoceptoren in het hart is nog weinig bekend.<sup>21,24</sup>

Bètablokkers zijn volgens het farmacotherapeutisch kompas<sup>26</sup> geclassificeerd in twee generaties (figuur 1). De eerste generatie bètablokkers (zoals Propranolol en Sotalol), zijn niet-selectief en blokkeren Bèta<sub>1</sub>- en Bèta<sub>2</sub>-receptoren. De tweede generatie bètablokkers (zoals Atenolol en Bisoprolol) blokkeren Bèta<sub>1</sub>-receptoren in lage dosering, maar zijn in staat om bèta<sub>2</sub>-receptoren te blokkeren in hogere dosering. De selectieve werking maakt het gebruik bij patiënten met chronische longziekten meer geschikt.<sup>25</sup> Binnen deze twee generaties hebben een aantal bètablokkers vaatverwijdende eigenschappen. De vasodilatatoire eigenschappen worden gemedieerd door Nitric Oxide release of door toegevoegd alpha-adrenerge blokkade.<sup>24</sup> Een derde vasodilatator mechanisme werkt via Bèta<sub>2</sub>-intrinsic sympathomimetische activiteit (ISA).<sup>22</sup> Deze bètablokkers hebben dus zowel de capaciteit om adrenerge receptoren te stimuleren als te blokkeren, en veroorzaken daardoor minder bradycardie en koudheid van de extremiteiten.<sup>21</sup>



Figuur 1. Bètablokkers classificatie

## ACHTERGROND COPD EN HARTFALEN

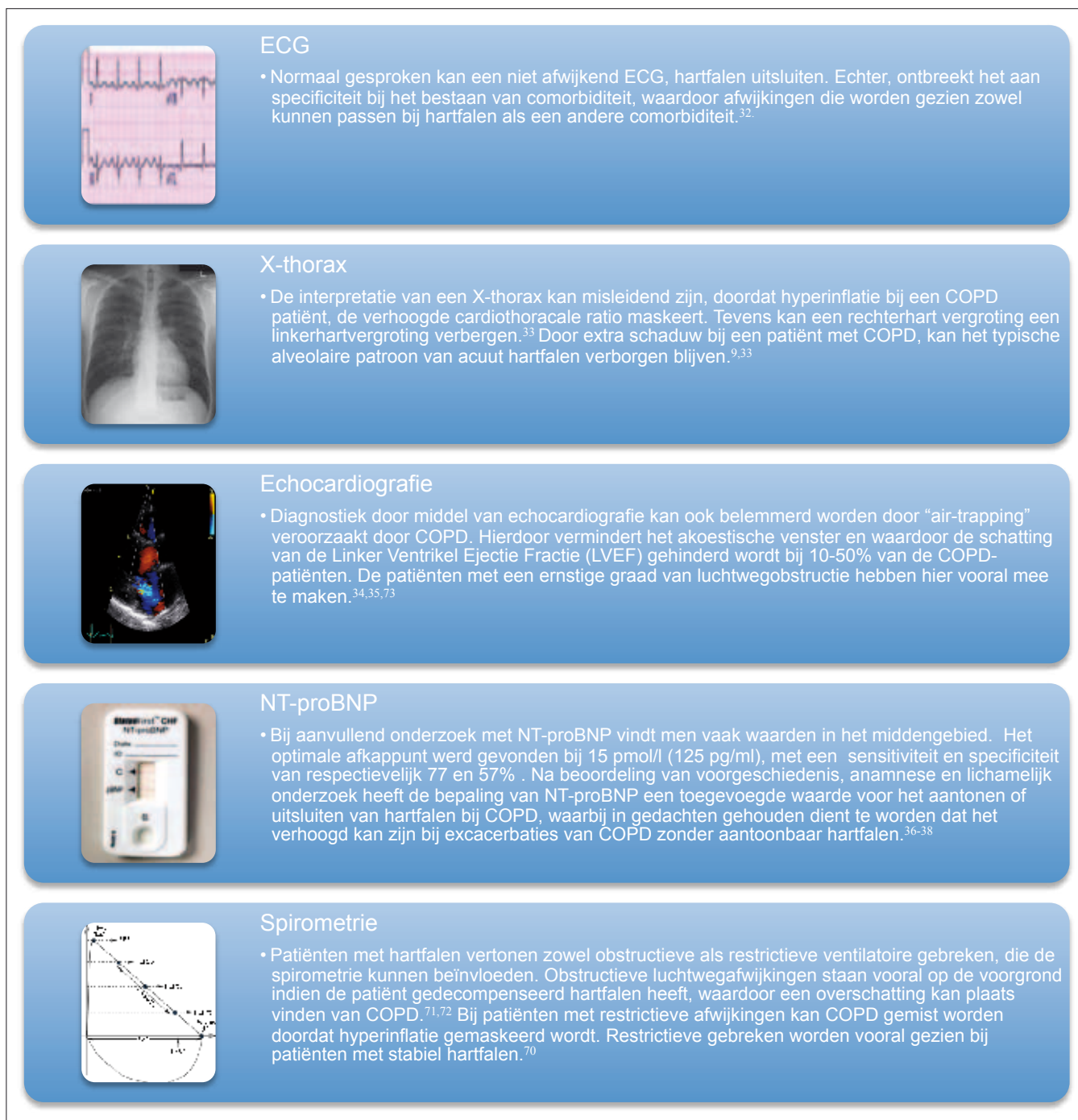
Diverse observationele onderzoeken laten zien dat een combinatie van COPD en hartfalen vaak voorkomt. Voornamelijk in de oudere patiëntpopulatie is dit het geval. Met een prevalentie van COPD bij patiënten met hartfalen tot 33%.<sup>7</sup> Ondanks de goed gedocumenteerde hoge prevalenties van zowel COPD als hartfalen bij ouderen<sup>13</sup>, wordt de combinatie van beide diagnoses vaak niet herkend. Een schatting van 25% van de oudere COPD-patiënten lijdt aan ongediagnosticeerd hartfalen.<sup>7</sup> Waarbij het bijna altijd om linker hartfalen gaat.<sup>67,68</sup> De samenhang tussen COPD en hartfalen behoort geen verrassing te zijn, aangezien beide aandoeningen een oudere leeftijd en roken als grote risicofactoren gemeen hebben.<sup>8-10</sup> Roken is de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van COPD en de 2<sup>de</sup> belangrijkste risicofactor voor chronisch hartfalen. Het roken van sigaretten is geassocieerd met een 45% hogere kans op chronisch hartfalen bij mannen en 88% bij vrouwen.<sup>11</sup> Het risico op het ontwikkelen van hartfalen bij oudere patiënten met COPD is 4,5 maal groter dan bij leeftijds-gematchte controles.<sup>7</sup> COPD-patiënten overlijden vaker aan hart- en vaatziekten (HVZ)<sup>12</sup>, vaak als het gevolg van hartfalen.<sup>13</sup> Daar komt bij dat oudere patiënten met zowel COPD als hartfalen vaker worden opgenomen in het ziekenhuis, en dat zij een verhoogd mortaliteitsrisico hebben ten opzichte van leeftijds-gematchte patiënten met alleen COPD of hartfalen.<sup>30</sup> Doordat de vijfjaarsoverleving van patiënten met COPD en hartfalen lager is dan patiënten met alleen COPD<sup>14</sup> wordt gesuggereerd dat een goede behandeling van hartfalen, de prognose van COPD-patiënten aanzienlijk kan

beïnvloeden.<sup>14-15</sup>

Indien COPD en hartfalen zo vaak samen voorkomen, is de vraag of deze aandoeningen dezelfde pathogenetische kenmerken delen. De mechanismes verantwoordelijk voor toename van cardiovasculair risico bij oudere patiënten met COPD zijn nog niet geheel helder. Patiënten met COPD hebben geen verhoogde kans op hypertensie of linker ventrikelhypertrofie, echter zijn er aanwijzingen voor laag-gradige-systemische ontstekingen die het ontwikkelen van atherosclerose ongetwijfeld bevorderen.<sup>27</sup> Deze chronische ontstekingen zijn in zekere zin aanwezig bij zowel patiënten met COPD als patiënten met hartfalen. Verondersteld wordt dat door wederkerige mechanismen van systemische cellulaire en humorale ontstekingen, hartfalen en COPD vaker voorkomen in aanwezigheid van elkaar.<sup>28,29</sup>

## DIAGNOSTIEK

De diagnostiek van hartfalen bij een patiënt met COPD, en vice versa is geen makkelijke. Vooral indien deze patiënt oud is met multiple comorbiditeit en zich in de eerstelijnszorg (bijvoorbeeld het verpleeghuis) bevindt, waar aanvullend onderzoek niet routinematig beschikbaar is.<sup>36</sup> Hierdoor vereist de diagnostiek van een van beide aandoeningen in aanwezigheid van de andere aandoening grote expertise van de behandelaar. Zowel COPD als hartfalen presenteren zich met niet-specifieke symptomen en klachten. Onder andere dyspnoe, vermoeidheid, perifeer oedeem, pulmonair crepiteren en opgezette jugulaire venen vallen onder deze noemer. Geen van deze symptomen is exclusief voor een van de aandoeningen.<sup>6</sup> Vaak worden deze klinische kenmerken



Figuur 2. diagnostische overwegingen bij gelijktijdig voorkomen van hartfalen en COPD

gemaskeerd door of toegeschreven aan andere comorbiditeit<sup>31</sup>, die voornamelijk aanwezig is bij oudere patiënten.<sup>4</sup> Aanvullend onderzoek blijkt in deze patiëntengroep ook een beperkte toegevoegde waarde te hebben. De betrouwbaarheid van een aantal testen neemt af, bij het aantonen of uitsluiten van een van de twee aandoeningen.<sup>6</sup> In figuur 2 wordt een overzicht gegeven van de diverse aanvullende onderzoeken met hun beperkingen in geval van gelijktijdig aanwezig zijn van COPD en hartfalen.

## THERAPIE EN VEILIGHEID

Meer dan 50% van de patiënten met hartfalen zonder COPD wordt behandeld met bètablokkers, van de patiënten met zowel hartfalen als COPD krijgt maar 20% een bèta-

blokker.<sup>39,40</sup> Onderzoek naar het gunstige effect van bètablokkers bij patiënten met hartfalen, hadden vaak COPD als exclusiecriteria. In deze onderzoeken werd een positief effect op morbiditeit en mortaliteit gezien bij de patiënten met hartfalen. Hoewel, COPD-patiënten werden uitgesloten van deelname aan de grote trials naar bètablokkergebruik bij hartfalen<sup>42-45</sup>, is er geen aanwijzing voor het idee dat de patiënten met hartfalen en COPD niet kunnen profiteren van bètablokkers.<sup>46</sup>

Theoretisch kunnen patiënten met COPD (en zonder hartfalen) baat hebben bij bètablokkers. Bètablokkers temperen het sympatische zenuwstelsel, wat overgeactiveerd is bij COPD. Sympatische activiteit bij COPD-patiënten wordt onder andere verhoogd door hypoxie. Bij aanwezigheid van



Figuur 3. voorbeeld van een opbouwschema met bisoprolol voor patiënten met COPD en hartfalen

obstructief slaap-apneusyndroom of centraal slaap apneu/Cheyne-Stokes ademhaling kan sympatische activiteit verder toenemen.<sup>65</sup> Bètablokkers zorgen er dan voor dat de totale ischemische lasten worden verminderd, door toename van de hart-long efficiëntie.<sup>47</sup> De vermindering in hartslag frequentie door bètablokkers zou ook in het voordeel kunnen werken van COPD-patiënten.<sup>48</sup> Tachycardie komt tot wel 40% voor bij COPD-patiënten. Hierbij geldt dat hoe hoger de hartslagfrequentie, hoe korter de levensverwachting.<sup>49</sup> Een studie bij muizen met luchtwegaandoeningen, suggereert dat bij langdurig gebruik van bètablokkers, longontstekingen en slijmproductie verminderen.<sup>50</sup> Indien dit ook toepasbaar is bij mensen, betekent dit een ander voordeel van bètablokkergebruik bij COPD-patiënten.<sup>51</sup>

Behalve dat de theorie aangeeft dat COPD-patiënten baat kunnen hebben bij bètablokkers, geven tal van trials daarnaast aan dat het gebruik van bètablokkers geen significant effect heeft op de FEV<sub>1</sub> (maximale hoeveelheid lucht die in 1 seconde kan worden uitgeademd) en de symptomen. Begin 2011 is een cochrane review gepubliceerd over de

veiligheid van cardioselectieve bètablokkers bij COPD-patiënten.<sup>52</sup> Daarin werd gekeken naar de volgende bètablokkers: atenolol, metoprolol, bisoprolol, practolol, celiprolol en acebutolol. In de meta-analyse werden 22 gerandomiseerde en geblindeerde trials (RCT's) geïncludeerd. Deze trials lieten zien dat cardioselectieve bètablokkers geen significante verandering opleverden in de FEV<sub>1</sub>-waardes of luchtwegklachten in vergelijking met de placebo. Dit gegeven was consistent voor zowel patiënten met een ernstige chronische luchtwegobstructie als met een reversibele obstructieve component (astmatische component). De auteurs van de review concludeerden, dat bètablokkers niet routinematig moeten worden onthouden aan patiënten met COPD, gezien het aangetoonde voordeel van bètablokkers bij aandoeningen als hartfalen, coronaire hartziekten en hypertensie. Andere reviews gepubliceerd voor 2011 kwamen met een overeenkomende constatering.<sup>53,54</sup> Twee onderzoeken, beide geen RCT's en dus niet geïncludeerd in de cochrane review van 2011, lieten zien dat bètablokker gebruik bij COPD-patiënten gepaard ging met significant minder COPD excacerbaties en minder kans op overlijden door

Bètablokkers	Wel contra-indicatie	Voorzichtigheid geboden	Geen contra-indicatie
<b>Non-sectief</b>			
<b>ISA -</b>			
•Propranolol	x		
•Sotalol	x		
<b>ISA+</b>			
•Pindolol	x		
•Oxprenolol	x		
<b>Met alfa-blokkerende activiteit</b>			
•Carvedilol		x	
•Labetolol	x		
<b>Selectief</b>			
<b>ISA -</b>			
•Atenolol			x
•Metoprolol			x
•Bisoprolol			x
•Betaxolol		x	
•Esmolol			x
•Nebivolol			x
<b>ISA +</b>			
•Celiprolol			x
•Acebutolol	x		

Tabel 2. Bètablokkers wel/geen contra-indicatie of voorzichtigheid geboden, volgens farmacotherapeutisch kompas

COPD.<sup>48,66</sup> Uit ander onderzoek blijkt, dat een meerderheid van de patiënten met zowel hartfalen als COPD ook de niet-selectieve bètablokker carvedilol tolereert.<sup>55</sup>

De CBO richtlijn voor hartfalen laat zien dat COPD als comorbiditeit geen (absolute) contra-indicatie is voor het voorschrijven van bètablokkers. De richtlijn vermeld namelijk dat bij de meerderheid van de patiënten met hartfalen en COPD, bètablokkers kunnen worden toegepast.<sup>37</sup> Tenzij sprake is van specifieke contra-indicaties of ernstige bijwerkingen. De richtlijn raad aan om te kiezen voor een cardioselectieve bètablokker. Een recent artikel voegt er aan toe dat een bètablokker zonder ISA en met een korte halfwaardetijd de voorkeur heeft. Bijvoorbeeld door te starten met bisoprolol of nebivolol, voor een minimale periode van 1 maand zodat een rustige opwaartse titratie plaats vindt van de dosering (start low and go slow).<sup>17,56</sup> Van bisoprolol is in een recente trial een voorbeeld van een opbouwschema beschreven; startdosering 1,25mg dagelijks welke wordt verhoogd naar 2,5, 7,5, en 10 mg om de 2 tot 4 weken, overeenstemmend met de verdraagzaamheid.<sup>57</sup> In figuur 3 is ter illustratie een voorbeeld van een opbouwschema weergegeven.

In tabel 2 is een overzicht te zien van de verschillende bètablokkers en of zij wel / niet gecontra-indiceerd zijn of dat er voorzichtigheid geboden is, volgens het farmacotherapeutisch kompas.<sup>26</sup> Te zien is dat bij de meeste cardioselectieve bètablokkers, COPD niet als contra-indicatie wordt gezien, met uitzondering van Betaxolol waar voorzichtigheid is geboden. Bij de niet-selectieve bètablokkers worden astma en andere obstructieve longaandoeningen wel gezien als contra-indicaties. Bij Carvedilol, wat volgens onderzoek goed wordt verdragen door de meeste COPD-patiënten<sup>55</sup>, is volgens het farmacotherapeutisch kompas wel voorzichtigheid geboden.<sup>26</sup>

## TERUGHOUDENDHEID

Hoewel de CBO-richtlijn voor hartfalen en de bijsluiters van de cardioselectieve bètablokkers COPD niet zien als (absolute) contra-indicatie, zijn er verschillende redenen aan te wijzen waarom er nog steeds wordt afgezien van bètablokkers bij patiënten met COPD.<sup>41</sup>

De oorsprong van deze terughoudendheid ligt in de jaren zeventig en tachtig toen casussen gepubliceerd werden van astma patiënten. In deze casussen werden ernstige bronchospasmes beschreven. Vermeld moet worden dat dit alleen gebeurde bij hoge doseringen van bètablokkers.<sup>58-61</sup>

Bij patiënten met astma kan niet-selectieve bèta-adrenerge blokkade bronchoconstrictie veroorzaken door antagonisme van inhibitoire presynaptische beta2-adrenoreceptoren op cholinerge zenuwen.<sup>62</sup> De reactie op bronchoconstrictieve middelen verschilt echter tussen astma en COPD, op het gebied van reactiviteit van luchtwegen. COPD-patiënten, zijn net zoals gezonde mensen, minder gevoelig voor het constrictieve effect van acetylcholine, in tegenstelling tot

astma patiënten.<sup>63</sup>

Daarnaast lieten studies in de jaren zeventig zien dat bètablokkers een daling van het FEV<sub>1</sub> gaven.<sup>64</sup> Ook leek het niet logisch om een bètablokker te combineren met een beta-sympathicomimeticum, omdat deze middelen tegengesteld werken. Dat zou betekenen dat je het effect van de COPD medicatie uitschakelt door medicatie voor hartfalen. Deze publicaties in het verleden hebben waarschijnlijk tot op de dag van vandaag hun uitwerking, aangezien een recent onderzoek liet zien dat COPD of astma de meest krachtige predictoren zijn om een bètablokker niet voor te schrijven, bij patiënten met hartfalen.<sup>41</sup>

## CONCLUSIE

Het bestaan van COPD en hartfalen komt regelmatig gezamenlijk voor, vooral bij toenemende leeftijd, maar wordt vaak niet als zodanig herkend. Dit komt onder andere door aanzienlijke gelijke klinische manifestaties en minder betrouwbare aanvullende onderzoeken om COPD bij hartfalen, of vice versa, aan te tonen.

Indien bij een patiënt beide aandoeningen zijn vastgesteld vormt de behandeling de volgende uitdaging. Door angst die nog speelt bij artsen voor bronchospasmes, blijft het gebruik van bètablokkers bij patiënten met COPD en hartfalen laag, hoewel verschillende meta-analyses hebben aangetoond dat cardioselectieve bètablokkers goed worden verdragen door patiënten met COPD. De Nederlandse CBO-richtlijn voor hartfalen, de internationale richtlijn voor hartfalen en de bijsluiters van bijna alle cardioselectieve bètablokkers zijn in overeenstemming met dit gegeven.

## LITERATUUR

1. Murray CJ, Lopez AD. *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study.* *Lancet.* 1997; 349:1498-1504.
2. Reilly JJ, Silverman EK, Shapiro SD. *Chronic obstructive pulmonary disease.* In *Harrison's principles of internal medicine textbook.* 2005:1547-9.
3. *Cijfers hartfalen (prevalentie, incidentie en sterfte) uit de VTV 2010.* <http://www.nationaalkompas.nl/>.
4. Padeletti M, Jelic S, LeJemtel TH. *Coexistent chronic obstructive pulmonary disease and heart failure in the elderly.* *Int J Cardiol.* 2008; 125:209-215.
5. Hadi HA, Zubaid M, Al Mahmeed W, El-Menyar AA, Ridha M, Alsheikh\_Ali AA, Singh R, Assad N, Al Habib K, Al Suwaidi J. *Prevalence and prognosis of chronic obstructive pulmonary disease among 8167 Middle Eastern patients with acute coronary syndrome.* *Clin Cardiol.* 2010; 33:228-235.
6. Mascarenhas J, Azevedo A, Bettencourt P. *Coexisting chronic obstructive pulmonary disease and heart failure: implications for treatment, course and mortality.* *Curr Opin Pulm Med.* 2010; 16:106-111.
7. Curkendall SM, DeLuise C, Jones JK, Lanes S, Stang MR, Goehring EJ, She D: *Cardiovascular disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease, Saskatchewan Cana-*

- da cardiovascular disease in COPD patients. *Ann Epidemiol.* 2006; 16:63-70.
8. GOLD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI/WHO workshop report 2006.* <http://www.goldcopd.com/>.
  9. Hawkins NM, Petrie MC, Jhund PS, et al. Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: diagnostic pitfalls and epidemiology. *Eur J Heart Fail.* 2009; 11:130-139.
  10. Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, et al. International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study) : a population-based prevalence study. *Lancet.* 2007; 370:741-750.
  11. He J, Ogden LG, Bazzano LA, Vupputuri S, Loria C, Whelton PK. Risk factors for congestive heart failure in US men and women: NHANES I epidemiologic follow-up study. *Arch Intern Med.* 2001; 161:996-1002.
  12. Sin DD, Anthonisen RR, Soriano JB, Agusti AG. Mortality in COPD: role of comorbidities. *Eur Respir J.* 2006; 28:1245-1257.
  13. Huiart L, Ernst P, Suissa S. Cardiovascular morbidity and mortality in COPD. *Chest.* 2005; 128:2640-2646.
  14. Boudestein LCM, Rutten FH, Cramer MJ, Lammers JW, Hoes AW. The impact of concurrent heart failure on prognosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur J Heart Fail.* 2009; 11:182-188.
  15. Rutten FH, Cramer MJ, Lammers JW, Grobbee DE, Hoes AW. Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: an ignored combination? *Eur J Heart Fail.* 2006; 8:706-711.
  16. Lainscak M, Hodosek LM, Dürngen HD, Raunichhaus M, Douhner W, Anker SD, von Haehling S. The burden of chronic obstructive pulmonary disease in patients hospitalized with heart failure. *Wien Klin Wochenschr.* 2009; 121:309-313.
  17. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. Task Force for Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of European Society of Cardiology. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart J.* 2008; 29:2388-2442.
  18. Smith SC Jr, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC, et al. AHA/ACC, National Heart Lung and Blood Institute: AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation.* 2006; 113:2363-2372.
  19. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens.* 2007; 25:1105-1187.
  20. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1988. Sir James W. Black, Gertrude B. Elion, George H. Hitchings. [http://nobelprize.org/nobel\\_prizes/medicine/laureates/1988/black-autobio.html](http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1988/black-autobio.html)
  21. Albouaini K, Andron M, Alahmar A, Egred M. Beta-blockers use in patients with chronic obstructive pulmonary disease and concomitant cardiovascular conditions. 2007; 2(4):535-540.
  22. Frishman WH.  $\beta$ -Adrenergic blockers: a 50-year historical perspective. *Am J Ther.* 2008; 15:565-576.
  23. Reiter MJ. Cardiovascular drug class specificity: beta-blockers. *Prog Cardiovasc Dis.* 2004;47: 11-33.
  24. Kalinowski L, Dobruchi LW, Szczepanska-Konkel M, et al. Third generation beta-blockers stimulate nitric oxide release from endothelial cells through ATP efflux: a novel mechanism for antihypertensive action. *Circulation.* 2003; 107:2747-52.
  25. Wellstein A, Palm D, Belz G, et al. Reduction of exercise tachycardia in man after propranolol, atenolol, bisoprolol in comparison to betaadrenoceptor occupancy. *Eur Heart J.* 1987; 8:3-8.
  26. Farmacotherapeutisch Kompas, de online versie. <http://www.fk.cvz.nl/>.
  27. Sin DD, Man SF. Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at increased risk of cardiovascular diseases? The potential role of systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. *Circulation.* 2003; 107:1514-9.
  28. Fazio G, Giovino M, Gullotti A, Bacarella D, Novo G, Novo S. Atherosclerosis, inflammation and Chlamydia pneumonia. *World J Cardiol.* 2009; 1:31-40
  29. Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease: effects beyond the lungs. *PLoS Med.* 2010; 7:e1000220.
  30. Braunstein JB, Anderson GF, Gerstenblith G, et al. Noncardiac comorbidity increases preventable hospitalizations and mortality among Medicare beneficiaries with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2003; 16:63-70
  31. Dahlström U. Frequent noncardiac comorbidities in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2005; 7:309-316.
  32. Harrington RA, Jones K. ABC of clinical electrocardiography. Conditions affecting the right side of the heart. *BMJ.* 2002; 324:1201-1204.
  33. Gehlbach BK, Geppert E. The pulmonary manifestations of left heart failure. *Chest.* 2004; 125:669-682.
  34. Rutten FH, Moons KGM, Cramer MJ, et al. Recognising heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross sectional diagnostic study. *BMJ.* 2005; 331:1379.
  35. Boussuges A, Pinet C, Molenat F, et al. Left atrial and ventricular filling in chronic obstructive pulmonary disease. An echocardiographic and Doppler study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000; 162:670-675.
  36. Rutten FH, Cramer MJ, Zuithoff NP, Lammers JW, Verweij W, Grobbee DE, Hoes AW. Comparison of B-type natriuretic peptide assays for identifying heart failure in stable elderly patients with a clinical diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur J Heart Fail.* 2007; 9(6-7):651-9.

37. CBO-richtlijn hartfalen: Multi disciplinaire richtlijn Hartfalen 2010. [http://www.cbo.nl/Downloads/1081/rl\\_hartfalen\\_2010.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/1081/rl_hartfalen_2010.pdf).
38. CBO-richtlijn COPD: Richtlijn diagnostiek en behandeling van COPD 2010. [http://www.cbo.nl/Downloads/938/rl\\_copd\\_beh\\_onderh\\_10.pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/938/rl_copd_beh_onderh_10.pdf).
39. Hawkins NM, Jhund PS, Simpson CR, Petrie MC, MacDonald MR, Dunn FG, et al. Primary care burden and treatment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease in Scotland. *Eur J Heart Fail.* 2010; 12:1-8.
40. Komajda M, Follath F, Swedberg K, Cleland J, Aguilar JC, Cohen-Solal A, Dietz R, et al. StudyGroup on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology: The EuroHeart Failure Survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2: treatment. *Eur Heart J.* 2003; 24:464-474.
41. Groote P, Isnard R, Clerson P, et al. Improvement in the management of chronic heart failure since the publication of the updated guidelines of the European Society of Cardiology. The Impact-Reco Programme. *Eur J Heart Fail.* 2009; 11:85-91.
42. Packer M, Bristow MR, Cohn JN, et al. The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. U.S. Carvedilol Heart Failure Study Group. *N Engl J Med.* 1996; 334:1349-1355.
43. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial. *Lancet.* 1999; 353:9-13.
44. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). *Lancet.* 1999; 353:2001-2007.
45. Packer M, Coats AJ, Fowler MB et al. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med.* 2001; 344:1651-1658.
46. De BJ, Simard S, Atar D, gewall S. COPD predicts mortality in HF: the Norwegian Heart Failure Registry. *J Card Fail* 2010;16:225-229.
47. Andeas S, Anker SD, Scanlon PD, Somers VK. Neurohumoral activation as a link to systemic manifestations of chronic lung disease. *Chest.* 2005; 128:3618-3624.
48. Rutten FH, Zuithoff NP, Hak E, Grobbee DE, Hoes AW.  $\beta$ -blockers may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructief pulmonary disease. *Arch Intern Med.* 2010; 170:880-887.
49. Levine HJ. Rest heart rate and life expectancy. *J. Am Coll Cardiol.* 1997; 30:1104-1106.
50. Lin R, Peng H, Nguyen LP et al. Changes in  $\beta$ 2-adrenoceptor and other signaling proteins produced by chronic administration of ' $\beta$ -blockers' in a murine asthma model. *Pulm Pharmacol Ther.* 2008; 21:115-124.
51. Rutten FH. B-blockers and their mortality benefits: underprescribed in heart failure and chronic obstructive pulmonary disease. *Future Cardiol.* 2011; 7(1):43-53.
52. Salpeter SR, Ormiston TM, Salpeter EE. Cardioselective beta-blockers for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Systematic Reviews.* 2011. CD003566.
53. Salpeter SR, Ormiston TM, Salpeter EE. Cardioselective beta-blockers for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Systematic Reviews.* 2002. CD003566.
54. Cazzola M, Matera MG.  $\beta$ -blockers are safe in patients with chronic obstructive pulmonary disease, but with caution. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008; 178:661-662.
55. Kotlyar E, Keogh AM, Macdonald PS, Arnold RH, McCaffrey DJ, Glanville AR. Tolerability of carvedilol in patients with heart failure and concomitant chronic obstructive pulmonary disease or asthma. *J Heart Lung Transplant.* 2002; 21:1290-1295.
56. Foresi A, Cavigioli G, Signorelli G, Pozzoni MB, Olivieri D. Is the Use of  $\beta$ -Blockers in COPD Still an Unresolved Dilemma? *Respiration.* 2010; 80:177-187.
57. Hawkins NM, MacDonald MR, Petrie MC, Chalmers GW, Carter R, Dunn FG, McMurray JJV. Bisoprolol in patients with heart failure and moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Eur J Heart Fail.* 2009; 11:684-690.
58. Anderson EG, Calcraft B, Jariwalla AG, Al-Zaibak M. Persistent asthma after treatment with beta-blocking agents. *British Journal of Diseases of the Chest.* 1979; 73(4):407-8.
59. McNeill RS. Effect of a beta-adrenergic-blocking agent, propranolol, on asthmatics. *Lancet.* 1964; 2:1101-2.
60. Raine JM, PalazzoMG, Kerr JH, Sleight P. Near fatal bronchospasm after oral nadolol in a young asthmatic and response to ventilation with halothane. *British Medical Journal.* 1981; 282:548-9.
61. Zaid G, Beall GN. Bronchial response to beta-adrenergic blockade. *New England Journal of Medicine.* 1966; 275:580-4.
62. Barnes PJ. Non-adrenergic non-cholinergic neural control of human airways. *Arch Int Pharmacodyn Ther.* 1986; 280:208-228.
63. Gross NJ, skorodin MS. Anticholinergic, antimuscarinic bronchodilators. *Am Rev respire Dis.* 1984; 129:856-870.
64. Philip-Joet F, Saadjian A, Bruguerolle B, Arnaud A. Comparative study of the respiratory effects of two beta 1-selective blocking agents atenolol and bevantolol in asthmatic patients. *Eur J Clin Pharmacol.* 1986; 30(1):13-6.
65. Floras JS. Sympathetic nervous system activation in human heart failure. Clinical implications of an updated model. *J Am Coll Cardiol.* 2009; 54:375-385.
66. Dransfield MT, Rowe SM, Johnson JE, Bailey WC, Gerald LB. Use of beta-blockers and the risk of death in hospitalized patients with acute exacerbations of COPD. *Thorax.* 2008; 63:301-305.
67. Rutten FH, Vonken EJ, Cramer MJ, Moons KG, Velthuis BB, Prakken NH, et al. Cardiovascular magnetic resonance imaging to identify left-sided chronic heart failure in stable patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am Heart J.* 2008; 156:506-512.
68. Naeije R. Pulmonary hypertension and right heart failure in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc.* 2005; 2:20-22.
69. Powell CE, Slater IH. Blocking of inhibitory adrenergic receptors by a dichloro analogue of isoproterenol. *J Pharmacol Exp Ther.* 1958; 122:480-488.

70. Milne EN, Bass H. Roentgenologic and functional analysis of combined chronic obstructive pulmonary disease and congestive cardiac failure. *Invest Radiol.* 1969; 4:129 – 147.
71. Light RW, George RB. Serial pulmonary function in patients with acute heart failure. *Arch Intern Med.* 1983; 143:429 – 433.
72. Petermann W, Barth J, Entzian P. Heart failure and airway obstruction. *Int J Cardiol.* 1987; 17:207 – 209.
73. Vizza CD, Lynch JP, Ochoa LL, Richardson G, Trulock EP. Right and left ventricular dysfunction in patients with severe pulmonary disease. *Chest.* 1998; 113:576 – 583.

Correspondentieadres  
m.smit@me-doc.nl

## SAMENVATTING

COPD en hartfalen zijn beide veel voorkomende aandoeningen met grote impact op de kwaliteit van leven. Ook samen komen deze aandoeningen frequent voor, onder andere door gezamenlijke risicofactoren zoals roken en een oudere leeftijd. De combinatie van beide aandoeningen wordt echter nog te weinig herkend. Overlap in klinische symptomen speelt hierbij een belangrijke rol, maar ook door afname in betrouwbaarheid van aanvullend onderzoek (ECG, X-thorax, Echocardiografie, NT-proBNP en Spirometrie) kunnen beide aandoeningen moeilijker van elkaar worden onderscheiden.

Indien beide aandoeningen wel geconstateerd zijn bij een patiënt, blijken artsen terughoudend te zijn in het voorschrijven van bètablokkers. Hierdoor krijgt maar 20% van de patiënten met hartfalen en COPD een bètablokker. Niettemin laten zowel de theorie als de praktijk zien dat cardioselectieve bètablokkers goed worden verdragen door deze patiëntengroep. Ook de Internationale richtlijn, de Nederlandse CBO-richtlijn voor hartfalen en het farmacotherapeutisch kompas zien COPD niet als een absolute contra-indicatie voor het gebruik van bètablokkers.

## ABSTRACT

COPD and heart failure are common diseases with major impact on quality of life. These disorders frequently exist together because of shared risk factors like smoking and older age. However, the combination of diseases is insufficiently recognized. Mainly because of overlap in clinical symptoms, but also because of decreased reliability of additional tests (ECG, Chest X-Ray, Echocardiography, NT-proBNP and Spirometry).

If both conditions are detected in a patient, doctors seem to be reluctant in prescribing beta-blockers. Only 20% of the patients with heart failure and COPD receives a beta-blocker. Nevertheless, both theory and practice show that cardioselective beta-blockers are well tolerated in this patient group. National and international guidelines confirm that COPD is not seen as an absolute contraindication for the use of beta-blockers.

# Kennistoets: blaaskatheters

De richtlijn “Blaaskatheters, langdurige blaaskatheterisatie bij patiënten met complexe multimorbiditeit” is onlangs verschenen. De richtlijn is tot stand gekomen door samenwerking van deskundigen afgevaardigd door het Nederlands Huisartsen Genootschap, Verpleging en Verzorgden Nederland en Vereniging. Er is eerder gebleken dat het beleid over het gebruik van blaaskatheters nogal verschilt per zorginstelling. De richtlijn beschrijft welke zorg het beste is voor de onderhavige patiëntengroep en is primair ontwikkeld voor specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen. De richtlijn is echter ook bedoeld voor verpleegkundigen en verzorgenden.

### Vragen:

1. Welke indicaties zijn er voor blaaskatheterisatie?
2. Welke lumengrootte van katheter moet gebruikt worden bij transurethrale katheterisatie?
3. Welke beroepsbeoefenaren mogen een blaaskatheterisatie uitvoeren?
4. Bij lekkage veroorzaakt door blaascontracties is altijd anticholinergische medicatie geïndiceerd. Juist of onjuist?
5. Welke gegevens moeten ten aanzien blaaskatheterisatie minimaal in het medisch dossier geregistreerd zijn?





# Deel 1: Inleiding: Veroudering en Wetenschappelijk onderzoek in internationaal perspectief

Dr. Peter Achterberg, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, Bilthoven

Prof. dr. Wilco Achterberg, Hoogleraar Institutionele Zorg en Ouderengeneeskunde, afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

## Vooraf:

Het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* zal de komende tijd aandacht besteden aan de zorg en behandeling van ouderen in internationaal perspectief.

In dit eerste deel wordt een algemene inleiding gegeven op thema's die later behandeld zullen worden, bijvoorbeeld vanuit het perspectief van een specifiek land.

Thema's die aan de orde komen zijn:

1. Veroudering in Nederland ten opzichte van andere Europese landen (en bijvoorbeeld VS, Japan)
2. Zorggebruik in Nederland ten opzichte van andere landen
3. Inrichting medische zorg ten opzichte van andere landen (organisatie, attitude ten opzichte van levenseinde)
4. Wetenschappelijk onderzoek

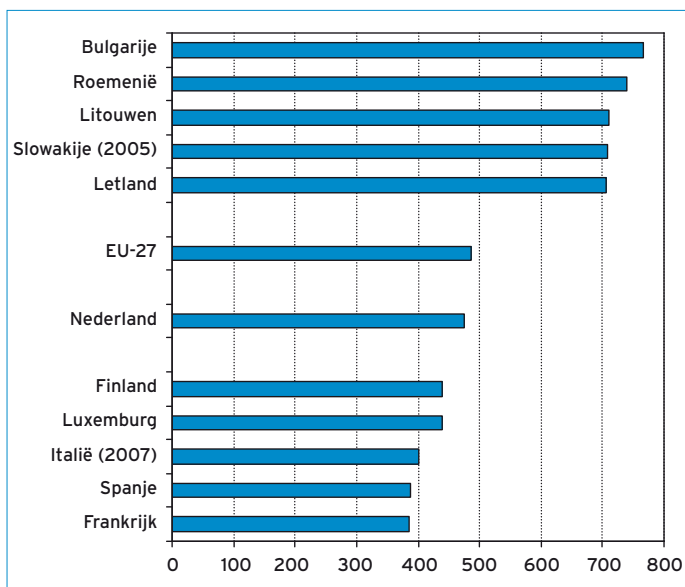
## INLEIDING

### *Almaar ouder?*

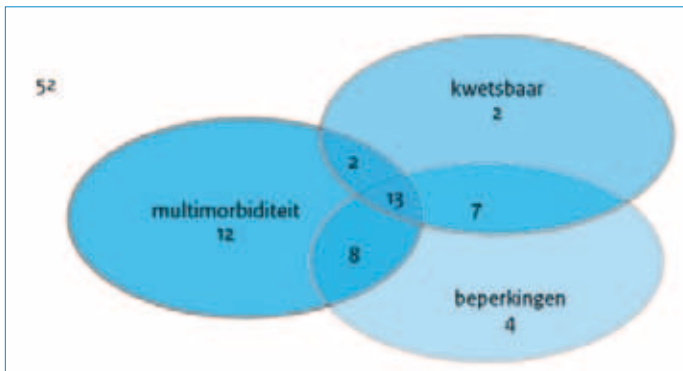
De vorige eeuw heeft zich gekenmerkt door een explosieve groei van de gemiddelde levensverwachting. Daardoor is het aantal ouderen en oudste ouderen zowel absoluut als relatief enorm gestegen. Zelfs recent is de Nederlandse levensverwachting nog vrij spectaculair omhoog gegaan: tussen 2003 en 2008 is deze met meer dan twee jaar gestegen tot 78,3 jaar voor mannen en 82,3 jaar voor vrouwen.<sup>1</sup> Zo'n snelle stijging was er sinds 1945 niet meer geweest. Ook in andere Europese landen stijgt de levensverwachting de laatste jaren snel. De oorzaken zijn waarschijnlijk divers, maar in elk geval heeft de daling van de sterfte aan hart- en vaatziekten (denk hierbij aan de interventiecardiologie en trombolysie bij CVA) hier een grote rol in gespeeld. Naar verwachting zal de levensverwachting in Nederland tot 2050 nog verder toenemen met een jaar of zes.<sup>1</sup>

### *Allemaal ouder?*

De laatste jaren was er nogal wat discussie over de vraag waarom de levensverwachting in Nederland minder sterk groeide dan die in andere Europese landen. Een van de elementen was dat de sterfte met name onder vrouwen in Nederland relatief hoog is. De gestandaardiseerde sterfte was in 2006 in Nederland voor mannen bijna gelijk aan het gemiddelde in de EU-15 (de EU vóór 2004, dat wil zeggen de 'rijkere' EU-landen). De meest gunstige sterfte voor mannen vinden we in Italië en Zweden. De Nederlandse vrouwen zitten wat betreft de totale sterfte aan de ongunstige kant van het gemiddelde, als we vergelijken met de EU-15. Zelfs als we vergelijken met de EU-27, waarbij dus ook de nieuwste EU-landen (met vaak lage levensverwachting!), ligt de sterfte van onze vrouwen slechts rond het gemiddelde. Het rookgedrag van Nederlandse vrouwen speelt hier waarschijnlijk een belangrijke rol. De sterfte bij vrouwen is het gunstigst in Frankrijk, Spanje en Italië (zie figuur 1), mogelijk mede ten gevolge van het gezonde 'mediterrane dieet'.<sup>2</sup>



Figuur 1: EU-27-landen met de hoogste en de laagste totale sterfte (per 100.000) in 2008, bij vrouwen; gestandaardiseerd naar de Europese bevolking (Bron: WHO HFA database 2011), met dank aan EA van der Wilk, RIVM.



Figuur 2: het percentage ouderen met multimorbiditeit, kwetsbaarheid en/of beperkingen bij zelfstandig thuiswonende ouderen, bron SCP 2011.

Ondanks de genoemde opmars in levensverwachting tussen 2003 en 2008 is Nederland nog niet terug in de top van Europa, met name vanwege de achterblijvende levensverwachting van vrouwen. De levensverwachting van Nederlandse vrouwen is 82,3 jaar en ligt daarmee nog maar net boven het gemiddelde in de Europese Unie.

#### Ziekte, beperkingen, kwetsbaarheid

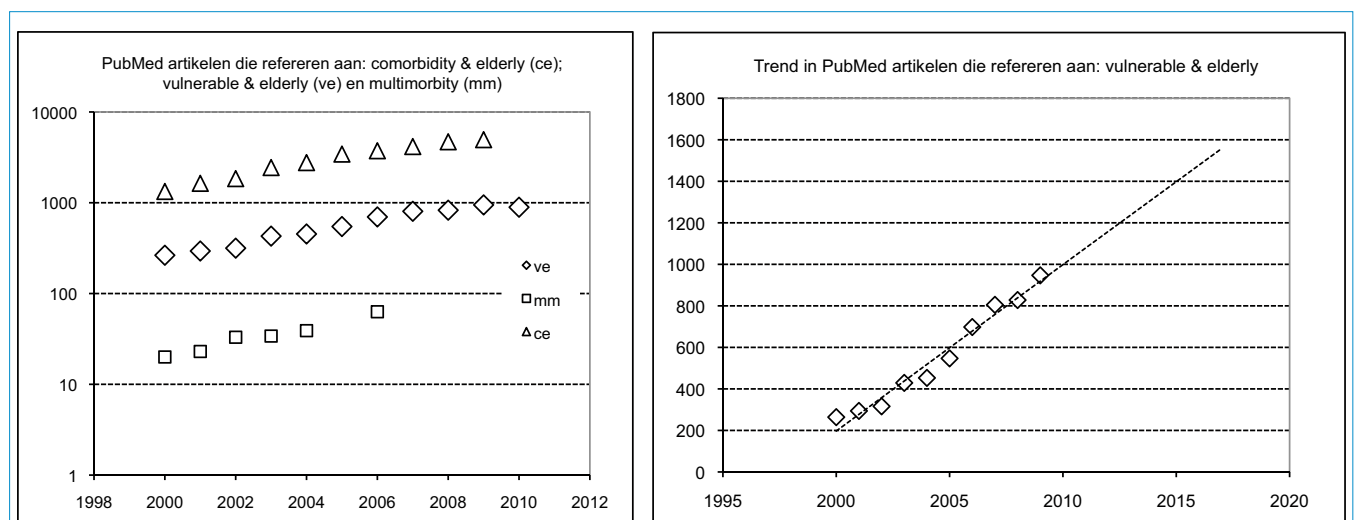
Met het stijgen van de levensverwachting neemt het aantal chronische ziekten en beperkingen toe. Dertien procent van alle Nederlanders heeft nu een lichamelijke beperking, waarbij beperkingen in bewegen het meeste voorkomt. Eén op de drie chronisch zieken heeft nu twee of meer aandoeningen. De groep die vroeger werd aangeduid als ‘oud en der dagen zat’, wordt de laatste decennia (inter)nationaal door diverse nieuwe begrippen omschreven. Dit om de verschillen aan te geven met een gezonde, actief in de maatschappij participerende ‘controlegroep’ van ouderen. Men spreekt over: multimorbiditeit, kwetsbaarheid (frailty, vulnerability), beperkingen etc. Op nationaal niveau kreeg het onderwerp multimorbiditeit vorig jaar ook aandacht in de VTV2010 (Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010) van het RIVM.<sup>1</sup> Eerder had dit onderwerp onder de noemer comorbiditeit al nationale aandacht gekregen in een Nederlands review.<sup>3</sup>

Recent heeft het SCP (Sociaal Cultureel Planbureau) op heldere wijze de verschillen en overeenkomsten besproken tussen deze begrippen.<sup>4</sup> De door het SCP gebruikte definitie: “**Kwetsbaarheid** bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden); **Functiebeperkingen** zijn te definiëren als de moeilijkheden die iemand ondervindt bij het uitvoeren van activiteiten; multimorbiditeit (ook wel comorbiditeit genoemd) is het hebben van meer dan één aandoening.”<sup>4</sup> Deze begrippen overlappen elkaar ten dele (zie figuur 2).

#### Positie kwetsbare ouderen in het (inter)nationaal wetenschappelijk onderzoek

Als we in Nederland spreken over onderzoek rond ‘kwetsbare ouderen’ is het interessant om te zien in hoeverre dit ‘issue’ ook internationaal door gezondheidsonderzoekers gedeeld wordt. We hebben naar een antwoord gezocht door te zoeken in PubMed op de term ‘**vulnerable elderly**’. Dit leverde (29 maart 2011) al 133 hits op voor het aantal publicaties uit het jaar 2011. In 2010 waren dat er 893, in 2009 947, in 2008 828, in 2007 805, in 2006 698, in 2005 547, in 2004 453, in 2003 429, in 2002 316 in 2001 294 en in 2000 264 (figuur 3). Dit betekent dat er in de internationale literatuur sinds 2000 al meer dan 6450 publicaties expliciet aan het onderwerp ‘vulnerable elderly’ gewijd waren. Dat aantal neemt jaarlijks verder lineair toe. Als we de lichte daling in 2010 ten opzichte van 2009 als een toevalsfluctuatie beschouwen (mogelijk veroorzaakt door onvolledige registratie van alle artikelen uit 2010- omdat de indexering in Pubmed soms enkele maanden kan duren) en dit dus geen trendbreuk aankondigt, zal het aantal publicaties over ‘vulnerable elderly’ richting 2020 toenemen tot 1600 à 1700 per jaar (figuur 3).

Zoeken we in PubMed op de combinatie ‘vulnerable elderly’ en ‘Netherlands’ dan vinden we in de periode vanaf



Figuur 3: aantal hits op een PubMed search naar Comorbidity, vulnerable elderly en comorbidity (links), en verwachte trend in het aantal publicaties naar vulnerable elderly naar 2020.

2000 tot nu toe 180 publicaties uit of over Nederland. Dat is ongeveer 2,8% van het totale aantal internationaal verschenen wetenschappelijke artikelen. Daarvan waren er 110 uit de periode van 2007 t/m 2010, waarin de totale internationale productie 3473 artikelen bedroeg en 'Netherlands' 3,1% bijdroeg. Dit suggereert dat er in 2020 van het Nederlandse onderzoeksveld verwacht wordt dat er in dat jaar weer minstens 3% van 1600 tot 1700 te verwachten artikelen geproduceerd gaan worden, dat is dus ongeveer 50 Nederlandse artikelen per jaar over kwetsbare ouderen in internationale tijdschriften. Een prachtig vooruitzicht.

Een begrip dat de laatste jaren wetenschappelijk gezien nog meer in de belangstelling staat, is 'frailty'. Het aantal publicaties over 'frail elderly' (frail OR frailty AND elderly) is in PubMed toegenomen, van 94 in 1990, 353 in 2000, 511 in 2005 en 638 in 2010. Voor Nederland waren de cijfers respectievelijk 4, 18, 18 en 32. De Nederlandse bijdrage lijkt ook hier stabiel tussen 3,5% en 5%, met een licht groeiende trend.

Een ander belangrijk onderwerp van onderzoek is **multimorbiditeit**. Zoeken in PubMed op 'multimorbidity' levert voor de periode 2000 t/m 2010 een totaal van 251 hits op. Daarvan in de periode 2005 t/m 2010 respectievelijk 20, 23, 33, 34, 39 en vorig jaar 69 artikelen en tot 29 maart 2011 inmiddels al 18. Hier lijkt dus sprake van een nog sterkere groei. Maar hier past ook een waarschuwing, omdat er mogelijk sprake is van een verandering van taalgebruik. Zoeken naar 'comorbidity and elderly' levert voor de periode 2000-2010 een totaal van 26236 hits op, waarvan in 2010 alleen al een aantal van 3837. Daarvan 165 met keyword 'Netherlands' ofwel 4,3%. Ook publicaties over 'comorbiditeit

en ouderen' stijgen dus nog sterk.

Het aantal PubMed publicaties met **nursing home** (of nursing homes) steeg van 1689 in 1990, 1815 in 1995, 2091 in 2000, 2412 in 2005 tot 2441 in 2010. Het percentage hits met daarbij het keyword 'Netherlands' steeg in die periode gestaag: 1,1% (18 hits), 1,8% (33), 2,5% (52), 3,4% (81) tot 4,6% (111) in 2010.

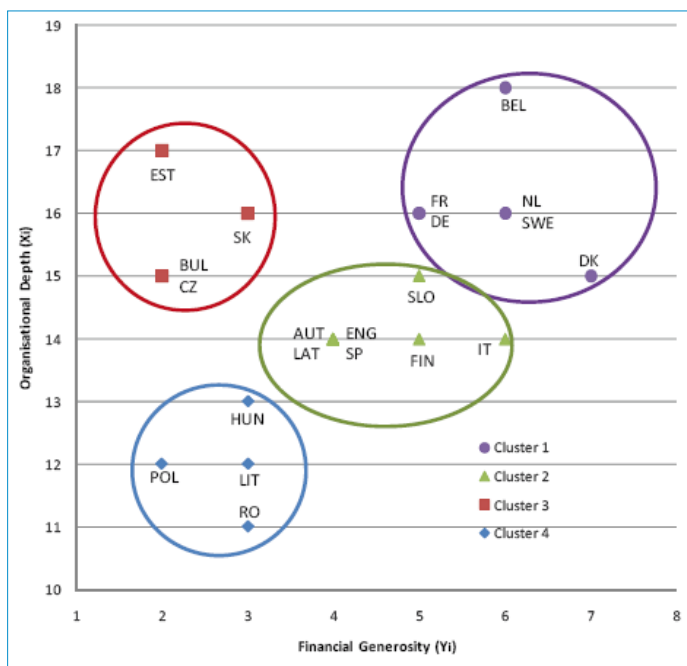
De onderzoeksoutput op bovengenoemde 'ouderen' onderwerpen neemt dus zowel internationaal als in Nederland nog sterk (vaak lineair) toe. Dat is een goede zaak, als deze outputvoorspelling tenminste door voldoende financieringsmogelijkheden ondersteund wordt.

*Enkele gegevens over kwaliteit en kwantiteit van Nederlandse zorgvoorzieningen*

Nederlanders zijn over het algemeen tevreden over hun gezondheidsvoorzieningen, zo blijkt regelmatig uit (inter)nationale enquêtes. De voorzieningen zijn grosso modo ook van een goed niveau, en bij internationale vergelijkingen spelen we structureel mee in de kopgroep. Zo werden we 'kampioen' bij een internationaal vergelijkend onderzoek van de Common Wealth Fund, dat concludeerde: "Among the seven nations studied – Australia, Canada, Germany, the Netherlands, New Zealand, the United Kingdom, and the United States – the U.S. ranks last overall, as it did in the 2007, 2006, and 2004... Most troubling, the U.S. fails to achieve better health outcomes than the other countries, and as shown in the earlier editions, the U.S. is last on dimensions of access, patient safety, coordination, efficiency, and equity. The Netherlands ranks first, followed closely by the U.K. and Australia. The 2010 edition includes data from the seven countries and incorporates patients' and physicians' survey results on care experiences and ratings on various dimensions of care."<sup>5</sup>

Echter, niet altijd zijn wij de nummer één. Onder andere op het gebied van de palliatieve zorg hebben wij nog wel een weg te gaan. In juli 2010 publiceerde the Economist een vergelijkend onderzoek naar de kwaliteit van sterven, waar wij slechts 7<sup>e</sup> van de 40 werden.<sup>6</sup> Bij een vergelijking naar palliatieve zorg faciliteiten eindigden wij op een 4<sup>e</sup> plaats, van 27 Europese collega's.<sup>7</sup>

ANCIEN is een onderzoeksproject, gefinancierd door de EU, met 20 partners, waaronder voor Nederland het CPB.<sup>8</sup> ANCIEN houdt zich bezig met de toekomst van de langdurige ouderenzorg in Europa en met de vraag welke verschillen er zijn tussen deze verschillende systemen. Nu al zijn er van de 'long term care' van de deelnemende landen uitgebreide beschrijvingen beschikbaar via de ANCIEN-website.<sup>8</sup> Ook zijn er al verschillende vergelijkingen gemaakt, waarbij opvalt dat Nederland het op diversie terreinen in de langdurige zorg voor ouderen goed doet. In figuur 4 is te zien dat de België, Nederland, Zweden, Denemarken, Duitsland en Frankrijk goed scoren op organisatie van de langdurige zorg, en financiële generositeit. België heeft volgens deze vergelijking de beste organisatie, er is een uitstekende toegankelijkheid tot publiek gefinancierde langdurige zorg



Figuur 4: indeling in kwaliteit van financiering en organisatie van de langdurige ouderenzorg in Europa, bron ANCIEN.<sup>8</sup> Roemenie heeft de slechtste, en België de beste organisatie van langdurige zorg (onder andere goede toegankelijkheid en keuzevrijheid), Denemarken is financieel het meest generoos (onder andere door weinig eigen bijdragen), Polen, Estland en Bulgarije het minst.

voorzieningen en de meeste keuze vrijheid. Denemarken wordt als meest financieel genereus gezien, ook al is de staatsuitgave van 1,7% van het BNP niet het hoogste van Europa (In Nederland is dat 2,5%, in Zweden zelfs 3,5%). Dit wordt veroorzaakt door de uitgebreidere eigen bijdragen die in Zweden in Nederland worden gevraagd.

## CONCLUSIE

De Nederlander wordt, net als zijn burens in de ontwikkelde wereld, vaker ouder en kwetsbaarder. Op het gebied van veroudering, organisatie en financiering van zorg, wetenschappelijk onderzoek, omgaan met ethische aspecten, etc. is het interessant om onze strategie en prestaties te vergelijken met andere landen. Zodat we kunnen 'leren van de burens'.

In de komende afleveringen van 'Oud en der dagen zat: Gluren bij de Burens' zullen we een aantal van de aange-stipte themata verder uitdiepen. Zo volgen er artikelen over de verpleeghuiszorg in andere landen (onder andere Duitsland), over infecties in Europese verpleeghuizen (de HALT-studie), over de organisatie en financiering in andere landen, over kwaliteit in Europese 'long term care' voorzieningen, en natuurlijk zullen wij ook aandacht besteden aan levensindezorg en de medische zorg in andere landen.

## LITERATUUR

- 1 Van der Wilk, EA en Schellevis FG. *Multimorbiditeit en aanbod van zorg*. In: Luijben AHP en Kommer GJ. eds. *Tijd en toekomst. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter*. RIVM-rapport: 270061008, RIVM, Bilthoven, 2010.
- 2 [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl).
- 3 Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG et al. *Causes and*

*consequences of comorbidity: A review*. *J Clin Epidemiol* 2001; 54:661-674.

- 4 *Kwetsbare ouderen*. Cretien van Campen (red.), *Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2011* (<http://www.scp.nl/dsresource?objectid=27484&type=org>).
- 5 Karen Davis, Cathy Schoen, and Kristof Stremikis. *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*, 2010 Update, *Common Wealth Fund, June 2010*.
- 6 <http://www.eapc-taskforce-development.eu/documents/taskforce/madrid0508.pdf>.
- 7 *The quality of death Ranking end-of-life care across the world, the Economist Intelligence Unit* ([www.eiu.com/sponsor/lienfoundation/qualityofdeath](http://www.eiu.com/sponsor/lienfoundation/qualityofdeath)).
- 8 <http://www.ancien-longtermcare.eu/>.

### Correspondentieadres

[peter.achterberg@rivm.nl](mailto:peter.achterberg@rivm.nl) of [w.p.achterberg@lumc.nl](mailto:w.p.achterberg@lumc.nl)

## SAMENVATTING

Nederland vergrijsst en het aantal ouderen en oudste ouderen zal de komende decennia nog veel verder toenemen. Daarmee zal eveneens het aantal 'kwetsbare' ouderen en ouderen met 'multimorbiditeit' sterk toenemen. Ook het wetenschappelijk onderzoek naar dergelijke patiënten, die veelal in verpleeghuizen verblijven, neemt in omvang toe. Dit is al enige tijd te zien aan het toenemend aantal publicaties, ook uit Nederland, waarin de bijbehorende 'keywords' voorkomen.

Dit artikel laat de internationale toename in ouderonderzoek zien, alsmede het aandeel dat Nederland in dergelijk onderzoek voor zijn rekening neemt. De komende tien jaar lijkt een verdubbeling van de Nederlandse onderzoeksoutput te verwachten. Verder neemt ook de aandacht voor internationale vergelijking van ons zorgsysteem toe, en zijn er internationale projecten en vergelijkende studies waarin we de Nederlandse situatie en het Nederlands zorgsysteem met andere landen (niet alleen de Europese Unie) vergelijken. We doen het soms goed, soms iets minder. Het blijft echter altijd interessant om het eigen presteren en functioneren in internationaal perspectief te zetten en naar leerpunten te zoeken.

## SUMMARY

The Netherlands is aging, and the number of elderly people and oldest old will increase strongly in the next decades. Therefore, the number of vulnerable or frail elderly, and elderly with multimorbidity will also increase. Also research into these elderly, which often reside in long term care facilities, is increasing. The number of pubmed publications, also from the Netherlands, reflects this trend.

This article shows the increase in elderly research, and the part Dutch researchers have in this research. In the next ten years, we expect (based on the last 10 years) a 100% increase in Dutch research into vulnerable/frail elderly people. Furthermore, there is a rising international awareness about the specifics of our long term care system. Several comparison studies have ranked our system in comparison to other (not only EU) countries. The Netherlands appear to do well often, sometimes other countries perform better. It is a challenge to search for improvements in our long term care system in international perspective.

# Fasciitis necroticans in het verpleeghuis

Drs. Hans van Overbeeke, specialist ouderengeneeskunde, Stichting Saffier De Residentiegroep, Den Haag

Drs. Eric de Coster, arts M&G, GGD Den Haag

## CASUSSEN

Binnen een paar dagen tijd overleden op één afdeling in een groot psychogeriatrisch verpleeghuis drie patiënten. Twee overleden in het ziekenhuis en één in het verpleeghuis.

Patiënt A is een 88-jarige man, opgenomen op een afdeling in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Hij heeft een dementiesyndroom, waarschijnlijk M. Alzheimer met een vasculaire component. Omdat hij thuis regelmatig viel, werd hij in het verpleeghuis opgenomen. Ook op de afdeling is hij regelmatig gevallen. Op een dag had hij bij een val een ontvelling op bovenarm en schouder opgelopen. In de loop van de dag ontwikkelde hij koorts en 's nachts werd hij septisch. Korte tijd later overleed patiënt A. Bij het overlijden werd op de arm een groot haematoom, met aan de randen uitgebreide necrose, gevonden.

Patiënt B is een 82-jarige man van dezelfde afdeling. Sinds een halfjaar is hij opgenomen met dementie, waarschijnlijk M. Alzheimer, vanwege toegenomen zorgbehoefte en frequent vallen. Verder is hij bekend met een DM, prostaatcarcinoom en recidiverende urineweginfecties. In de nacht ontwikkelde patiënt B koorts, 38,7 °C. Bij onderzoek werd een erysipelas aan het been gevonden. Heel snel werd patiënt septisch en met spoed in het ziekenhuis opgenomen. De dag daarna overlijdt hij in het ziekenhuis. Uit het bloed wordt een hemolytische Streptokok A gekweekt.

Patiënt C is een 80-jarige man, ook van dezelfde afdeling. Hij is opgenomen met cognitieve stoornissen waarschijnlijk M. Alzheimer. Somatisch is het een gezonde man. Op



Figuur 1.

een dag wordt de afdelingsarts in consult gevraagd vanwege een spontaan ontstane pijnlijk gezwollen enkel. De arts ziet zowel op laterale en mediale malleolus haematomen en op voorvoet kleine oppervlakkige huidwondjes. Zowel patiënt als verzorging geven aan dat er geen trauma is geweest. 's Nachts wordt de dienstdoende arts gewaarschuwd omdat patiënt plots kortademig is geworden met hoge koorts, een lage bloeddruk en een hoge pols. Bij onderzoek vindt de arts op de voet grote necrotische (bloed)blaren. Patiënt wordt met een sepsis opgenomen in het ziekenhuis, waar hij de volgende dag overlijdt. Ook bij deze patiënt wordt uit bloed een hemolytische Streptokok A gekweekt.

## FASCIITIS NECROTICANS

Fasciitis necroticans is bekend als een infectie van de subcutis die veroorzaakt wordt door groep A Streptokok (hemolytische Streptokok of Streptococcus pyogenes). Vaak is er sprake van een menginfectie met aerobe en anaerobe bacteriën. Vroege symptomen zijn pijn en hoge koorts, gevolgd binnen 2-4 dagen met oedeem en roodheid. Als de infectie zich in de subcutis uitbreidt, ontstaan er blaren gevuld met een vuil bruinzwarte ('dishwater fluid') vloeistof en wordt de huid necrotisch. De patiënt wordt dan snel septisch en overlijdt. De infectie begint bij een klein huiddefect, een schaafwond, na een chirurgische ingreep of bij een huidinfectie (dermatomycose). Immuun gecompromitteerde patiënten, diabetes, een hoge leeftijd of corticosteroid gebruik zijn predisponerende factoren. Het verloop is snel en aanvullende diagnostiek geeft vertraging en zal de prognose verslechteren. Een acute chirurgische ingreep met necrotomie van de aangedane huid en de onderlagen is essentieel voor de behandeling.

## MELDINGSPLICHTIGE ZIEKTE

Een invasieve infectie met een groep A-Streptokok (iGAS) is een B2 meldingsplichtige ziekte volgens de wet publieke gezondheid. De ziekte wordt bij de GGD gemeld. De GGD doet contactonderzoek en schrijft volgens de richtlijnen van Landelijk Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) aan huishoudcontacten profylactisch antibiotica voor. Naast deze profylaxe moet men alert zijn op mogelijke streptokokkeninfecties.

## FASCIITIS NECROTICANS IN HET VERPLEEGHUIS

Fasciitis necroticans is een zeldzame aandoening. Dat meerdere patiënten op een afdeling in een verpleeghuis hieraan overlijden is nog niet eerder in de literatuur beschreven. Bij

## BINNENLANDSE SIGNALLEN

### Invasieve groep A-streptokokken in verpleeghuis

In een verpleeghuis in het westen van het land zijn 2 bewoners bij wie een infectie met invasieve groep A-streptokokken (GAS) is aangetoond. Beide patiënten zijn met een septicus beeld overleden. De geïsoleerde stammen zijn naar het RIVM-LIS gestuurd voor verdere typering. Twee andere bewoners zijn tevens overleden met een klinisch beeld lijkend op fasciitis necroticans cq erysipelas. Bij hen is geen kweek afgenomen. Al deze patiënten zijn tussen 28 januari en 4 februari van dit jaar ziek geworden. Aan kamergenoten is chemoprophylaxe aangeboden en er is een verhoogde surveillance voor nieuwe gevallen. Uit eerdere surveillance data van het RIVM blijkt dat de meldingen van groep A-streptokokken in deze tijd van het jaar vaker verhoogd kunnen zijn. Op dit moment is er geen laboratoriumsurveillance meer van GAS. De inzending van isolaten voor typering naar het RIVM-LIS gebeurt op vrijwillige basis. Hierdoor is het voor het LIS moeilijker om een duidelijk seizoenseffect te zien. Wel is er nog een constante surveillance via laboratoria die GAS schriftelijk melden via de Laboratorium Surveillance Infectieziekten (LSI).

### Invasieve groep A-streptokokken in verpleeghuis (vervolg)

Vorige week werden in dit overzicht twee sterfgevallen in een verpleeghuis beschreven door een infectie met invasieve groep A-streptokokken (GAS). De isolaten van beide patiënten zijn op het LIS van het RIVM getypeerd als T-type 1. Ook bij een derde patiënt is inmiddels T-type 1 gevonden. T-type 1 is over het algemeen het meest voorkomende type (33% van alle isolaten 2005-2010 betrof type 1). De epidemiologische link tussen de patiënten maakt onderlinge verwantschap waarschijnlijk. Invasieve GAS infecties zijn sinds december 2008 meldingsplichtig.

Figuur 2. Wekelijks overzichten infectiesignalen 10 en 17 februari 2011, bron: RIVM

patiënt B en C is de groep A Streptokok gekweekt. Patiënt A overleed waarschijnlijk aan een streptokokkeninfectie, maar bij hem zijn geen kweken afgenomen. Bij dossieronderzoek werd retrospectief nog een vierde patiënt gevonden, die mogelijk een maand eerder ook overleden is aan een Fasciitis necroticans. Daarnaast werd uit een open wond bij een vijfde patiënt een groep A Streptokok gekweekt met eenzelfde typering.

## RICHTLIJN IGAS VAN HET RIVM/LCI

De richtlijn van LCI is geschreven voor de thuissituatie, een richtlijn voor (een cluster van) iGAS infectie in het verpleeghuis bestaat niet.

De belangrijkste punten in de richtlijn zijn gericht op nauwe contacten van de patiënt. De adviezen behelzen het verstrekken van informatie, het vroegtijdige onderkennen van symptomen en het geven van antibiotica profylaxe aan 'huishoudcontacten'.

## BESLISMOMENTEN BIJ HET BELEID VAN DE UITBRAAK VAN IGAS IN HET VERPLEEGHUIS:

- Wie moeten er geselecteerd worden in 'huishoudcontacten'?
- Welke antibiotica moeten worden voorgeschreven als profylaxe?
- Hoe kunnen personeelsleden het best geïnformeerd worden?
- Hoelang moet de periode van verscherpte alertheid zijn?

De discussie werd belangrijk toen bleek dat kort nadat de derde patiënt overleed één van de verzorgenden met spoed in het ziekenhuis werd opgenomen met een beeld van een Fasciitis necroticans. Zij werd met spoed geopereerd en is langdurig nabehandeld op de IC. De verzorgende was alert op de symptomen, omdat wij in een vroeg stadium iedereen uitgebreid geïnformeerd hadden.

Uiteindelijk hebben we in het verpleeghuis ervoor gekozen alle bewoners en personeelsleden van de afdeling profylaxe voor te schrijven. Tevens werden familieleden van de overleden patiënten en van patiënten met een vermoedelijke iGAS via de GGD profylaxe verstrekt. In overleg met de arts van de GGD is gekozen voor Azytromycine (zie richtlijn RIVM/LCI).

Verder is door middel van mondelinge informatie en schriftelijk per brief en mail gewezen op:

- Goede hygiëne (handhygiëne, kledinghygiëne en dergelijke).
- Alert zijn op symptomen (keelpijn, infectieuze huidaan- doeningen en dergelijke).
- Laagdrempelig voorschrijven van antibiotica bij patiënten met symptomen.

Op basis van de LCI richtlijn is een periode van 30 dagen met verhoogde alertheid voldoende.

## LITERATUUR

- 15-11-2005 (DVZ) - [www.huidziekten.nl](http://www.huidziekten.nl).
- Vlaminckx B.J.M., Schellekens J.F.P. Invasieve groep A-streptokokkeninfecties en profylaxe voor contacten. *Tijdschrift voor infectieziekten* 2007;vol. 2 nr 5:162-167.
- Roosink M.E.C. Fasciitis Necroticans. *NTvG studenteneditie* 2003; juni 6 (2):31-33.
- Richtlijn RIVM/LCI: <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:8322&type=org>.

### Correspondentieadres

[h.vanoverbeeke@saffierderesidentie.nl](mailto:h.vanoverbeeke@saffierderesidentie.nl)

# Een handreiking voor familie en naasten over zorg rond het levenseinde bij dementie

Dr. ir. Jenny T. van der Steen, epidemioloog, senior onderzoeker<sup>1,2,3</sup>

Drs. Tjonne de Graas, specialist ouderengeneeskunde<sup>4</sup>

Prof. M. Arcand, arts, hoogleraar huisartsgeneeskunde<sup>5</sup>

Prof. dr. Cees Hertogh, specialist ouderengeneeskunde, ethicus, hoogleraar ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, VU medisch centrum, Amsterdam

<sup>2</sup> afdeling Verpleeghuisgeneeskunde, VU medisch centrum Amsterdam

<sup>3</sup> afdeling Sociale Geneeskunde, VU medisch centrum Amsterdam

<sup>4</sup> Evean, Zaandam.

<sup>5</sup> Department of Family Medicine, University of Sherbrooke, Sherbrooke

Bij dementie, en zeker in de latere stadia, moeten er regelmatig besluiten worden genomen over behandelingen ten aanzien van verlichting van symptomen en mogelijk invasieve behandeling en ziekenhuisopname. Familieleden van mensen met dementie zijn vaak betrokken bij de zorg en besluitvorming over behandeling. Zij kennen vaak het natuurlijke beloop van dementie en de behandelmogelijkheden niet.<sup>1,4</sup> Onderzoek onder patiënten met kanker heeft laten zien dat naarmate het levenseinde nadert, juist familieleden vaak meer informatie wensen.<sup>5</sup> Informeren van familieleden gebeurt veelal in verschillende stappen, en kan op verschillende manieren gebeuren, waaronder met ondersteuning door schriftelijk materiaal.<sup>4,6</sup>

Sommige verpleeghuizen hebben hiertoe schriftelijk informatiemateriaal ontwikkeld om familieleden van verpleeghuisbewoners met dementie te informeren over levenseindezorg. In enkele landen zijn brochures ontwikkeld voor een groter verspreidingsgebied, zoals in Australië<sup>7</sup> (2007) en in de VS<sup>8</sup> (2010). Voor zover ons bekend werd de eerste handreiking om te verspreiden buiten het eigen instituut in 2005 in Franstalig Canada gepubliceerd, in het Frans en Engels.<sup>9</sup> Deze handreiking is geschreven vanuit het perspectief van een palliatieve benadering van de zorg en behandeling in gevorderde stadia van dementie en is gebaseerd op kwalitatief onderzoek onder familieleden in Canada.<sup>10,11</sup> De handreiking is opgezet volgens een vraag en antwoordstructuur. Box 1 geeft de vragen aan die de handreiking beantwoordt.

Wij hebben de handreiking in 2008 vertaald en waar nodig aangepast aan de Nederlandse situatie.<sup>12</sup> De voornaamste aanpassingen betroffen ethische en juridische aspecten, zoals de regelingen inzake patiëntenrechten, de positie van naasten, de professionele relatie tussen arts en andere zorgverleners, en de normering van beslissingen rond het levenseinde (euthanasie, palliatieve sedatie). Tenslotte voerden wij



veel kleine aanpassingen door ten aanzien van de stijl om tot een meer Nederlandse verteltrant te komen.

Via contacten die wij en ook prof. Arcand hadden met onderzoekers in andere landen, is een internationaal team ontstaan waardoor de handreiking ook in het Italiaans en Japans is verschenen, en er evaluatieonderzoek is verricht in deze landen. Over de resultaten van het evaluatieonderzoek is elders gepubliceerd.<sup>13-16</sup> In het kort werd de handreiking goed ontvangen door specialisten ouderengeneeskunde en verzorging/verpleging. Familieleden die de handreiking beoordeelden na het overlijden van hun dierbare waren nog positiever.<sup>15</sup> Bijna alle (93%) van de familieleden had de handreiking graag zelf eerder gehad willen hebben, en unaniem vonden de 59 familieleden in het onderzoek dat er in het algemeen behoefte is aan zo'n handreiking.<sup>14</sup> Uit het commentaar dat kon worden gegeven bij open vragen, volgden concrete ideeën voor verbetering. Zo werd er regelmatig commentaar geleverd op het leesniveau. Wij hebben daarop hulp ingeschakeld van taalkundigen, wat leidde tot een vereenvoudiging van de tekst in de herziene versie. Verder hebben wij de meer medisch getinte handreiking niet, zoals

**Gezondheidsproblemen en behandelingen in de laatste fase van dementie**

1. Welke problemen zijn er in de laatste fase?
2. Wat kan het zorgteam doen aan eet- en drinkproblemen?
3. Wat kan het zorgteam doen, als de patiënt longontsteking krijgt?
4. Moet de patiënt antibiotica krijgen bij een infectie?
5. Wanneer wordt een patiënt met ernstige dementie in een ziekenhuis opgenomen?
6. Wel of niet reanimeren bij een hart- of ademstilstand?

**Ongemak, pijn en onrust rond het levenseinde verlichten**

7. Wat zijn de meest voorkomende symptomen in de laatste fase van dementie?
8. Hoe gaat het zorgteam om met ademhalingsproblemen?
9. Hoe wordt een moeilijke en luidruchtige ademhaling door slijmvorming behandeld?
10. Wat zijn tekenen van pijn bij iemand die zich niet kan uiten?
11. Hoe kan pijn worden verlicht?
12. Kan morfine de dood veroorzaken?
13. Hoe kan angst of onrust worden verlicht?
14. Blijft het noodzakelijk om andere medicijnen toe te dienen of bijvoorbeeld bloeddruk, temperatuur en bloedsuikerspiegel te controleren?
15. Hoe voelt de patiënt zich, als hij niet meer drinkt of eet?
16. Waarom wordt er geen infuus geplaatst?
17. Wat te doen als een patiënt al een voedingssonde heeft?
18. Hoe lang leeft een patiënt die niet meer drinkt of eet?
19. Wat is palliatieve sedatie?

**Beslissingen rond het levenseinde**

20. Hoe worden (medische) beslissingen rond het levenseinde genomen?
21. Welke rol speelt de vertegenwoordiger van de patiënt in de besluitvorming?
22. Wat te doen bij een meningsverschil of twijfel?
23. Laten wij de patiënt aan zijn lot over, als hij niet meer wordt behandeld?
24. Zijn er levensbeschouwelijke bezwaren tegen de beslissing om een levensverlengende behandeling te stoppen of niet te geven?
25. Is euthanasie mogelijk?

**Van de laatste momenten tot na het overlijden**

26. Wat kunt u doen, als de patiënt niet langer bij kennis en stervende is?
27. Hoe zien de laatste momenten eruit?
28. Wat gebeurt er na het overlijden?

Box 1. Vragen beantwoord in de handreiking (herziene versie 2011)

gesuggereerd, aangevuld met informatie over bijvoorbeeld omgaan met gedragsproblemen, om de omvang beperkt en de focus op levenseindezorg te houden. Wel hebben wij het onderwerp beter geïntroduceerd, en verwezen naar andere informatiebronnen waar het gaat over zaken als omgaan met probleemgedrag.

Wat betreft voorkeuren voor gebruik van de handreiking, bevestigden zowel familieleden als zorgverleners een rol voor zorgverleners in het gebruik van de handreiking. Het is daarbij goed te bedenken dat familieleden daarbij in gelijke mate dachten aan verzorgenden/verpleegkundigen als aan artsen, terwijl de specialist ouderengeneeskunde hier net zo goed een rol voor verzorgenden/verpleegkundigen zagen weggelegd, maar dit bovenal een taak voor zichzelf vonden.<sup>15</sup> Een deel van de familieleden gaf aan de handreiking al voor opname te willen ontvangen. Dat wordt mogelijk door daarnaast de handreiking ook zonder tussenkomst van zorgverleners beschikbaar te stellen, volgens de wens van de helft van de

zorgverleners en familieleden.<sup>15</sup> Mogelijk heeft de handreiking ook een functie bij het informeren van familieleden die minder betrokken zijn bij de patiënt.<sup>17</sup> Verder onderzoek is gewenst naar het gebruik van de handreiking bij het vroegtijdig plannen van zorg en gebruik al voor opname in het verpleeghuis.

De herziene versie van de handreiking is via internet downloadbaar, wordt verspreid via Alzheimer cafés en ontmoetingscentra, en is beschikbaar gesteld voor familieleden en verpleeg- en verzorgingshuizen.

*De handreiking is te downloaden via de website van het Centrum Voor Ouderenonderzoek van het VU medisch centrum: <http://www.vumc.nl/afdelingen/Centrum-Ouderenonderzoek/Producten-Activiteiten/afgeronde-producten-activiteiten/Zorg-rond-het-levenseinde/>*

*Hier vindt u ook informatie over bestellen van de handreiking in brochurevorm.*



## DANKWOORD

Wij danken alle familieleden en zorgverleners die met hun beoordeling van de handreiking hebben bijgedragen aan het ontwikkelen en verspreiden van een verbeterde versie. Voor financiële ondersteuning van het ontwikkelen van de eerste versie danken wij de Nederlands Hervormde Diakonessen Instellingen (NHDI) en Stichting Ab Laane. Het evaluatieonderzoek is mogelijk gemaakt door financiële steun van Agis Zorgverzekeringen, Fonds NutsOhra en Stichting Sluyterman van Loo – stimuleringsfonds ouderenprojecten. De herziene versie van de handreiking is ontwikkeld en verspreid met steun van het Centrum voor Ouderenonderzoek (VU-VUmc), en de Stichting Hofjes Codde en Van Beresteyn. JT van der Steen werd ten tijde van het onderzoek ondersteund door een subsidie van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek NWO, programma Vernieuwingsimpuls persoonsgebonden subsidies, Veni nummer 916.66.073, en de afdelingen Verpleeghuisgeneeskunde en Sociale Geneeskunde van het EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg van het VU medisch centrum Amsterdam.

## LITERATUUR

1. Steen JT van der. *Dying with dementia: what we know after more than a decade of research*. *J Alzheimers Dis* 2010; 22: 37-55.
2. Gessert CE, Forbes S, Bern-Klug M. *Planning end-of-life care for patients with dementia: roles of families and health professionals*. *Omega (Westport)* 2000; 42: 273-91.
3. Hennings J, Froggatt K, Keady J. *Approaching the end of life and dying with dementia in care homes: the accounts of family carers*. *Rev Clin Gerontol* 2010; 20: 114-27.
4. Chang E, Easterbrook S, Hancock K, Johnson A, Davidson P. *Evaluation of an information booklet for caregivers of people with dementia: An Australian perspective*. *Nurs Health Sci* 2010; 12: 45-51.
5. Parker SM, Clayton JM, Hancock K, Walder S, Butow PN, Carrick S, Currow D, Ghersi D, Glare P, Hagerty R, Tattersall MH. *A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information*. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 81-93.
6. Wald C, Fahy M, Walker Z, Livingston G. *What to tell dementia caregivers-the rule of threes*. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 313-7.
7. *Palliative Care Dementia Interface: Enhancing Community Capacity project*. *Dementia - information for carers, families and friends of people with severe and end stage dementia*. 2de editie. Penrith, Australia: University of West Sydney, 2007. ISBN 0957756844.
8. Alzheimer's Association – Greater Illinois Chapter. *Encouraging comfort care – A guide for families of people with dementia living in care facilities*. Chicago, VS: Alzheimer's Association – Greater Illinois Chapter, 2010. Downloadbaar: [http://www.alzheimers-illinois.org/pti/comfort\\_care\\_guide.asp](http://www.alzheimers-illinois.org/pti/comfort_care_guide.asp)
9. Arcand M, Caron C. *Comfort care at the end of life for persons with Alzheimer's disease or other degenerative diseases of the brain*. Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada: CSSS-IUGS, 2005. [http://www.expertise-sante.com/guide\\_arcand\\_caron](http://www.expertise-sante.com/guide_arcand_caron)
10. Caron C, Arcand M, Griffith J. *Creating a partnership with families in decision making for end-of-life care in Alzheimer disease: The perspective of family caregivers*. *Dementia* 2005; 4: 113-36.
11. Caron C, Griffith J, Arcand M. *Decision making at the end of life in dementia: how family caregivers perceive their interactions with health care providers in long-term- care settings*. *J Appl Gerontol* 2005; 24: 231-47.
12. Arcand M, Caron C. *Zorg rond het levenseinde voor mensen met de ziekte van Alzheimer of een andere vorm van demantie*. Redactie Nederlandse vertaling: JT van der Steen, CMPM Hertogh, T de Graas. ISBN 978-90-5669-118-9. VU medisch centrum Amsterdam, EMGO Instituut: 2008.
13. van der Steen JT, Toscani F, de Graas T, Finetti S, Nakanishi M, Nakashima T, Brazil K, Hertogh CMPM, Arcand M. *Physicians' and nurses' perceived usefulness and acceptability of a family information booklet about comfort care in dementia*. *J Palliat Med* 2011;14:614-22.
14. van der Steen JT, Arcand M, Toscani F, de Graas T, Finetti S, Beaulieu M, Brazil K, Nakanishi M, Nakashima T, Knol DL, Hertogh CMPM. *A family booklet about comfort care in advanced dementia: three-country evaluation*. *J Am Med Dir Assoc* 2011 (18 maart Epublished).
15. Steen JT van der, de Graas T, Arcand M, Hertogh CMPM. *Een handreiking voor familieleden over palliatieve zorg bij demantie: evaluatie door zorgverleners en familieleden*. *Tijdsch Gerontol en Geriatr* 2011, in druk.
16. Nakanishi M, Nakashima T, Arcand M, Hertogh CMPM, van der Steen JT. *Evaluation on the booklet of end-of-life care for residents with dementia among staff of special nursing homes in Japan: survey on attitudes towards palliative care for nursing home residents with dementia*. Ingediend voor publicatie.
17. Thompsell A, Lovestone S. *Out of sight out of mind? Support and information given to distant and near relatives of those with dementia*. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 804-7.

Correspondentieadres  
j.vandersteen@vumc.nl

Ton Bakker

# Integrative Reactivation and Rehabilitation to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burdens

Lonneke Schuurmans, redactielid

Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In de rubriek Hora est wordt aan het proefschrift van Ton Bakker 'Integrative Reactivation and Rehabilitation to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burdens' aandacht besteedt.

HORA EST



**Op 10 december 2010 promoveerde Ton Bakker aan de Vrije Universiteit van Amsterdam op het proefschrift 'Integrative Reactivation and Rehabilitation to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burdens'.**

Integratieve Reactivering en Revalidatie, afgekort met IRR, is een door Ton Bakker ontwikkelde

interventie bij mensen met milde tot matige dementie. Kern van de interventie is een psychotherapeutisch verpleeghuisprogramma, waarbij psychogeriatrische cliënten voor een afgebakende periode worden opgenomen, multidisciplinair in kaart worden gebracht en worden gereactiveerd, waarbij behandeling van multiple psychiatrische symptomen (MPS) op de voorgrond staat. Het zijn namelijk juist deze MPS die in belangrijke mate de ervaren zorgzwaarte door mantelzorgers en het tijdstip van opname in het verpleeghuis voorspellen. Een belangrijk onderdeel van het IRR programma is psychotherapie, veelal in groepsverband onder begeleiding van verschillende therapeuten (onder andere een muziektherapeut, creatieve therapeut en psycholoog).

Het proefschrift van Bakker is met name gericht op het voorzien van een empirische onderbouwing van het IRR-programma. Zo concludeert Bakker uit een onderzoek naar prognostische kenmerken dat het programma veelbelovend

lijkt voor kwetsbare oudere psychogeriatrische patiënten met MPS, maar zonder ernstige cognitieve functiestoornissen of ernstig tekortschietende zelfzorg. Feitelijk dus de nog thuiswonende cliënt met milde tot matige dementie (MMSE > 18). Een randomised controlled trial naar het effect van IRR laat zien dat IRR een verlaging geeft van de MPS en de belasting van de mantelzorger (gemeten via de NPI), ook op de langere termijn. Het effect wordt niet beïnvloed door ernst of type cognitieve stoornis. Bakker besteedt een hoofdstuk aan het ontwikkelen van een –complex– beslismodel om te voorspellen welke patiënt het meest gebaat is bij IRR, en concludeert dat inclusie van een bredere groep patiënten (ook met een MMSE tussen 12 en 18) gerechtvaardigd lijkt. Ook het kostenaspect komt terug in het proefschrift. Een randomised controlled trial laat zien dat IRR –naar verwachting – significant duurder is dan reguliere zorg (53 euro per dag meer). Verrassend is de uitkomst dat IRR, in vergelijking met reguliere zorg, echter geen verschil geeft in het aantal verworven levensjaren met goede kwaliteit (QALY's: quality adjusted life years). IRR scoort wel beter op kosten-effectiviteit per afzonderlijke determinant (ernst van de MPS, belasting mantelzorger en competentie mantelzorger) met lagere NNT's (number needed to treat) dan bijvoorbeeld verschillende medicamenteuze interventies.

Wat betekent dit nu allemaal voor de dagelijkse praktijk in het werkveld van de psychogeriatricie? Bakker concludeert dat IRR een vaste plek zou moeten innemen in de zorg voor mensen met dementie. Hij onderkent wel het probleem van de intramurale setting: uit zijn onderzoek komt naar voren dat veel cliënten niet willen deelnemen aan het IRR-programma vanwege de gekoppelde opname. Bakker geeft daarom aan dat het van belang is om een kortdurende ambulante variant van IRR te ontwikkelen. Dit zal dan ook meteen de kosten drukken.

Helaas blijft ook na het lezen van het proefschrift van Bakker

het IRR-concept zelf toch een black box, waarbij het onduidelijk is wat de bijdragende effecten zijn van de afzonderlijke disciplines, en of verschillende disciplines uitwisselbaar zijn. Niet iedere instelling heeft een muziektherapeut ter beschikking, kan dan zonder verlies aan effectiviteit een andere discipline (bijvoorbeeld een bewegingsagoog) worden ingezet? Ook het daadwerkelijk toepassen van psychotherapie bij psychogeriatrische cliënten wordt niet nader toegelicht, terwijl dit juist –in de gangbare betekenis– bij veel psychogeriatrische cliënten niet haalbaar lijkt.

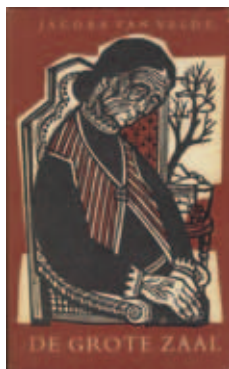
Al met al maken deze overwegingen het IRR-concept niet direct praktisch bruikbaar, maar kan het proefschrift van Bakker vooral gezien worden als een pleidooi voor een multidisciplinaire beoordeling en behandeling bij psychogeriatrische cliënten. In een dergelijk multidisciplinair behandelplan is de meeste winst te halen als wordt ingezoomd op

de psychiatrische functiestoornissen en op de ondersteuning van de mantelzorger. Het systeemdynamisch denken, bekend vanuit de sociale geriatric, neemt hierbij een prominente plaats in. Aan de conclusie van Bakker dat de systeemdynamische werkwijze onderdeel zou moeten zijn van het repertoire van iedere professional werkzaam in de psychogeriatric, valt dan ook niets af te dingen. Of *Integratieve Reactivatie en Rehabilitatie* de beste manier is om dit vorm te geven, valt nog te bezien. Dat het zinvol is om nieuwe zienswijzen en werkwijzen te ontwikkelen is in ieder geval zeker. Bakker kan in dat opzicht worden gefeliciteerd met zijn inspanningen en zijn promotie!

Correspondentieadres  
lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

## De grote zaal

Drs. Frank Schaapsmeeders, specialist ouderengeneeskunde



Auteur: Jacoba van Velde  
Uitgever: EM. Querido's  
Uitgeverij BV  
Aantal pagina's: 126  
ISBN: 978 90 21438 542  
Prijs: € 14,95

Het boek *De grote zaal* van Jacoba van Velde (Querido, 1953) stond centraal tijdens Nederland Leest 2010. Tijdens de campagneperiode in het najaar van 2010 werd een speciale editie van het boek door de openbare bibliotheken gratis aan hun leden verstrekt. De actrice Anne Wil Blankers ging dat najaar het theater in met een voordracht van het boek. Hoewel er kritische geluiden in de pers kwamen over de keuze van de het boek, is het bijzonder te waarderen dat het boek uitverkoren is. Thema's als ouderdom, ziekte, eenzaamheid en sterven komen hierdoor hopelijk breed onder de aandacht.

Het boek werd in 1953 direct als en meesterwerk beschouwd en is in 13 talen vertaald. Op boeiende wijze beschrijft Van Velde de laatste levensfase van een vrouw die na een be-

roerte opgenomen is in een verpleeghuis - of rusthuis, zoals het in het boek zelf wordt genoemd - voor minder draagkrachtigen, en daar ook overlijdt. Enige privacy is er niet en haar schrikbeeld is om overgeplaatst te worden naar de grote zaal, de plek waar de patiënten overlijden. De vrouw tracht te wennen aan het verblijf in het verpleeghuis en kijkt terug op haar leven en de relatie met haar naar Parijs geëmigreerde dochter. Afwisselend beschrijft Van Velde de gedachten en gevoelens van de vrouw zelf, Geertruida van Veen, en haar dochter Helena.

Van Velde heeft een heldere en realistische schrijfstijl en humor ontbreekt zeker niet. Het is voor specialisten ouderengeneeskunde bijzonder interessant te lezen hoe het er in de toenmalige verpleeghuizen aan toe ging. Het boek is op bepaalde punten nog zeer actueel - bijna zestig jaar later is de privacy in veel verpleeghuizen nog steeds slecht geregeld -, maar daarnaast is er gelukkig ook veel verbeterd op het gebied van palliatieve zorg in Nederland. Een aanrader!

Correspondentieadres  
fschaapsmeeders@alysis.nl

# “Bij de beroepsgroep het professionele zelfbewustzijn aanwakkeren”

## 5 vragen aan Frank Hoek

Aafke de Groot, redactielid

Frank Hoek werkt sinds 1991 bij de verpleeghuisartsopleiding van de VU, later GERION/VUmc. Eerst als docent en vanaf 1993 als hoofd. Hij neemt nu afscheid van het VU medisch centrum maar blijft nog werkzaam voor SOON: Samenwerkende Opleidingen Ouderengeneeskunde Nederland.

TvO sprak met hem over de periode waarin de verpleeghuisgeneeskunde zich vestigde aan meerdere universiteiten en zich vervolgens ontwikkelde tot het brede specialisme ouderengeneeskunde.



*1. Wat had je voor ogen, toen je in de negentiger jaren van de vorige eeuw Hoofd Opleiding werd en aan de wieg stond van GERION? Is je visie sindsdien veranderd?*

Toen ik in 1979 voor een zwangerschapswaarneming in een verpleeghuis ging werken, kwam ik in een voor mij volkomen nieuwe wereld. Net afgestudeerd als huisarts was ik met een vriend op zoek naar een praktijk. Die hebben we weliswaar gevonden, maar ik ben niet meer weggegaan uit het verpleeghuis. Ik vond de verpleeghuisgeneeskunde meteen een mooi vak: de kwetsbare populatie, de mix van generalistisch en specialistisch werk en de goeddelijkheid van een overzichtelijke organisatie, met een sterk team van verpleegkundigen en verzorgenden. En het leek me een vakgebied, waarin nog veel ontwikkeld kon worden. Er waren immers geen richtlijnen, er was weinig wetenschappelijke traditie. Op een regioavond hield men om de beurt een praatje, waarin vooral de eigen individuele werkwijze werd benadrukt. Een beroepsgroep die in mijn ogen teveel naar binnen gekeerd was en een hoog ‘Calimero-gehalte’ had. Daarmee bedoel ik het gevoel altijd kleiner te zijn dan andere dokters. Je werkt als verpleeghuisarts met een doelgroep waar niemand veel vanaf weet, en die door veel dokters onaantrekkelijk wordt gevonden. En zelf weet je wel dat je goed werk doet, maar hoe leg je dat uit aan de anderen? Van het begin af aan had ik als droom om het verpleeghuis en de verpleeghuisgeneeskunde meer bekendheid en respect te geven in de grote wereld daarbuiten. Dus: een gedegen beroepsopleiding opzetten, beter samenwerken met de eerste lijn en het ziekenhuis, het beroepsdomein op de kaart zetten en vooral werken aan meer beroepstrots. Het professionele zelfbewustzijn bij de beroepsgroep aanwakkeren. Dat dacht ik toen en dat vind ik nog steeds. De Verpleeghuisartsopleiding/VU leek mij

bij uitstek een plaats om invloed uit te oefenen op deze ontwikkelingen.

*2. Wat heb je in ruim 20 jaar zien gebeuren met het beroep/de beroepsopleiding van verpleeghuisartsen? Hoe verklaar je dat de instroom van nieuwe AIOS nu lijkt te stagneren?*

In 1989 startte de opleiding tot verpleeghuisarts, dit was uiteraard een mijlpaal in de professionele ontwikkeling van onze beroepsgroep. Negen jaar later, in 1998, kwam hier de opleiding tot sociaal geriater bij. De kennis- en praktijkdomeinen van de sociale geriatrie en van de verpleeghuisgeneeskunde werden samengevoegd en vervolgens werd er tien jaar lang met aanpalende beroepsgroepen gesteggeld over de juiste naam voor de nieuwe dokters. Ondertussen werd ‘verpleeghuisartsopleiding VU’ veranderd in ‘GERION’, een samentrekking van GERIatrie en Onderwijs. GERION ging behalve de beroepsopleiding ook nascholing verzorgen. Naar mijn mening heeft de opleiding nog niet krachtig genoeg bijgedragen aan een andere beroepspraktijk van de specialist ouderengeneeskunde. Hiervoor is blijkbaar een lange adem nodig en terugkijkend denk ik wellicht ook meer of ander leiderschap in de beroepsgroep. Over een aantal fundamentele aspecten van de werkwijze moeten professionals overeenstemming hebben. Nog steeds werkt een te groot deel van onze beroepsgroep weinig onderbouwd. Er zijn absoluut veel goede lo-

cale initiatieven, maar ze worden in het grote geheel gezien onvoldoende benut en geïmplementeerd. En het professionele klimaat voor behandelaars in verpleeghuizen is eerder verslechterd dan verbeterd. De vorming van behandelpraktijken losser van het zorgbedrijf is in mijn ogen – samen met de opbouw van een wetenschappelijke traditie in het vak – de sleutel voor de emancipatie van ons beroep. Als we hier stappen in kunnen zetten zal de ouderengeneeskunde meer aanzien krijgen en dus meer instroom in de opleiding. Aios'en willen zich uiteraard herkennen in hun peers en hun opleiders moeten rolmodel willen en kunnen zijn. Mogelijk zal de intensievere samenwerking met de universitaire huisartsenopleidingen ook positief werken voor beide beroepsgroepen. Ik ben hier nog voorzichtig omdat het nu moeilijk in te schatten is hoe dit proces gaat verlopen.

*3. Zijn het beroepsonderwijs en de onderwijsmethoden veranderd? Welke onderwijskundige uitdagingen doen zich voor en wie gaan die aanpakken?*

Alle medische vervolgoopleidingen maken nu grote veranderingen door, samenhangend met het competentie gerichte leren. De komst van de driejarige opleiding, en de daarmee gepaard gaande noodzaak om een nieuw curriculum te ontwerpen, hebben het niveau van de beroepsopleiding op meerdere manieren sterk verbeterd. De formulering van competenties, meer focus op het medische van het vak en de uitbreiding met de externe stages zorgen voor de verbreding van de blik. Een uitdaging voor de komende tijd is bijvoorbeeld het ontwikkelen van een goed toetsstelsel. Verder zal de opleiding speerpunten moeten kiezen in de onderwerpen Praktijkvoering, Wetenschappelijke vorming en Geriatrie Revalidatie. De opleidingen hebben twee jaar geleden SOON opgericht en dit orgaan ontpopt zich in korte tijd als aanjager van de onderwijsvernieuwing. Voor mij deed zich via SOON nu de kans voor om op een heel natuurlijke wijze enigszins gas terug te nemen. Ik zal de komende tijd nog klussen blijven doen voor GERION en GeriMedica, maar mij hoofdzakelijk richten op het werk bij SOON. Daarbij zet mijn opvolger bij GERION, Martin Smalbrugge, het werk voort maar werkt ook aan verandering en nieuwe accenten. Goed om te zien is dat!

*4. Zijn onderzoek en onderwijs in de ouderengeneeskunde eigenlijk goede vrienden of slechts kennissen op afstand die beleefd met elkaar spreken? En hoe is dit voor het duo zorgvernieuwing en onderwijs?*

Onderwijs en onderzoek waren vage kennissen, maar dat gaat veranderen. SBOH en de opleidingen hebben zich tot doel gesteld dat over vijf jaar 10% van de aios een gecombineerd promotie-/opleidingstraject doorloopt. Ook binnen

het theoretisch onderwijs in de opleiding zal actiever gezocht worden naar evidence voor behandelingen. Ik hoop dat Ysis, het EPD van GeriMedica, hierin een voortrekkersrol kan gaan spelen. Binnen dit systeem is het namelijk mogelijk praktijkgegevens te registreren en voor wetenschappelijke bewerking geschikt te maken.

Onderwijs – en dan vooral de nascholing – kan een rol spelen bij het ondersteunen van zorgvernieuwing binnen de V&V-sector. De zorgvernieuwing zelf moet vooral ook uit de beroepsgroep zelf komen (Verenso). Wederzijds contact tussen al deze gebieden en hun organisaties is noodzakelijk om tot betere zorg voor ouderen te komen.

*5. Wat vind je van de stelling: "Het verpleeghuis bestaat over tien jaar niet meer"? Er is zoveel negatieve publiciteit over verpleeghuiszorg. Bemoeien specialisten ouderengeneeskunde zich wel genoeg met het beleid in hun verpleeghuis/ in de ouderenzorg?*

Er zullen altijd verpleeghuizen nodig blijven voor de meest kwetsbare groepen. Met innovatieve woonvormen en domotica zullen straks mensen thuis kunnen blijven wonen, die nu op het verpleeghuis zijn aangewezen. Aan de andere kant komen er veel meer ouderen bij. Volgens mij valt dat tegen elkaar weg. Ik ben het dus niet eens met de stelling. En specialisten ouderengeneeskunde bemoeien zich wat mij betreft teveel met het beleid van het verpleeghuis. Ik zie zorg en behandeling als te onderscheiden functies. De dokter moet zich vooral bemoeien met het medisch beleid en niet met het zorgbedrijf. En die bemoeienis met het medisch beleid moet dus veel minder vrijblijvend: in dienstverleningsovereenkomsten moeten de artsen afspraken gaan maken met het zorgbedrijf over de kwaliteit van de dienstverlening. Contractueel!

De maatschappij investeert weinig in ouderenzorg en dan bedoel ik niet alleen in geld, maar ook in 'aandacht'. Wat dat betreft mogen we heel blij zijn met onze staatssecretaris, Marlies Veldhuijzen van Zanten. Zij heeft uitzonderlijke kwaliteiten in het verwoorden van wat goede zorg zou moeten zijn. Bij haar voelt de toehoorder de betrokkenheid met de kwetsbare medemens. Daarmee kan zij mensen begeesteren. Haar rede bij de opening van het academisch jaar van de VU in 2000 was zo'n voorbeeld. En recent nog haar optreden in de zaak van de 18-jarige verstandelijk gehandicapte jongen Brandon. Marlies is ambassadeur, pleitbezorger en spreekbuis voor alle chronisch zieken en kwetsbare ouderen.

Correspondentieadres  
aj.degroot@vumc.nl

# Misery likes Company

Jacobien Erbrink

Peter keek in zijn agenda. Om elf uur huisbezoek bij de familie Vreeland van Zutphen. Gert deed dat eigenlijk elke maand, het waren bekenden van hem, maar Gert had nu drie maanden verlof. Peter had dit klusje van hem geërfd. Hij was niet meteen enthousiast geweest, want eigenlijk had hij een broertje dood aan adellijke kringen. Hij hield niet van mensen die vonden dat ze alles maar moesten kunnen kopen. Hij vond dat in schril contrast staan met de mogelijkheden van de minder bedeelden in zijn omgeving en zijn verpleeghuis.

Op de fiets dacht hij nog wel even na over de casuïstiek. Gert had maar summier overgedragen. De familie kocht particuliere zorg in voor mevrouw Vreeland, maar ook voor de man van de huishoudster en de vrouw van de tuinman. Allemaal met een dementie. Het scheen dat de beide werknemers al heel lang bij de familie in dienst waren en dat er daarom door de heer des huizes een soort van minidagbestedingsproject was opgezet om zorg te delen.

Bij een hekwerk met nummer twaalf erop moest hij zijn. Hij rammelde aan het hek. Het gaf niet mee. Op de linkerkant vond hij een bel. Na enige seconden hoorde hij uit de zuil een vrouwenstem roepen: "Wie is daar?" Hij wist niet in welke richting hij moest praten, dus riep hij in het wilde weg wie hij was en wat hij kwam doen. De vrouw had hem kennelijk wel gehoord, want het hek schoof langzaam opzij. Peter stapte op zijn fiets en reed over het grind naar het bordes in de verte. Hij keek zijn ogen uit. Links en rechts van de oprijlaan stonden grote populieren. Het huis had een hoog middenstuk en twee lage zijvleugels deels verscholen achter klimhortensia. Voor de deur stond een auto die hij uit duizenden zou herkennen, statig en slank in glanzend donkerrood. Een jaguar van de oude stempel! Hij stapte eerbiedig af en bewonderde de fraai gelijnde neus van de wagen. Zou hij hem durven aanraken? Net toen hij dacht dat hij de verleiding niet kon weerstaan hoorde hij achter zich de deur opengaan. Snel trok hij zijn hand terug. Op het bordes stond een oudere heer in golfenue. Peter gaf hem een hand. "Vreeland", zei de man. Hij sprak een beetje geaffecteerd. "U bent de waarnemer?"

"Prins", antwoordde Peter.

Vreeland ging hem voor door de enorme hal naar een grote serre achter het huis. Daar zaten twee dames en een heer aan een ronde tafel met een kopje koffie, een krant en een berg zilverwerk. Vreeland liep naar de statigste dame en stelde Peter aan haar voor. "Darling, this is doctor Prins." Peter fronste zijn wenkbrauwen, Gert had niks gezegd over



Engels als voertaal. "Mijn vrouw spreekt tegenwoordig liever Engels, dat is haar geboortetaal", legde Vreeland uit. Peter hield de slanke gemanicuurde hand even vast, "How do you do?" De vrouw keek hem nogal vacuüm aan van achter een dun gouden brilletje.

Daarna stelde hij ook de tafelgenoten voor. "Mevrouw Truus van Dommel en de heer Fred Berkelmans." Peter schudde handen. "Goedemorgen samen", knikte hij.

"Wij zitten in de *en suite*", verklaarde Vreeland en liep naar de zijkant van de serre. Achter de schuifdeur zag Peter nog een ronde tafel, met iets wat leek op dossiers. Hij sperde zijn ogen breed open. Verrek zeg. Toen Gert het had gehad over een MDO aan huis had hij gedacht dat het een grap was, maar het begon hem nu te dagen dat hij zich daarin vergiste. Vreeland nam zijn experiment behoorlijk serieus. Uit weer een andere deur kwam een vrouw tevoorschijn met een blad vol koffie en thee. Dat moest dan mevrouw Berkelmans zijn. Vreeland sloeg ondertussen op een gong die op de veranda hing. In de verte maakte zich een figuur los uit de rietkraag rondom de vijver. Van Dommel, veronderstelde Peter. Hij leunde achterover en keek hoofdschuddend naar de drie dossiers. Vreeland glimlachte. "U verbaast zich?"

Peter voelde zich betrappt. "Het is zeker ongewoon", gaf hij neutraal terug.

"Wij zijn erg content met de situatie", voegde mevrouw Berkelmans toe, "onze partners krijgen professionele aandacht, wij kunnen allemaal ons werk blijven doen en wij hebben steun aan elkaar." Ze raakte even de arm van Vreeland aan.

Die schraapte verdacht lang zijn keel. "Misery likes company." Daarna schoof hij gedeceerd het dossier van zijn vrouw richting Peter. "Zullen we beginnen?"

Correspondentieadres  
j.erbrink@vanneynsel.nl

# Leergang ouderengeneeskunde

1 juli	Kleine chirurgische handelingen in het verpleeghuis (PAOG Heyendael)
Najaar	Cursus Chirurgische vaardigheden en reanimatie (Wenckebach Instituut) <i>Anesthesie / excisie / infuus inbrengen / reanimatie</i>
12 en 26 september, 10 oktober, 7 en 21 november	Sociale Geriatrie voor de specialist ouderengeneeskunde (GERION) locatie Eindhoven
22 en 23 september	Vorderingen specialisme ouderengeneeskunde (Boerhaave Nascholing) <i>Nieuwe ontwikkelingen over een breed scala aan onderwerpen worden kritisch belicht: wat u in de cursus hoort, kunt u de volgende dag in de praktijk brengen.</i>  Op vrijdag eindigt deze tweedaagse cursus met de oratie van dr. W.P. Achterberg, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde LUMC
22 en 23 september, 14 december, 1 en 2 maart 2012	Teaching the teacher in Palliatieve Zorg (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>Vijfdaagse Training in het omzetten van ervaring in palliatieve zorg naar praktijkgerichte onderwijsvormen.</i>
30 september	Bewegen en beleven rond het sterfbed (Leerhuizen Palliatieve zorg i.s.m. Patrice Kennedy) <i>Een proces waarin bewustzijn en bewust zijn een grote rol spelen. Over non-verbale en verbale communicatie.</i> <i>Een masterclass: Door middel van interactieve vorm en muziek wordt een appèl gedaan op je kwaliteit en onbewuste kracht.</i>
13 oktober, 3 november, 1 december, 12 januari en 9 februari 2012	Aan de slag: specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen sterk voor kwetsbare ouderen thuis (GERION)
November	Kaderopleiding Specialist Ouderengeneeskunde in de eerste lijn (NIEUW, Boerhaave Nascholing) <i>Deze tweejarige nascholing bij het LUMC heeft tot doel om de specialist ouderengeneeskunde op te leiden tot een gekwalificeerd arts, die competent is om in samenwerking met de huisarts in de eerste lijn te functioneren als medebehandelaar en consulent voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe zorgvragen. U zult zich aan de hand van voorbeeldpraktijken en netwerken verder bekwamen in extramurale competenties en vaardigheden.</i>
14 t/m 18 november	Basiscursus Palliatieve Zorg Specialisten Ouderengeneeskunde (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>De cursus wordt al gegeven vanaf 1994, de voortzetting van de gelijknamige IKR-cursus. Er wordt ingegaan op de verlichting van symptomen en op de randvoorwaarden die nodig zijn om deze zorg goed te organiseren.</i>
1 en 2 december	Lijden en dood in de filosofie door Jan Keij (Leerhuizen Palliatieve Zorg) <i>“Van de zon en de dood moet men de blik wel afwenden”</i> <i>La Rochefoucauld “Lijden” en “dood”, twee “gegevens” die we van ons lijf willen houden. Ze zijn in velerlei opzicht ongrijpbaar, en eigenlijk alleen maar te “begrijpen” in hun kwaadaardige zinloosheid.</i>
6 december	Kleine chirurgische handelingen in het verpleeghuis (PAOG Heyendael)



# Voorjaarsmoeheid

Mieke Draijer, voorzitter Verenso

De nasleep van de winterdip is de voorjaarsmoeheid. Deskundigen wijten dit niet alleen aan gebrek aan vitamines, zonlicht en lichaamsbeweging. Ook onvrede over omstandigheden kunnen van invloed zijn op je lichamelijke en geestelijke gezondheid. En aan onvrede over de omstandigheden is bij de collega's geen gebrek. Daar heb ik het in de laatste columns, hier en in *Medisch Contact*, vaak genoeg over gehad.

De relatie tussen psyche en somatiek doet toch denken aan de collega's die werkzaam zijn binnen de GGz. Vanuit de kring van sociaal geriater wordt wel eens gevraagd: wat doet Verenso voor ons? Eerlijkheidshalve moet ik zeggen dat dit misschien niet altijd even duidelijk is. Aan de andere kant is met de introductie van de driejarige opleiding het onderscheid tussen verpleeghuisarts en sociaal geriater komen te vervallen. Maar toch blijft het wat wringen. Laat ik eerst zeggen dat de collega's werkzaam in de verpleeghuizen de sociaal geriater vaak als voorbeeld nemen. De honorering is beter geregeld, in de waarneming zijn er geen problemen over het criterium van de aanrijdtijd van 30 minuten en er kan veel geleerd worden over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen als het gaat om taakdelegatie en de manier waarop in de tweede lijn (en met de eerste lijn samen-) gewerkt wordt.

Wat dat betreft heeft de sociaal geriater zich als een rolmodel ontwikkeld voor de specialist ouderengeneeskunde. Een model waar meer dan nu het geval is naar gekeken kan worden.

---

## *Bewegen en eropuit trekken, dat wil Verenso*

---

Maar nu terug naar de vraag. Wat doet Verenso voor de sociaal geriater? Wij weten dat het in een aantal situaties lastig is om de herregistratie te behouden. Een aantal collega's moet zich in bochten wringen om aan de eis te kunnen beantwoorden om voldoende diensten te draaien. Met de HVRC zijn wij in overleg om de bestaande regels op een zodanige wijze te interpreteren, of znodig aan te passen, dat deze problemen tot het verleden gaan behoren.

Een ander punt betreft de positie van de sociaal geriater binnen de instelling. Anders dan de vakgroepstructuur binnen de verpleeghuizen heeft de sociaal geriater in vak-



groepverband te maken met verschillende andere medische disciplines. Psychiaters, basisartsen, huisartsen en klinisch geriater of andere somatisch specialisten in de GGz. Een professioneel statuut, zoals in de maak is voor specialisten ouderengeneeskunde werkzaam in het verpleeghuis, is niet geschikt om binnen de GGz gebruikt te worden. Daarom werken wij aan een functieomschrijving specialist ouderengeneeskunde in de GGz. Met dit model willen wij in het komende overleg met GGz Nederland de positie van de specialist ouderengeneeskunde in de GGz ook voor de lange termijn bestendigen.

De oplossing voor voorjaarsmoeheid is eigenlijk simpel. Wat vitamines. En dat zijn de sociaal geriater eigenlijk voor de andere specialisten ouderengeneeskunde. Maar ook bewegen en eropuit trekken. En dat wil Verenso. Beweging brengen in onze beroepsgroep en er samen op uit trekken. Samenwerken met de eerste lijn en de noodzakelijke veranderingen aanbrengen in de ouderenzorg die wel wat frisse lucht kan gebruiken.

Correspondentieadres  
redactie@verenso.nl



# Brede studie naar kwetsbare ouderen in Nederland

Jos Konings, hoofdredacteur

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) voerde in opdracht van het ministerie van VWS een verkennende studie uit naar kwetsbare ouderen in Nederland. Aan dit onderzoek hebben diverse onderzoeksinstituten en organisaties meegewerkt.

Kwetsbare ouderen zijn in de afgelopen jaren een toenemend belangrijke doelgroep geworden voor het beleid van ministeries, hulpverleningsorganisaties en ouderenbonden. In dit onderzoek heeft het SCP antwoorden gezocht op vragen als: Wat is kwetsbaarheid? Welke ouderen zijn kwetsbaar en hoeveel kwetsbare ouderen zijn er? Wat is het beloop van kwetsbaarheid en wat beschermt ouderen tegen kwetsbaarheid?

In het onderzoeksrapport is uitgegaan van een brede benadering: kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten: functiebeperkingen, opname in ziekenhuis, verzorgings- of verpleeghuis en overlijden. Metingen van ervaren kwaliteit van leven en subjectief welbevinden hangen samen met die van kwetsbaarheid bij ouderen. In het brede begrip van kwetsbaarheid wordt, naast de fysieke problematiek, ook de nadruk gelegd op psychosociale problematiek.

Het aantal kwetsbare personen van 65 jaar en ouder zal volgens het SCP tussen 2010 en 2030 volgens verwachting toenemen van bijna 700.000 tot meer dan 1 miljoen. Ondanks

deze stijging zal het aantal kwetsbare ouderen op de totale groep ouderen relatief wat dalen en deze daling is het gevolg van het toenemende opleidingsniveau van de ouderen. Het beloop van fysieke kwetsbaarheid bleek sterker samen te hangen met het beloop van psychische kwetsbaarheid dan met sociale kwetsbaarheid.

In het onderzoek bleken zes van de tien kwetsbare ouderen in het afgelopen jaar verpleging en verzorging op basis van een CIZ-indicatie te hebben ontvangen: vier via de WMO thuis en twee via de AWBZ in verzorgings- of verpleeghuis. Naar verwachting zal er bij ongewijzigd beleid een groep kwetsbare ouderen blijven bestaan van ongeveer 40% die geen verpleging en verzorging zal ontvangen.

Door vroegtijdige signalering van kwetsbaarheid bij ouderen, door huisarts of WMO-ambtenaar, zou het aandeel kwetsbare ouderen dat geen zorg ontvangt kunnen dalen, zo wordt in het onderzoeksrapport geconcludeerd. En zouden opnames in verzorgings- of verpleeghuis kunnen worden uitgesteld.

## LITERATUUR

- *Kwetsbare ouderen*, Chretien van Campen (red.), Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, februari 2011, ISBN 978 90 377 0542 3, 218 pagina's, prijs € 27,50.

### Correspondentieadres

[jkonings@zuweezorg.nl](mailto:jkonings@zuweezorg.nl)

GESIGNALLEERD

## Ann Vanparijs - winnares coverfoto 'clown op leeftijd'



In *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* nummer 1 vroegen wij onze leden om een coverfoto in te sturen. Uit deze inzendingen

heeft de redactie unaniem gekozen voor de foto van Ann Vanparijs. Zij heeft de volgende mijmering bij deze foto: *“Vaak denken we aan ons verleden of onze toekomst, hebben we heimwee naar wat voorbij is of verlangen naar wat buiten ons bereik lijkt te liggen of wat in de toekomst verscholen ligt. De clown echter leeft zijn verlies en zijn verlangen nu. Hij is tevreden er te zijn. Vooral nu en hier. Deze ‘clown op leeftijd’ laat aan de buitenkant zien wat er van binnen gebeurt. Hij lijkt afscheid te nemen van het circus van het leven: nog één optreden en dan hangt hij wellicht zijn jas aan de kapstok, ontdoet zich van zijn rode neus en grime en sluit zijn koffertje voor de laatste maal”.*

De redactie bedankt een ieder voor het inzenden van een foto, speciaal Ann Vanparijs. De fles wijn is inmiddels verzonden naar de winnares.

COVERFOTO

# Behandelpraktijken in opleidingsverpleeghuizen

*Drs. Frank Hoek, bestuursvoorzitter SOON (Samenwerkende Opleidingen Ouderengeneeskunde Nederland), Utrecht*

*Drs. Franz Roos, directeur Verenso*

Bestuur en Raad van Toezicht van Verenso, het bestuur van SOON en het Consilium Ouderengeneeskunde hebben unaniem ingestemd met een plan om de oprichting van professionele behandelpraktijken in verpleeghuizen te bevorderen, te beginnen bij de opleidingsinrichtingen.

De kwaliteit van de praktijkvoering van de specialist ouderengeneeskunde in Nederland is zeer wisselend. Heldere afspraken tussen organisatie en medische dienst over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn eerder uitzondering dan regel. Vakinhoudelijk is de ondersteuning van behandelaars matig. Door eisen te stellen aan de organisatie en inrichting van een behandelpraktijk, verbetert de kwaliteit van de medische zorg en worden voorwaarden gecreëerd voor een professioneel werkklimaat. Zonder gecoördineerde actie verwachten Verenso en SOON weinig verbetering vanuit het veld. De focus van het plan ligt in eerste instantie bij de opleidingsverpleeghuizen. Immers daar worden de nieuwe specialisten ouderengeneeskunde opgeleid en daar kunnen via de collegiesluitingen eisen gesteld worden aan de praktijkvoering. De verwachting is dat andere verpleeghuizen volgen.

## WAT VOORAFGING

Op 7 september 2010 heeft de KNMG een invitational conference gehouden, waarin aanbevelingen zijn gedaan om het specialisme ouderengeneeskunde aantrekkelijker te maken voor jonge artsen, en zo meer en betere kandidaten voor de opleiding aan te trekken. Er was consensus over de stelling dat de werkomgeving van de specialist ouderengeneeskunde verbeterd en efficiënter ingericht moet worden. De voorzitter van de KNMG vroeg zich zelfs hardop af of er met maatregelen op dit gebied nog wel een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde zou overblijven. Nu ontbreekt het aan een goede praktijkorganisatie, waardoor artsen geconfronteerd worden met niet-medische vragen en veel oneigenlijke taken. Dit zou opgelost kunnen worden door:

1. het aanstellen binnen de medische diensten van nurse practitioners / praktijkverpleegkundigen, die taken van de specialist ouderengeneeskunde kunnen overnemen, waaronder de triage en de medische begeleiding van specifieke doelgroepen;
2. het aanstellen van doktersassistenten en medisch secretaresses, die administratieve taken overnemen en

eenvoudige medisch-technische handelingen kunnen uitvoeren;

3. meer verpleegkundigen binnen het verpleeghuis, die de verpleegtechnische handelingen kunnen verrichten die nu noodgedwongen door de specialist ouderengeneeskunde worden verricht;
4. een elektronisch patiëntendossier voor specialisten ouderengeneeskunde, zoals dat ook voor andere medische beroepsbeoefenaars beschikbaar is.

Verder werd door de aanwezigen tijdens de invitational conference unaniem veel waarde gehecht aan de vakinhoudelijke ontwikkeling van het specialisme ouderengeneeskunde, als vehikel om het vak uitdagender en interessanter te maken. En dat zal als vanzelf het effect hebben dat het imago van het specialisme verbetert. Nu werken de artsen binnen verpleeghuizen in een professioneel weinig prikkelende omgeving en een vrijwel ontbrekend wetenschappelijk klimaat.

Suggesties voor verbetering van het werkklimaat waren:

- het opsporen van jonge, talentvolle specialisten ouderengeneeskunde, die vervolgens financieel ondersteund worden om zich verder te ontwikkelen en zo een belangrijke bijdrage te kunnen leveren aan het ontwikkelen van het vak. Hiermee worden rolmodellen gecreëerd waarmee studenten geneeskunde zich kunnen identificeren;
- stimuleren van wetenschappelijk onderzoek en richtlijnontwikkeling, aanstellen van hoogleraren aan alle UMC's en het inzetten van meer promotietrajecten (waaronder aioto-trajecten);
- het opzetten van een landelijke databank met gegevens over de behandeling van kwetsbare ouderen in verpleeghuizen. Deze databank is onderdeel van het elektronisch patiëntendossier en wordt beheerd door een wetenschappelijke raad, bestaande uit onderzoekers van de universitaire afdelingen ouderengeneeskunde;
- artsen lossen van het zorgbedrijf positioneren in behandelpraktijken (bij voorkeur met andere behandelaren). Zo ontstaat een professionelere werkomgeving met meer mogelijkheden voor uitwisseling van vakinhoudelijke kennis en vaardigheden.

## DOKTERS MOETEN WEER DOKTER ZIJN

De oudere collega's zijn nog opgevoed met het idee dat

de zorg in het verpleeghuis een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van iedereen die in het verpleeghuis werkt. De artsen zitten bij de zorgleefplanbesprekingen, springen bij als de zorg het niet aan kan en voelen zich verantwoordelijk voor woonomstandigheden en welzijn van de patiënten.

Onder aios en pas afgestudeerde specialisten ouderengeneeskunde leeft meer de wens om zich te concentreren op de medische taken. Maar zij voelen zich in deze wens gefrustreerd door het ontbreken van randvoorwaarden (vakinhoudelijke, verpleegkundige en administratieve ondersteuning en een elektronisch patiëntendossier) en zitten vaak ook niet in de positie om deze randvoorwaarden te realiseren.

Praktijkvoering is een ondergeschoven kind, zowel in de opleiding als in de praktijk. Gedeeltelijk komt dat omdat binnen de beroepsgroep geen eenduidige opvatting bestaat over de ideale praktijkvorm, deels omdat het ontbreekt aan leiderschap, van waaruit de ontwikkelingen gestuurd kunnen worden. De huisartsen hebben op het terrein van praktijkvoering veel meer organisatiekracht laten zien (denk aan de introductie van praktijkondersteuners en de vorming van huisartsenposten).

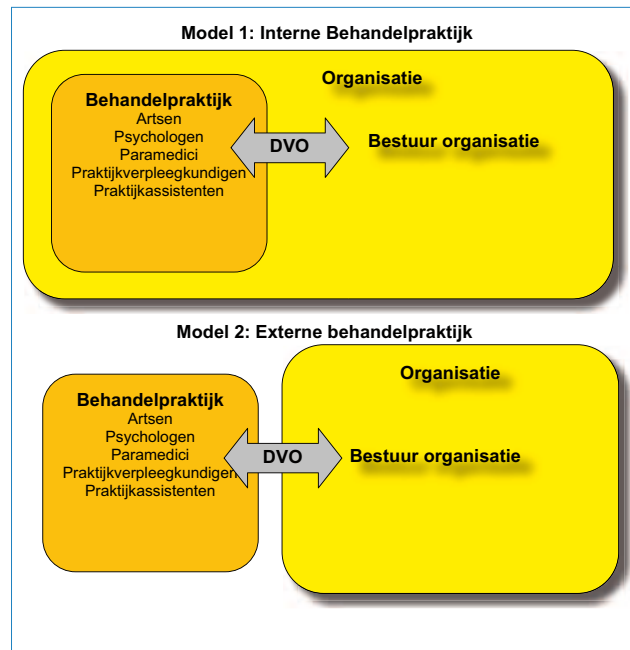
Door het ontbreken van centrale sturing, ontstaan lokaal allerlei meer of minder geslaagde praktijkvormen. Door deze lokale aanpak zijn de mogelijkheden om te investeren beperkt en kan geen marktmacht gecreëerd worden. Iedereen vindt zijn eigen oplossing geslaagd, waardoor overheid en andere externe partijen niet weten op welke golf ze moeten meeliften. Dit maakt de kans op subsidiering kleiner en daarmee de kansen op landelijke invoering. Zo is de vicieuze cirkel weer rond.

Het is dus goed dat Verenso en SOON de krachten bundelen en een format voor een behandelpraktijk in een verpleeghuis gaan ondersteunen.

## ACTIEPLAN

### A. Acties om de oprichting van professionele behandelpraktijken in verpleeghuizen te bevorderen:

1. Verenso en SOON ondersteunen het model voor samenwerking tussen behandelaars en de rest van de organisatie volgens figuur 1 en dragen dat actief uit als preferente positionering van behandelaars ten opzichte van de organisatie.
2. Verenso en SOON verzoeken het College Geneeskundige Specialismen om eisen over de praktijkorganisatie van de opleidingsinrichting in het Besluit Specialisme Ouderengeneeskunde op te nemen.
3. Verenso en SOON stellen samen met ActiZ een model dienstverleningsovereenkomst op, waarmee verpleeghuizen hun behandelpraktijken kunnen inrichten.



Figuur 1.

## DVO (DIENSTVERLENINGSOVEREENKOMST OF SERVICE LEVEL AGREEMENT)

In de Dienstverleningsovereenkomst worden afspraken gemaakt tussen het bestuur van de organisatie en de behandelpraktijk over te leveren diensten, randvoorwaarden, bevoegdheden en budget. In figuur 2 (niet limitatief) staat een voorbeeld van elementen van een dienstverleningsovereenkomst.

### B. Acties om te komen tot de invoering van een elektronisch patiëntendossier (EPD):

1. Verenso en SOON verzoeken het College Geneeskundige Specialismen om in het Besluit Specialisme Ouderengeneeskunde het gebruik van een elektronisch patiëntendossier verplicht te stellen, zoals ook bepaald in de opleidingsbesluiten van andere specialismen: 'De opleider gebruikt vanaf 1-1-2013 voor de registratie van patiëntgegevens een goed bijgehouden en inzichtelijk geautomatiseerd registratiesysteem' en 'De opleidingsinrichting beschikt vanaf 1-1-2013 voor de registratie van patiëntgegevens over een inzichtelijk geautomatiseerd registratiesysteem'.
2. Verenso stelt eisen vast, waaraan een EPD voor specialisten ouderengeneeskunde (en eventueel andere behandelaars) moet voldoen. Verenso heeft in 2009 de Nota Medische Verslaglegging 'dossiervoering door de specialist ouderengeneeskunde' uitgebracht, waarin al veel van deze eisen zijn geformuleerd. Nadere aanvulling volgt.
3. Op basis van de vastgestelde eisen kunnen leveranciers van een EPD gecertificeerd worden door Verenso.
4. Verenso stelt een wetenschappelijke raad in, die bepaalt – welke meetinstrumenten in het EPD opgenomen worden

<b>Diensten behandelpraktijk</b>	Basisdiensten	Behandeling patiënten 7/24 bereikbaarheid Deskundigheidsbevordering Management behandelpraktijk
	Optionele diensten	Commissiewerkzaamheden Management organisatie Scholing zorgpersoneel BOPZ-arts
<b>Randvoorwaarden</b>	Praktijkautomatiseringssysteem (EPD) voor de behandelpraktijk Koppeling met elektronisch medicatievoorschriftsysteem (EVS) en laboratorium Integratie met bedrijfsadministratiesysteem Verpleegkundige en administratieve ondersteuning van de behandelpraktijk 7/24 aanwezigheid van verpleegkundigen binnen de zorgdienst Honorering behandelaars	
<b>Bevoegdheden behandelpraktijk</b>	Advisering bestuurder over kwaliteit patiëntenzorg Behandelopdrachten aan zorgmedewerkers	
<b>Eisen</b>	Productiviteit (aantal patiënten per behandelaar) Halfjaarlijkse rapportage exploitatie Wettelijke rapportages	
<b>Budget</b>	Tarief per patiënt per ZZP categorie Afspraken over geneesmiddelenbudget	

Figuur 2.

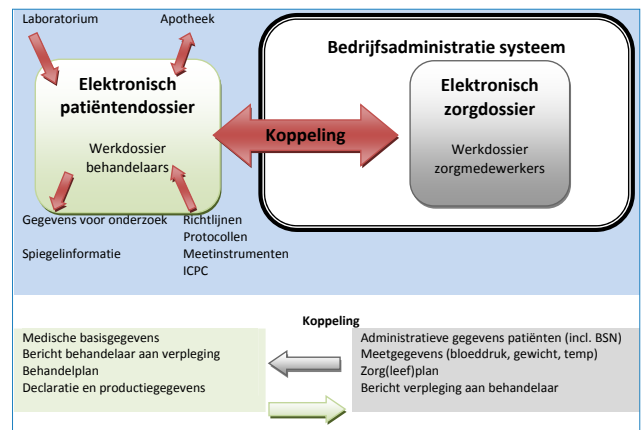
- welke richtlijnen, protocollen en handreikingen voor de gebruiker beschikbaar zijn in het systeem
- aan wie data voor onderzoek beschikbaar worden gesteld. Tot deze groep behoren in elk geval de afdelingen ouderengeneeskunde van de UMC's.

## RELATIE BEHANDELDOSSIER VERSUS ZORGDOSIER

De meeste verpleeghuisorganisaties beschikken over een bedrijfsadministratiesysteem (zoals Caress, PlanCare, Q-zorg) voor de financiën, personeelsadministratie, voorraadbeheer en roosterplanning. Vaak bevatten deze systemen tevens een elektronisch zorgdossier.

Het elektronisch zorgdossier is doorgaans goed bruikbaar voor zorgmedewerkers, maar voldoet niet aan de eisen die behandelaars stellen aan een EPD. Een eigen EPD voor behandelaars moet goed geïntegreerd kunnen worden met het bedrijfsadministratiesysteem van de organisatie (zie figuur 3).

Behandelaars en zorgmedewerkers werken ieder in hun eigen dossier, maar beschikken via de koppeling over alle relevante informatie uit het andere dossier.



Figuur 3.

Correspondentieadres  
f.hoek@soon.nl

# Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen

Dr. Paul van Houten, specialist ouderengeneeskunde

Drs. Inge van der Stelt, beleidsmedewerker Verenso

Verenso werkt veelvuldig mee aan de totstandkoming van multidisciplinaire richtlijnen. Dit om de verbindingen met de ouderengeneeskunde aan te geven en om gebruik te kunnen maken van wetenschappelijke inzichten van andere beroepsgroepen. Naast zorginhoud spelen ook positionering van de beroepsgroep en taken en verantwoordelijkheden in de keten een belangrijke rol in de multidisciplinaire richtlijnen.

Op deze plaats nu aandacht voor de richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen. Deze richtlijn is opgesteld op initiatief van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Namens Verenso participeerde Paul van Houten.

Voor de specialist ouderengeneeskunde was het beter geweest als de richtlijn zowel over urine als feces (dubbele) incontinentie was gegaan. De specialist ouderengeneeskunde heeft namelijk veel patiënten die bij een bestaande urine-incontinentie een (nieuwe) fecesincontinentie ontwikkelen. Er was echter beperkte financiering, daarom is gekozen om met de beschikbare middelen de focus te richten op urine-incontinentie.

## KERNAANBEVELINGEN VOOR DE SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE UIT DE RICHTLIJN

### De diagnostiek

Anamnese en onderzoek moet in ieder geval plaatsvinden:

- bij beginnende urine-incontinentie
- bij verslechtering van urine-incontinentie
- bij de overgang van enkele naar dubbele incontinentie

“Als een oudere de eerste tekenen van incontinentie vertoont, wachten we af, willen we het even aanzien en geven we intussen wel incontinentiemateriaal. Dat moet veranderen. Bij de eerste tekenen van incontinentie moeten we onmiddellijk in actie komen”. Dat vindt specialist ouderengeneeskunde Paul van Houten.

Als een patiënt continent is binnengekomen, maar nu tekenen van incontinentie vertoont, is er soms nog wel wat aan te doen. Van Houten pleit daarom voor het vroeg signaleren van het probleem en voor vroegdiagnostiek. Daardoor kunnen oplossingen gevonden worden die de incontinentie verminderen en waardoor de kwaliteit van leven van de patiënt verbetert.

- bij opname in bijvoorbeeld een verpleeg- of verzorgings-tehuis
- wanneer zich zaken hebben voorgedaan (bijvoorbeeld een beroerte) die incontinentie kunnen veroorzaken dan wel verergeren.

Er moet gekeken worden naar:

- de historie van de continentiestatus;
- potentieel beïnvloedende factoren die samenhangen met functionele stoornissen en omgeving, comorbiditeit en medicatiegebruik;
- de aard van de urine-incontinentie (stress-, aandrang-, gemengd-);
- de ernst en aard van de incontinentie door het bijhouden van een mictiedagboek. Het mictiedagboek kan bovendien gebruikt worden om te evalueren wat de effectiviteit is van een ingezette behandeling voor urine-incontinentie. Het verdient aanbeveling om het dagboek drie aaneengesloten dagen bij te houden en rekening te houden met een representatieve variatie in dagelijkse bezigheden.

### De behandeling

De verzorging dient de patiënt te instrueren over het aannemen van een goede toilethouding en het goed uitplassen. Dit moet bij iedere instrueerbare patiënt gebeuren wanneer de verzorging informatie en voorlichting geeft over urine-incontinentie.

Vervolgens moeten potentieel behandelbare condities, die los staan van de functie van de blaas en bekkenbodemp, behandeld worden. Ga samen met de verzorging na in hoeverre sprake is van beperkingen in mobiliteit, handfunctie en cognitie. Bepaal samen met de verzorging een strategie om deze factoren te beïnvloeden (bijvoorbeeld door ergotherapeut of fysiotherapeut in te schakelen). Beoordeel ook de medicatie op mogelijk negatieve effecten (zie tabel in richtlijn). Als de patiënt desondanks incontinent voor urine blijft, kan overwogen worden om een passende behandeling in te zetten die gericht is op de functie van blaas en bekkenbodemp.

In geval van een stressincontinentie, of gemengde incontinentie waarbij stressincontinentie overheerst, heeft het toepassen van bekkenbodempierstraining de voorkeur. Hierbij moet wel aan de volgende voorwaarden worden voldaan.

De patiënt moet:

- zich enigszins bewust zijn van de bekkenbodemspieren (N.B. kan ook bij patiënten die rolstoelafhankelijk zijn);
- selectief spieren kunnen (leren) aanspannen en ontspannen;
- enigszins instrueerbaar zijn;
- enigszins zelfstandig kunnen trainen;
- gemotiveerd zijn om te trainen;

Als de patiënt bij de derde behandeling nog steeds geen of onvoldoende bewuste controle heeft over de bekkenbodem, kan een combinatie van de training met elektrostimulatie of biofeedback worden overwogen.

Voor de behandeling van *aandrangincontinentie* of gemengde urine-incontinentie waarbij aandrangincontinentie overheerst, kunnen *blaastraining en parasympatholytica* (oxybutynine, tolterodine, solifenacine, darifenacine en fesoterodine) worden overwogen.

*Blaastraining* wordt toegepast bij patiënten die cognitief en fysiek in staat zijn om deze training te volgen. Door het trainen van de blaas wordt geprobeerd om het normale plaspatroon te herstellen (tot een interval van ongeveer drie á vier uur). Ouderen dienen gedurende de dag volgens schema te plassen en verder de drang tot plassen te onderdrukken, door middel van strategieën als afleiding, ontspanning en bewuste, voor dit doel geschikte bekkenbodemspiercontracties. Het schema kan vaststaan of flexibel zijn. Aan de patiënt wordt informatie gegeven over de functie van de blaas en hoe continentie behouden wordt. Hij/zij ontvangt bovendien positieve feedback van de hulpverlener bij succesvolle uitvoering van de interventie en aanmoediging om deze vol te houden.

De training dient minimaal zes weken te duren, waarna de voortgang geëvalueerd wordt. Als er vooruitgang is geboekt dan dient de training voortgezet te worden met een maximum van zes maanden.

De interventie kan worden uitgevoerd door de bekkenfysiotherapeut, of continentie verpleegkundige. De verzorgende kan ondersteunen in de uitvoering.

*Parasympatholytica* kunnen worden toegepast bij patiënten die:

1. grondig geëvalueerd zijn op comorbide factoren;
2. zelf het initiatief nemen om naar het toilet te gaan;
3. niet geagiteerd raken bij het krijgen van hulp bij de toiletgang;
4. ondanks conservatieve behandeling nog niet het continëntiedoel behaalden en;
5. geen contra-indicaties hebben voor een specifiek middel.

Parasympatholytica kunnen bovendien in overweging genomen worden als blaastraining onvoldoende effect heeft. Mede omdat er onder kwetsbare ouderen sprake is van een hoge morbiditeit en polyfarmacie, is voorzichtigheid en oplettendheid geboden bij behandeling door middel van parasympatholytica. Hierbij is het van belang dat vanaf het begin en regelmatig gedurende de hele periode van behandeling, de volgende zaken worden geëvalueerd:

- werkzaamheid;
- verdraagzaamheid;
- bijwerkingen (onder andere verwardheid, versnelde hartwerking);
- geschiktheid van continuering van behandeling.

## ALS INCONTINENTIE BLIJFT

Het overdag (preventief) toepassen van 'toiletgang na attenderen' wordt geadviseerd voor alle kwetsbare ouderen, maar zeker voor kwetsbare ouderen met beginnende cognitieve achteruitgang. Hanteer bij de start van de interventie een interval tussen het attenderen van twee uur. Hiervan kan afgeweken worden als bijvoorbeeld gebruik gemaakt wordt van diuretica. Instrueer de verzorging om patiënten te motiveren om zelf ondersteuning bij de toiletgang te vragen en geef, wanneer de patiënt dit tijdig doet, positieve feedback. De verzorging stelt de keuze voor incontinentie-absorptiemateriaal vast door middel van een informatief gesprek met de patiënt. De verzorging moet periodiek een gesprek aangaan om te bekijken of er zaken veranderd zijn, waardoor ander materiaal (bijvoorbeeld groter of kleiner absorptievermogen) gebruikt moet gaan worden, of dat er wellicht minder of meer frequent verschoond hoeft te worden. De arts moet worden ingeschakeld bij huidletsel. Laat de patiënt verschillende producten uitproberen.

De instelling moet zorgen voor een zo breed mogelijk aanbod van producten. De patiënt kan dan een passend product gebruiken en voorkomt onnodig gebruik van te kostbare of te zware producten.

De richtlijn en de praktijkkaart zijn te downloaden via [www.levv.nl](http://www.levv.nl)

Correspondentieadres  
ivdstelt@verenso.nl

# Geridderd

Mr. Dirk van der Wedden, arts/jurist

Tijdens het symposium 'Lessen uit de zaak Lucia de B.' dat werd gehouden op 18 mei jongstleden, werd specialist ouderengeneeskunde Metta de Noo-Derksen benoemd tot Ridder in de Orde van Oranje-Nassau, vanwege haar inzet voor de ten onrechte veroordeelde Lucia de Berk.

De zaak Lucia de B. kwam in februari 2004 bij toeval op haar pad. Verhalen die getuigden van grote vooringomenheid en gebrek aan distantie bij artsen en justitie. Onwaarschijnlijkheden in de medische bewijsvoering legden een kiem van twijfel bij de veroordeling van Lucia de B. Eerst actief achter de schermen, later in de openbaarheid probeerde ze haar ongerustheid over de rechtsgang te verwoorden. Zes jaar van grote inspanning resulteerde uiteindelijk in de vrijspraak.

'J'accuse', de link naar Emile Zola werd in haar toespraak tot Metta gelegd door Ank Bijleveld, commissaris van de Koningin van Overijssel. Zola moest vluchten nadat hij in een open brief onrecht aan de kaak had gesteld. Vluchten was voor Metta niet nodig, maar het duurde lange tijd en er was veel weerstand, voordat haar observaties serieus werden genomen. Weten dat je gelijk hebt en beseffen dat gelijk krijgen iets totaal anders is; we kennen het allemaal.



In de medische wereld is nauwelijks gesproken over de zaak Lucia de B. en er zijn nog steeds mensen die niet van haar onschuld overtuigd zijn. Het Juliana Kinderziekenhuis heeft nooit excuses aangeboden, in tegenstelling tot het Openbaar Ministerie. Een pleidooi voor een onafhankelijke revisieraad voor strafzaken vindt bij politieke partijen nauwelijks gehoor.

Hopelijk zal het niemand meer overkomen wat Lucia de Berk is (en wat iedereen die met patiënten werkt kan) overkomen. Helaas is herhaling niet uitgesloten. Maar Metta de Noo heeft ervoor gezorgd dat in zo'n geval iedereen zal terugdenken aan de zaak Lucia de B.

Metta de Noo, *Er werd mij verteld, over Lucia de B; de klok, de klepel en de klokkenluider. Met een voorwoord van Maarten 't Hart* (Aspekt, 2010)  
[www.luciadeb.nl](http://www.luciadeb.nl)

## ANTWOORDEN KENNISTOETS

- het onvermogen om urine te laten passeren (retentie), meestal door een obstructie (bijvoorbeeld ten gevolge van obstipatie, maligniteit, benigne prostaathypertrofie, blaashalsstenose, urethrastructuur of bloedstolsel) dan wel door een neurologische oorzaak (diabetische neuropathie, denervatie, dwarslaesie) of medicatie
  - het onvermogen urine vast te houden (incontinentie), echter dan uitsluitend indien het gepaard gaat met ernstige huidschade en voor het bieden van comfort op nadrukkelijk verzoek van de patiënt
- Er wordt geadviseerd bij voorkeur een zo klein mogelijke maat urethrale katheter te gebruiken (bijvoorbeeld charrière 14 of 16 aangezien grotere maten verder aanleiding geven tot lekkages.
- een arts is zelfstandig bevoegd tot uitvoering van blaaskatheterisatie
  - een verpleegkundige (niveau 4 en 5) mag in opdracht, functioneel zelfstandig, een blaaskatheterisatie uitvoeren
  - een niet-zelfstandig bevoegde (alle niveaus) mag, in opdracht van een arts, een blaaskatheterisatie uitvoeren, mits aan alle zorgvuldigheidseisen met betrekking tot bekwaamheid voldaan is.
- Onjuist, in verband met mogelijk cognitieve bijwerkingen moet terughoudend met anticholinergica worden omgegaan.
- de indicatie en de wijze waarop deze is bepaald.
  - de datum van de katheterisatie.
  - degene die de opdracht tot de katheterisatie gegeven heeft.
  - degene die de katheterisatie heeft uitgevoerd.
  - de uitvoering van de katheterisatie (ging het moeilijk/makkelijk, was het pijnlijk).
  - type katheter, maat, hoeveelheid vloeistof in de ballon en wanneer de katheter uiterlijk verwisseld dient te worden.
  - klachten van de patiënt.
  - het optreden van complicaties en preventie en behandeling van complicaties.

# Richtlijnen voor auteurs

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

## INDIENEN VAN EEN BIJDRAGE

### Tekst

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

### Taal

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

### Afbeeldingen/tabellen/figuren

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

### Literatuur

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

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

## VERKLARING AUTEURS

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

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

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

## PROCEDURE BEOORDELING BIJDRAGE

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

## DRUKPROEVEN

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

## PLAATSING

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

## REDACTIEADRES

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

## INLICHTINGEN

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