

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

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

Copyright© 2011

Inhoudsopgave

126 Redactioneel

Wetenschappelijk artikel

- 127 Het mobiele delierteam voor tijdige detectie en behandeling van delier bij ouderen verwezen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
134 Het malen van tabletten en openen van capsules op psychogeriatrische afdelingen in het verpleeghuis

Kennistoets

- 138 Kennistoets osteoporose en fractuurpreventie

Voor aankondiging

- 138 Afscheidsrede prof. dr. Miel W. Ribbe

Buitenland

- 139 Oud en der dagen zat: Gluren bij de Buren
Deel 2: Verpleeghuiszorg in Duitsland I

- 143 Antwoorden Kennistoets

5 vragen aan ...

- 144 5 vragen aan Arko Oderwald

Boekbespreking

- 146 Palliatieve zorg Richtlijnen voor de praktijk
147 Handboek COPD Onderzoek, diagnose en therapie
147 Interne geneeskunde

Amuse

- 148 Noblesse Oblige

Ouderengeneeskunde 2.0

- 149 Ouderengeneeskunde 2.0

Leergang

- 150 Leergang ouderengeneeskunde

Van de voorzitter

- 151 Langdurige zorg moet beter en betaalbaar!

CAT

- 152 Nieuwe rubriek: CAT
153 Dementie bij de Ziekte van Strümpell

Bureau Verenso

- 155 Professionalisering gaat verder

Gesignaleerd

- 158 Relatie tussen cytomegalievirusinfectie en influenzavaccinatierespons nader onderzocht
159 Richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie, derde herziening (2011)

Hora est

- 162 SAFE or SORRY? A programme to implement multiple guidelines simultaneously

- 164 Richtlijnen voor de auteurs

Nieuwe rubrieken

Jos Konings, hoofdredacteur



In dit nummer van het tijdschrift zijn twee nieuwe rubrieken opgenomen en wel Ouderengeneeskunde 2.0 en CAT. Ouderengeneeskunde 2.0 brengt nieuws en wetenswaardigheden uit de wereld van internet, apps en sociale media. Er wordt melding in gemaakt van voor onze beroepsgroep interessante websites. Met name de website werkenin-ouderengeneeskunde.nl blijkt vruchten af te werpen: veel verzoeken voor meeloopdagen van jonge dokters. SOON (Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland) heeft inmiddels een eigen Facebook-pagina. Specialisten ouderengeneeskunde worden aangezet om te tweeten over het vak. En er zijn inmiddels talloze medische applicaties beschikbaar met de besturings-systemen van Apple en Android als koplopers.

CAT staat voor 'Critical Appraised Topic': een beknopt verslag volgens een vast stramien waarin een klinische vraag wordt beantwoord door kritische beoordeling van wetenschappelijke literatuur. Voor informatie over het maken van CAT's wordt verwezen naar enkele Nederlandse standaardwerken met betrekking tot evidence-based geneeskunde. CAT-opdrachten worden veel gebruikt in het huidige onderwijs, zowel in basis- als vervolgopleiding. Lonneke Schuurmans, redactielid en kaderPG cursist bijt de spits af met een CAT over dementie bij de ziekte van Strümpell.

Verder is er in dit nummer uitgebreid aandacht voor het mobiele delierteam voor tijdige detectie en behandeling van delier bij ouderen in de GGZ. Anne Stroomer-van Wijk en Dika Luijendijk doen verslag van de werkwijze, bevindingen en resultaten van het team van Parnassia in de regio Den Haag. Delier komt vaak voor bij patiënten verwezen voor ambulante psychogeriatrische zorg. Er lijkt bij tijdige detectie en behandeling aanzienlijke winst te behalen.

Een volgend artikel handelt over de problemen rond medicatie-inname in de verpleeghuissetting. Slikstoornissen

komen frequent voor. Op aanzienlijke schaal wordt ervan gebruik gemaakt om capsules te openen en tabletten te malen om de inname ervan te vergemakkelijken. Dit kan echter gevolgen hebben voor onder meer de werkzaamheid, eventuele toename van bijwerkingen en problemen met betrekking tot de hygiëne. Er wordt in het artikel van Jeremy Falandt e.a. verslag gedaan van onderzoek onder acht verpleegkundigen van twee psychogeriatrische afdelingen naar de toedieningsvorm van medicatie op psychogeriatrische afdelingen van verpleeghuizen.

In de rubriek 'Gluren bij de burens' wordt verslag gedaan van de stand van zaken in de ouderengeneeskunde/zorg in Duitsland. Verpleeghuizen hebben in principe, anders dan in Nederland, een verpleegkundige als leidinggevende. Huisartsen vervullen niet zoals in Nederland de poortwachtersrol. Het aantal ziekenhuisopnames vanuit verpleeghuizen blijkt er zeer hoog te zijn. Verpleeghuispatiënten ondergaan door het ontbreken van een goede verwijzing en medische informatie in het ziekenhuis vaak belastende diagnostiek en therapie. De omgang met lijden en sterven blijkt aanzienlijke verschillen te vertonen met zoals die in Nederlandse verpleeghuizen plaatsvindt.

Tevens is er in dit nummer onder meer aandacht voor twee nieuwe multidisciplinaire richtlijnen: *Herkenning en behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen* en *Verantwoorde diabeteszorg voor kwetsbare ouderen*. Verenso participeerde samen met andere wetenschappelijke verenigingen in de multidisciplinaire werkgroepen die deze richtlijnen tot stand hebben gebracht.

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

Het mobiele delierteam voor tijdige detectie en behandeling van delier bij ouderen verwezen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg

Drs. Anne Stroomer-van Wijk, sociaal geriater, Parnassia Ambulant Centrum Ouderenspsychiatrie, Den Haag
Dr. Dika Luijendijk, sociaal geriater en epidemioloog, Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden en BAVO Europoort, afdeling ouderenspsychiatrie, Rotterdam

INLEIDING

Delier is een ernstig psychiatrisch syndroom dat bij kwetsbare ouderen zeer vaak voorkomt. Bij ouderen die in een algemeen ziekenhuis opgenomen zijn is delier de meest voorkomende complicatie (10-40%).¹ Ook bij ouderen die zelfstandig of in een verzorgingshuis wonen komt delier waarschijnlijk vaak voor door de dubbele vergrijzing en doordat ouderen langer thuis blijven wonen. Betrouwbare gegevens over het voorkomen van delier bij ouderen thuis ontbreken echter.²

Delier wordt gekenmerkt door plotselinge achteruitgang van aandacht en cognitie. Het wordt veroorzaakt door somatische ontregeling of medicatie, bij kwetsbare oudere patiënten meestal door meerdere oorzaken tegelijk.^{3,5} Pre-existente cognitieve achteruitgang bijvoorbeeld door dementie is de belangrijkste predisponerende factor.^{3,4} Tijdens een periode van delier ervaren patiënt en omgeving veel stress en is er voortdurend gevaar voor nieuwe complicaties. Daarnaast is delier geassocieerd met een verhoogd risico op ernstige langetermijngevolgen, zoals blijvend verlies van zelfredzaamheid, snellere progressie van dementie en vervroegd overlijden.⁶ Delier is in principe goed te behandelen door de onderliggende oorzaken weg te nemen, mits dit tijdig en adequaat gebeurt en complicaties worden voorkomen.

Ondanks de enorme impact van delier op het welzijn van ouderen, de effectiviteit van tijdige en adequate behandeling, en de toegenomen aandacht voor delier in wetenschappelijk onderzoek en medische praktijk wordt delier bij ouderen nog steeds vaak niet herkend. Delier bij patiënten in ziekenhuizen wordt in meer dan de helft van de gevallen niet gediagnosticeerd.⁷ Ook bij thuiswonende ouderen wordt delier waarschijnlijk vaak niet herkend waardoor adequate behandeling uitblijft. Een klein deel van deze delirante ouderen komt bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg (GGZ) terecht.

Wij hadden het vermoeden dat ook in de ambulante GGZ voor ouderen delier vaak laat of niet herkend wordt. Daar-

om werd op een ambulante afdeling ouderenspsychiatrie van Parnassia in de loop van 2009 een mobiel delierteam (MDT) opgericht dat als doel had om aangemelde patiënten met een delier vroegtijdig op te sporen en te behandelen. Een secundair doel was om enig inzicht te krijgen in het voorkomen van delier bij patiënten verwezen naar de GGZ vanwege psycho-geriatrie (pg) problematiek. In dit artikel beschrijven wij allereerst de werkwijze van het MDT. Vervolgens geven wij voor de periode van januari tot juli 2010 een overzicht van de werkzaamheden van het MDT en de karakteristieken van de patiënten met een delier. Wij eindigen met een korte beschouwing over de ervaringen van het MDT.

WERKWIJZE

Setting

Parnassia Ambulant Centrum Ouderen Noord West (PACO Noord West) is een van drie ambulante centra voor ouderenspsychiatrie van Parnassia, een GGZ instelling met diverse klinieken en ambulante centra in de regio Den Haag. In 2010 werden bij deze afdeling 1100 patiënten aangemeld, de helft wegens pg-problemen.

In januari 2009 werd een apart delierteam opgezet om vroegtijdige detectie en behandeling van delier te bevorderen bij patiënten met aanwijzingen voor delier bij aanmelding. Dit team bestond uit één sociaal geriater (A.S.W.), een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en een ambulante verpleegkundige. Twee AIOS (psychiatrie respectievelijk ouderengeneeskunde) waren actief betrokken en namen waar voor de sociaal geriater bij haar afwezigheid. Meestal deed de sociaal geriater de eerste beoordeling samen met een van de verpleegkundigen. In een wekelijks overleg besprak het team de nieuw bezochte patiënten en lopende behandelingen. Een neuropsycholoog verzorgde de beoordeling en verwerking van metingen met cognitieve testen. Vanaf januari 2010 zijn systematisch gegevens verzameld over de patiënten die door het team gezien zijn.

Detectie door het MDT

Het werk van het MDT begon zodra een aanmelding binnenkwam. De arts of SPV van het team beoordeelde dagelijks de aanmeldgegevens van nieuwe patiënten op eventuele aanwijzingen voor een delier. Zeer vaak echter was de verstrekte medische informatie zo summier dat niet beoordeeld kon worden of sprake zou kunnen zijn van een (recent doorgemaakt) delier of niet (zie kader). Als delierproblematiek niet met zekerheid was uit te sluiten, dan werd de contactpersoon gebeld. Meestal was dat de primaire mantelzorger zoals de partner of een kind. Een gestructureerde telefonische vragenlijst werd afgenomen. De lijst is begin 2009 in gebruik genomen en vanaf januari 2010 consistent bij alle betreffende patiënten toegepast (*de vragenlijst is op te vragen bij de auteur*).

De vragenlijst begint met een introductie waarin het doel van het gesprek wordt uitgelegd. Vervolgens worden de symptomen van delier zoals vermeld in de DSM-IV⁸ uitgevraagd inclusief de datum waarop de eerste verschijnselen ontstonden. Daarna volgen vragen om precipiterende factoren (uitlokkende factoren) te achterhalen, en tot slot vragen over predisponerende factoren (risicofactoren). Op basis van de antwoorden schatte de sociaal geriater het risico op delier in en gaf aan of een spoedbeoordeling geïndiceerd was. De mogelijke uitkomsten van de triage waren:

- (Enige) verdenking delier > spoedbeoordeling binnen 48 uur
- Geen verdenking, wel hoog risico > intake binnen een week, eventueel advies geven aan huisarts
- Geen verdenking delier, laag risico > reguliere intake

Diagnostiek door het MDT in de thuissituatie

Elke patiënt met (enige) verdenking op delier werd binnen 48 uur thuis beoordeeld door de sociaal geriater, al of niet samen met de ambulante verpleegkundige of de SPV. Het onderzoek was in eerste instantie gericht op beoordeling

van de mentale en lichamelijke toestand van de patiënt. Onafhankelijk van de toegankelijkheid van de patiënt voor een gesprek en de omstandigheden waarin de patiënt werd aangetroffen werd toch altijd getracht een psychiatrisch onderzoek te doen. Dat onderzoek was gericht op het achterhalen van (kern)symptomen van delier, tijdens het huisbezoek, maar ook in de voorafgaande periode.⁹ Essentieel uitgangspunt was dat *elke (sub)acute verandering van gedrag en/of mentale status kan berusten op delier*. De hetero-anamnese en informatie uit zorgdossiers waren dan ook onmisbaar om het exacte begin, het beloop, en de aard van de klachten en symptomen te achterhalen. De sociaal geriater ging na of er sprake was van plotselinge toename van langer bestaande cognitieve stoornissen en of er eerder perioden van snelle achteruitgang waren geweest. Ook werden aanwijzingen voor lichamelijke ziekten, verandering in medicatie, betrouwbaarheid van medicatie-inname en ingrijpende sociale gebeurtenissen nagevraagd.

Bij het psychiatrisch onderzoek kwamen tijdens de anamnese vaak al stoornissen van aandacht, oriëntatie en geheugen aan het licht. Er werd speciaal gelet op subtiele stoornissen van de aandacht, als die tijdens de anamnese nog niet waren opgevallen. Naast de 100-minus-7-taak van de MMSE (mini-mental state examination),¹⁰ gebruikte het MDT vaak de MB (*month backward*), een andere eenvoudige aandachtstest, waarbij de patiënt gevraagd werd de maanden van het jaar in omgekeerde volgorde op te noemen.¹¹ De MMSE werd ook afgenomen om het niveau van cognitief functioneren te bepalen en later te kunnen volgen. Verder werden bij patiënt en mantelzorger hallucinaties uitgevraagd, uitingen van doodsangst of doodswens, en suïcidaal of agressief gedrag (ten gevolge van psychotische angst). Na elk face-to-face contact werd de Delier-O-Meter ingevuld, een verpleegkundige beoordelingsschaal voor de ernst van delier.¹²

Op basis van de bevindingen uit alle bronnen stelde de

VOORBEELD VAN VOLDOENDE INFORMATIE:

Een 71-jarige man wordt aangemeld wegens geleidelijk toegenomen geheugenklachten sinds 1,5 jaar. Echtgenote wil weten of hij daarvoor behandeld kan worden. De voorgeschiedenis vermeldt hoge bloeddruk (onder controle met metoprolol 100mg rdd1) en een arthroplastiek van de rechterknie. Bijgeleverd bloedonderzoek laat behoudens een laagnormaal vitamine D geen bijzonderheden zien.

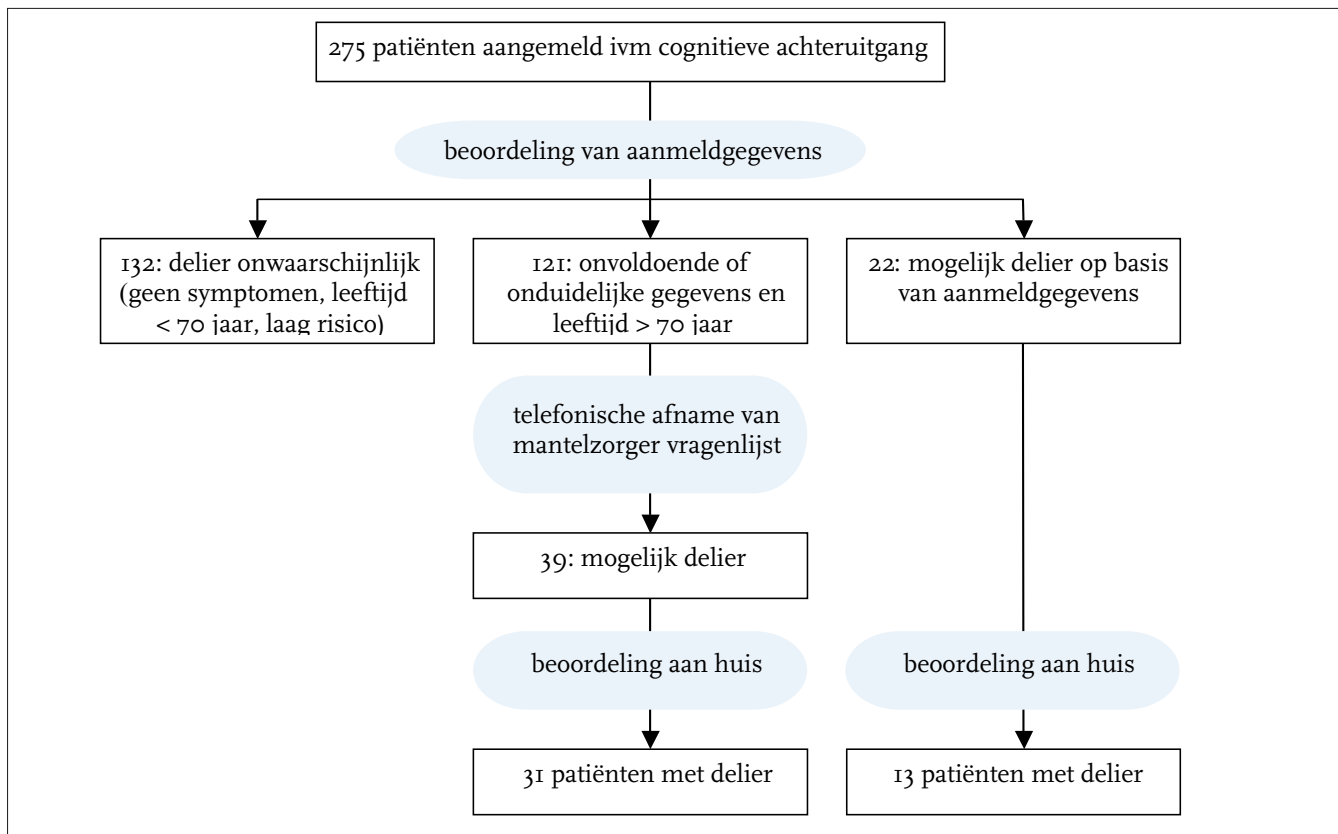
Conclusie: geen verdenking, reguliere intake door SPV.

VOORBEELD VAN ONVOLDOENDE INFORMATIE:

Een 89-jarige alleenwonende weduwe wordt door de huisarts telefonisch aangemeld bij het centrale meldpunt wegens geheugen- en ADL-problematiek. De huisarts denkt aan een dementieel syndroom en vraagt onderzoek, advies en begeleiding, geen spoed. Op verzoek van het meldpunt faxt de huisarts recent bloedonderzoek, dat een macrocytaire anemie en verlaagd vitamine B12 laat zien. Er zijn geen verdere somatische gegevens. Het MDT beoordeelt de aanmeldgegevens en concludeert dat er onvoldoende informatie is om delier uit te sluiten.

Als het MDT vervolgens de dochter belt, dan blijkt deze sinds tweeënhalve week bij haar moeder te logeren. Patiënte heeft door een recente val een lelijke wond aan haar arm die gehecht moest worden. Ze heeft diclofenac gekregen, waarop ze suf is geworden, soms niet weet waar ze is, lichtflitsen ziet en daardoor denkt gefilmd te worden. Sinds de diclofenac gestopt is gaat het iets beter, maar ze eet en drinkt niets uit zichzelf en valt nog steeds bijna dagelijks. Al een paar jaar gaat het geheugen achteruit, en de dochter beschrijft een eerdere episode van delier.

Conclusie: verdenking delier, spoedvisite is nodig.



Figuur 1. Stroom van patiënten van aanmelding tot diagnose delier.

sociaal geriater van het MDT tijdens het eerste bezoek de werkdiagnose delier aan de hand van de DSM-IV criteria in combinatie met de Confusion Assessment Method, een gevalideerd meetinstrument voor de diagnostiek van delier.¹³ Hierbij werden ook subsyndromale delieren als delierproblematiek aangeduid.¹⁴⁻¹⁵ Als het onderscheid van andere ziektebeelden, zoals depressie of dementie (nog) niet te maken was, stond delier bovenaan in de DD en was de werkdiagnose delier zolang delier niet kon worden uitgesloten. De systematiek voor diagnostiek van delier bij thuiswonende patiënten, die het MDT heeft aangehouden, is eerder meer in detail beschreven.¹⁶

Behandeling door het MDT in de thuissituatie

Zodra de werkdiagnose delier was gesteld zette het MDT een integraal behandelbeleid in. Dit gold ook voor de subsyndromale delieren. Vier pijlers vormden de basis: 1) opsporen en behandelen van zoveel mogelijk oorzaken en risicofactoren, 2) extra ondersteunende zorg, 3) voorlichting en instructies voor mantelzorgers en verzorgenden, 4) beheersing van symptomen en gedrag.

Ad 1: Om zoveel mogelijk oorzakelijke factoren te kunnen wegnemen bracht het MDT op basis van actief verzamelde informatie uit somatische voorgeschiedenis, heteroanamnese, lichamelijke klachten, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en medicatiegebruik alle potentiële uitlokkende factoren en alle risicofactoren, waarvan er vaak meerdere beïnvloedbaar zijn, in kaart. Delier bij kwetsbare ouderen is immers altijd multifactorieel bepaald en hoe

meer risicofactoren er zijn, hoe kleiner de somatische verstoring hoeft te zijn om een delier uit te lokken.^{3,4} De huisarts werd meestal benaderd om laboratoriumonderzoek te doen of te herhalen, om in overleg de medicatie indien mogelijk te saneren, en de behandeling van somatische oorzaken op zich te nemen.

Ad 2: Extra ondersteunende zorg is noodzakelijk om de lichamelijke conditie van de patiënt te optimaliseren en functieverlies te beperken. Het MDT inventariseerde de aanwezige zorg en gaf uitleg over de noodzaak van toezicht, begeleiding of soms volledige verzorging, en het belang van dagstructuur, afwisseling van rust en beweging en reactivering. Bijna altijd schakelde het MDT voor deze intensieve zorg professionele zorg in - meestal met spoed aangevraagd door de ambulante verpleegkundige van het team - maar de mantelzorgers hielden een centrale rol. Hun draagdracht en bereidheid deze rol op zich te nemen met ondersteuning van het delierteam bepaalden dan ook in sterk mate of een patiënt met delier thuis behandeld kon worden.

Ad 3: Herhaalde voorlichting aan familie en verzorgenden over het ziektebeeld, de noodzakelijke zorg en het te verwachten beloop was essentieel om behandeling in de thuissituatie succesvol te laten verlopen. Het MDT had frequent ondersteunend contact met de verzorgenden tijdens huisbezoeken en telefoongesprekken om het beloop te bespreken en instructies over de zorg te geven. Bij het eerste contact werd een folder met informatie over delier overhandigd.

Ad 4: De haalbaarheid van de behandeling in de eigen woonomgeving hing ook sterk samen met de hanteerbaarheid van het gedrag van de patiënt. Alleen al door een geruststellende benadering, ondersteunende begeleiding en veiligheidsmaatregelen kon onrustig of gevaarlijk delirant gedrag vaak gunstig beïnvloed worden. Bij ernstige angst of agitatie, als gevolg van psychotische belevingen, werd symptomatisch haloperidol gegeven in lage dosering (0.5-2 mg, max. 3 mg/ dag).

Gelijktijdige aandacht voor elk van de vier pijlers zowel tijdens de behandeling als in de maanden erna achtte het MDT van cruciaal belang in de thuissituatie. Om dit vier-pijlerplan te kunnen toepassen en tot succesvolle thuisbehandeling te komen zocht het team uiteraard samenwerking en afstemming met de huisarts en wijkverpleegkundige. Op indicatie werd soms een klinisch geriater betrokken voor algemeen geriatrische diagnostiek en/of behandeling in de (poli)kliniek van Parnassia.

Het MDT gaf gestructureerd nazorg tot minimaal drie maanden na aanmelding. In de eerste twee weken had een verpleegkundige frequente *face-to-face* en telefonische contacten, zo nodig twee tot drie keer per week. De sociaal geriater deed meestal binnen een week een herbeoordeling. Zodra de zorg goed geregeld was en het delier grotendeels verbleekt was, werd de contactfrequentie teruggebracht tot een huisbezoek door de ambulante verpleegkundige per een-twee weken. Als het delier twee maanden in remissie was werd de MMSE herhaald en volgde indien nodig een reguliere pg-screening. Het MDT sloot de zorg meestal na drie maanden af. Als een dementie was vastgesteld werd de zorg overgedragen voor extramurale zorg vanuit een verpleeghuis. Voor meer details over de methodiek van behandeling van delier in de thuissituatie verwijzen wij naar eerdere beschrijvingen.¹⁶

RESULTATEN: PATIËNTKENMERKEN EN WERKZAAMHEDEN

Tussen 1 januari en 1 juli 2010 werden 551 patiënten verwezen naar het centrum (figuur 1). Daarvan waren er 275 aangemeld voor diagnostiek of behandeling van pg-problematiek. Figuur 1 geeft een overzicht van de werkzaamheden van het MDT voor deze patiënten. Van elke pg-patiënt werden eerst de verwijsgegevens doorgenomen. Bij 132 achtte het MDT op basis van deze gegevens delier onwaarschijnlijk. Bij 22 patiënten was er wel aanleiding een delier te vermoeden: soms werd 'delier' door de verwijzer genoemd, of betrof het een patiënt die al door de acute dienst was beoordeeld. Bij de overige 121-patiënten was onvoldoende informatie aanwezig om het risico op delier te kunnen inschatten. De meeste van deze patiënten waren verwezen met de vraag om dementie-screening, vaak zonder verdere vermelding van klachten, voorgeschiedenis of medicatie.

Het MDT heeft de mantelzorgers van deze 121-patiënten opgebeld. Na afname van de vragenlijst waren er bij 39 van deze patiënten aanwijzingen voor een mogelijk delier. Van

Leeftijd, gemiddelde (bereik)	87 (72-102)*
Geslacht, % vrouw	82
Woonsituatie zelfstandig, % verzorgingshuis, %	48 52
Aanmeldreden dementie, % delier, % depressie, % psychose, %	43 22 20 14
Diagnoses Delirium volgens DSM-IV criteria† Delirium NAO‡	72 28
Presentatie, % hallucinaties stil delier	48 16
Begin symptomen, gemiddeld aantal weken voor aanmelding (bereik)	2 (0.3-9)
Oorzaken, % medicatie infectieus stoornissen van elektrolyten en vochtbalans diabetes ontregeld cardiovasculaire aandoeningen fractuur operatie combinatie van factoren	20§ 52 23 11 9 9 5 100
Pre-existente cognitieve stoornissen/dementie, %	48/ 14
Voorgeschiedenis met delier, %	41
Recente opname in ziekenhuis, %	48

Tabel 1. Kenmerken van de 44 patiënten met delier.

* 1 patiënt was jonger dan 75 jaar; † Delirium door somatische aandoening (293.0), geneesmiddel (292.81), of delier bij vasculaire dementie (290.41); ‡ Code 780.09; § bij 50% was medicatie een belangrijke factor (uitlokkend en bijdragend)

de 275 aangemelde pg-patiënten waren er dus in totaal 61 patiënten (22%) bij wie het MDT een delier vermoedde en een spoedbeoordeling noodzakelijk achtte. Met name een acuut begin, een wisselend beloop, de aanwezigheid van een (nieuwe) lichamelijke klacht en het gebruik van (risicovolle) medicatie of een verandering daarin leken belangrijke factoren te zijn voor de triage door het MDT. Bij 14 patiënten had de verwijzer zelf om een spoedbezoek gevraagd. Tweederde van de patiënten werd gezien binnen twee werkdagen en allen binnen vijf werkdagen. De tijd tussen aanmelding en diagnose was gemiddeld 1.85 dagen, terwijl dit voor de start van het MDT gemiddeld twee weken was en soms vier weken duurde. Bij 44 van de 61 bezochte patiënten werd een delier gediagnosticeerd. De prevalentie van delier in de groep pg-patiënten die tussen 1 januari en 1 juli 2010 bij deze afdeling waren aangemeld was 16%.

Tabel 1 beschrijft een aantal kenmerken van de patiënten met een delier. Opvallend was dat slechts 10 van de 44 delirante patiënten waren aangemeld vanwege een mogelijk

delier. Bij de overige patiënten dacht de verwijzer aan dementie, depressie, of psychose. Meestal ging het om een fluctuerend beeld met afwisselend initiatiefarmoede en onrustig gedrag, dit laatste meestal in de avond en 's nacht. Bij bijna allen was het dag/nacht ritme veranderd.

Bij 32 van deze 44 delirante patiënten voldeed het klinisch beeld volledig aan de DSM-IV criteria voor delirium. De overige 12 patiënten werden gediagnosticeerd als Delirium niet anders omschreven (NAO), omdat enkele kenmerken van delier aanwezig waren, maar niet alle DSM criteria. Voorbeeld hiervan is een delirant beeld zonder aanwijzing voor somatische ontregeling, of juist een zeer verdacht verloop en bij onderzoek nauwelijks delier symptomen. Ook patiënten die heteroanamnestisch recent een delier hadden doorgemaakt, en nog niet op het oude niveau functioneerden, kregen als werkdiagnose Delirium NAO. Bij deze patiënten was het delier vaak niet als zodanig benoemd en/of onvolledig behandeld.

Bijna altijd waren er meerdere somatische factoren aan te wijzen en vele risicofactoren (zie tabel 1). De meest voorkomende oorzaken waren infecties en medicatie. Middelen die bij meerdere patiënten een oorzakelijke rol speelden waren onder andere tramadol, diclofenac, TCA's, en middelen tegen blaaskrampen en duizeligheid. Medicatie bleek bovendien in meer dan de helft van de gevallen een bijdragende factor. Bij drie patiënten was dat haloperidol.

Twaalf van de 44 patiënten werden intramuraal opgenomen wegens ernstig onderliggend somatisch lijden of vanwege zorg- of gedragsproblemen die de ambulante setting overschreden. De overige 32 patiënten werden ambulante behandeld volgens het vier-pijlerbehandelplan. Al was er bij het eerste huisbezoek soms nog geen aanwijsbare somatische oorzaak te vinden, vaak waren er wel bij elke pijler aanknopingspunten voor directe interventies. Zo kon begonnen worden met sanering van de medicatie, werd meestal direct extra thuiszorg ingezet, werd altijd voorlichting en instructies gegeven aan familie en verzorgenden, en werd op indicatie een lage dosis haloperidol voorgeschreven (zeven keer). Dit beleid had meestal binnen enkele dagen een gunstig effect op het delirante beeld, dat verder verbleekte als het lukte om in samenwerking met huisarts en verzorgenden, thuis of in verzorgingshuis, dit beleid vol te houden. Na drie maanden woonden 29 van de 32 ambulante behandelde patiënten nog steeds in hun huis/verzorgingshuis, vaak met meer (thuis)zorg dan voorheen. Drie patiënten waren alsnog in een verpleeghuis opgenomen.

BESCHOUWING

Bij een ambulante afdeling voor ouderenpsychiatrie van Parnassia in Den Haag werd een apart mobiel deliersteam (MDT) opgericht om de detectie en behandeling van delier te bespoedigen bij patiënten die aangemeld waren voor ambulante psychogeriatrische zorg. Een secundair doel was om enig inzicht te krijgen in het voorkomen van delier bij deze

patiënten. Tussen 1 januari en 1 juli 2010 bezocht het team 61 van de 275 aangemelde pg-patiënten met spoed thuis vanwege het vermoeden van een delier. Het gemiddelde aantal werkdagen tussen aanmelding en diagnose werd verkort van twee weken naar twee dagen. Bij 44 van deze 61 patiënten was sprake van delierproblematiek. De prevalentie van delier in deze groep patiënten kwam daarmee op 16%. Niet eerder werd het voorkomen van delier onderzocht in een groep thuiswonende ouderen verwezen voor ambulante psychogeriatrische zorg.

De huidige werkwijze van ambulante afdelingen voor ouderenpsychiatrie en psychogeriatricie is meestal niet gericht op tijdige detectie van delieren. De complexe presentatie van symptomen, overlap met de symptomen van dementie, alsmede de algemene gedachte dat delier niet vaak voorkomt bij ouderen thuis dragen mogelijk bij aan onderdiagnostiek.¹⁷⁻¹⁹ Alleen als de verwijzer, meestal de huisarts, met spoed verwijst, bijvoorbeeld vanwege vermoeden van delier, zal de patiënt met spoed bezocht worden. In het gunstigste geval wordt pas na een reguliere intake vastgesteld dat waarschijnlijk sprake is geweest van een delier. Als zich eenmaal een crisissituatie heeft ontwikkeld ten gevolge van complicaties of uitputting van het (mantel)zorgsysteem, is een opname vaak onvermijdelijk. Vroege detectie was volgens het MDT dan ook een eerste vereiste. Het actief vergaren van informatie bij mantelzorgers direct na aanmelding bleek een belangrijke bijdrage te leveren aan de detectie, daar relevante informatie in de verwijsgegevens vaak ontbrak. Bovendien reageerden mantelzorgers positief op het telefonisch contact dat snel na aanmelding gezocht werd, ook omdat zij dan direct te horen kregen wat ze konden verwachten.

Het streven van het MDT om binnen twee werkdagen een uitspraak te doen over het al of niet aanwezig zijn van delier, verplichtte niet alleen tot snelle en zorgvuldige diagnostiek aan de hand van vastgestelde criteria, maar ook tot het onmiddellijk inzetten van een op delier gericht behandelplan. In veel gevallen bleek dat na het benoemen van de werkdiagnose delier en communicatie hierover met hulpverleners en mantelzorgers een samenhangend beleid op gang kon komen dat vaak binnen enkele dagen leidde tot het verbleken van het delier. Patiënten met een subsyndroom delier werden volgens hetzelfde vier-pijlerplan behandeld, waardoor mogelijk escalatie en complicaties werden voorkomen. Verondersteld mag worden dat door verschuiving van aandacht en tijdsinvestering naar een vroeger moment in de episode van delier, er complicaties, breinschade als gevolg van aanhoudend delier, leed, uitputting van mantelzorgers, opnames en kosten zijn voorkomen, en bij sommige patiënten institutionalisering werd uitgesteld. Juist ook bij mildere beelden bij thuiswonende patiënten lijkt door tijdige behandeling winst te behalen. Onderzoek naar deze veronderstelde positieve effecten in de ambulante setting is nog wel nodig.

Voor de patiënt met een delier biedt behandeling van delier thuis, nog een groot voordeel: de structuur van de bekende omgeving met bekende (in)formele verzorgers blijft behouden, terwijl die verloren zou gaan bij een klinische opname. Bovendien nemen kennis, ervaring en zelfvertrouwen van deze eigen verzorgers toe door hun intensieve betrokkenheid bij de behandeling thuis, en dit kan weer een recidief delier helpen voorkomen. Het MDT heeft ervaren dat een optimale afstemming met huisarts, wijkverpleegkundige en verzorgenden thuis en in het verzorgingshuis onontbeerlijk is maar niet altijd tot stand gebracht kon worden.

Of de verschijningsvorm van delier in de thuissituatie verschilt van delier in het ziekenhuis is moeilijk te zeggen. Patiënten in het ziekenhuis zijn doorgaans veel zieker, moeten vaak tijdelijk gefixeerd worden om behandeling mogelijk te maken en bevinden zich in een vreemde omgeving. Deze ziekenhuisfactoren zullen de ernst van het beeld zeker beïnvloeden. Uit recent onderzoek bleek desalniettemin dat het symptomenprofiel van delier bij verschillende categorieën patiënten (intensive care, hoogbejaard, terminaal) juist een opvallende overlap vertoonde.²⁰

Belangrijker nog dan curatie is preventie. Er is aangetoond dat 30% van de delieren die ontstaan in het ziekenhuis voorkomen kunnen worden.²¹ Dit is ongetwijfeld ook mogelijk bij patiënten thuis. Door risicofactoren bijtijds weg te nemen kan de kans op delier bij ziekte of ziekenhuisopname aanzienlijk verlaagd worden. Met name ook voor patiënten die voor selectieve operatie opstaan is dit belangrijk. Preventie vraagt om evaluatie van risicovolle medicatie en lichamelijk welbevinden van kwetsbare ouderen. Bovenal is een algemeen besef van het risico op delier bij alle kwetsbare ouderen nodig bij betrokken hulpverleners, en vooral artsen. Wij concluderen dat delier vaak voorkomt bij ouderen die verwezen worden voor ambulante psycho-geriatrie zorg. Het werk van het MDT maakt duidelijk dat tijdige diagnostiek van delier in de thuissituatie haalbaar is. Mantelzorgers kunnen informatie verschaffen die het opsporen van een delier kan bespoedigen. Adequate behandeling zal vervolgens leiden tot minder blijvende schade in termen van cognitieve vermogens en algemeen dagelijks functioneren, en de patiënt heeft een kleinere kans op institutionalisering of overlijden. Tijdige diagnostiek en behandeling van delier bij ambulante psycho-geriatrie patiënten vereist met name besef van de noodzaak hiervan en prioritering van dit onderwerp in de geestelijke gezondheidszorg.

DANKWOORD

Wij bedanken de leden van het MDT Annelies Berrevoets en Maarten Klein Breteler, ambulant verpleegkundigen, Marion Holtmark, SPV, Janneke Hoogveen, neuropsycholoog, Barbara Jonker, psychiater (destijds i.o.) en Renata Hamdan, specialist ouderengeneeskunde (destijds i.o.) voor hun inspanningen en enthousiasme, en Rob Kok, psychiater en epidemioloog, coördinator wetenschappelijk

onderzoek van Divisie Ouderen Parnassia, voor zijn aanmoediging en support.

LITERATUUR

1. Mast RC van der. De standaard 'Delier bij ouderen' van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de psychiatrie. *Ned Tijdschr Geneeskd.* May 17 2003;147(20):952-955.
2. NHG. NHG-standaard Delier bij ouderen. *Huisarts en Wetenschap.* 2003;46:141-147.
3. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA.* Mar 20 1996;275(11):852-857.
4. Laurila JV, Laakkonen ML, Tilvis RS, Pitkala KH. Predisposing and precipitating factors for delirium in a frail geriatric population. *J Psychosom Res.* Sep 2008;65(3):249-254.
5. Rolfson D. The causes of delirium. In: Lindsay J, Rockwood K, MacDonald A, eds. *Delirium in old age.* Oxford: Oxford University Press; 2002.
6. Witlox J, Eurelings LS, Jonghe JF de, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, Gool WA van. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA.* Jul 28 2010;304(4):443-451.
7. Foreman MD, Milisen K. Improving recognition of delirium in the elderly. *Primary Psychiatry.* 2004;11(11):46-50.
8. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text revision.* Washington (DC): APA; 2000.
9. Koponen H, Rockwood K, Powell C. Clinical assessment and diagnosis. In: Lindsay J, Rockwood K, MacDonald A, eds. *Delirium in old age.* Oxford: Oxford University Press; 2002.
10. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc.* Sep 1992;40(9):922-935.
11. O'Regan N, Ryan D, Clare J, Meagher D, Timmons S. Are screening tests for inattention useful to increase the detection of delirium? Amsterdam: 5th Scientific Congress on Delirium of the European Delirium Association; 2010.
12. Jonghe JF de, Kalisvaart KJ, Timmers JF, Kat MG, Jackson JC. Delirium-O-Meter: a nurses' rating scale for monitoring delirium severity in geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry.* Dec 2005;20(12):1158-1166.
13. Inouye SK, Dyck CH van, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* Dec 15 1990;113(12):941-948.
14. Levkoff SE, Evans DA, Liptzin B, et al. Subsyndromal delirium. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1996 4(3):320-329.
15. Cole M, McCusker J, Dendukuri N, Han L. The prognostic significance of subsyndromal delirium in elderly medical inpatients. *J Am Geriatr Soc.* Jun 2003;51(6):754-760.
16. Stroomer-van Wijk AJM. Delier. In: Luijendijk HJ, Verkaaik AJB, eds. *Handboek sociale geriatrie.* Utrecht: De Tijdstroom; 2006.

17. Rooij SE de, Munster BC van, Korevaar JC, et al. Delirium subtype identification and the validation of the Delirium Rating Scale--Revised-98 (Dutch version) in hospitalized elderly patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. Sep 2006;21(9):876-882.
18. Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM. Early recognition of delirium: review of the literature. *J Clin Nurs*. Nov 2001;10(6):721-729.
19. Trzepacz PT, Mulsant BH, Dew MA, Pasternak R, Sweet RA, Zubenko GS. Is delirium different when it occurs in dementia? A study using the delirium rating scale. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. Spring 1998;10(2):199-204.
20. Meagher D. *Advances in the phenomenology of delirium: 5th Scientific Congress of the European Delirium Association*; 2010.
21. Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med*. Mar 4 1999;340(9):669-676.

Correspondentieadres
a.stroomer@parnassia.nl

SAMENVATTING

Achtergrond en doel. Delier is een veel voorkomend psychiatrisch syndroom bij kwetsbare ouderen. Het is in principe reversibel als de onderliggende lichamelijke oorzaken tijdig worden opgespoord en adequaat behandeld. Op een ambulante afdeling ouderenpsychiatrie van Parnassia in Den Haag werd in 2009 een mobiel deliersteam (MDT) opgericht met als doel de detectie en behandeling van delieren bij ambulante psychogeriatrische patiënten te bespoedigen. In dit artikel doen wij verslag van het werk van het MDT.

Werkwijze. Het MDT bestond uit een sociaal geriater, twee verpleegkundigen, en een neuropsycholoog. Zij beoordeelden direct nadat een patiënt aangemeld was voor ambulante psychogeriatrische zorg de aangeleverde informatie op aanwijzingen voor delier. Zonodig nam het MDT contact op met de mantelzorgers voor een telefonisch interview. De sociaal geriater bezocht de patiënten met een mogelijk delier met spoed thuis. Het MDT verrichtte diagnostiek, en zette een behandelplan uit voor patiënten met een delier op basis van vier pijlers: opsporen en behandelen van zoveel mogelijk oorzaken en risicofactoren, extra ondersteunende zorg, voorlichting en instructies voor mantelzorgers en verzorgenden, en zo nodig medica-

menteuze behandeling van psychotische verschijnselen.

Resultaten. Tussen januari en juli 2010 werden 275 patiënten aangemeld voor ambulante psychogeriatrische zorg. Het MDT belde 121 mantelzorgers voor aanvullende informatie. 61 patiënten werden thuis bezocht wegens vermoeden van delier, gemiddeld 1,85 dagen na de aanmelding (voorheen duurde dit twee weken). 44 patiënten bleken een delier te hebben, waarmee de prevalentie op 16% kwam. Bij de helft van de patiënten was medicatie een faciliterende of uitlokkende factor. Het MDT behandelde 32 patiënten in de thuissituatie. Na drie maanden woonden 29 patiënten van hen nog steeds in hun (verzorgings)huis, 3 patiënten waren alsnog in een verpleeghuis opgenomen.

Conclusie. Delier komt vaak voor bij patiënten verwezen voor ambulante psychogeriatrische zorg. Aanvullende informatie van mantelzorgers die direct na aanmelding verworven wordt, kan tijdige herkenning en behandeling bevorderen. Prioritering van zorg aan thuiswonende patiënten met delier zal niet alleen de behandeling maar ook preventie van delier in deze populatie ten goede komen.

Het malen van tabletten en openen van capsules op psychogeriatrische afdelingen in het verpleeghuis

Drs. Jeremy Falandt, specialist ouderengeneeskunde, WoonZorgcentra Haaglanden, Den Haag

Drs. Hielke de Haan, specialist ouderengeneeskunde, Stichting Laurens, Rotterdam

Drs. Nienke Hartgers, specialist ouderengeneeskunde, WoonZorgcentra Haaglanden, Leidschendam

Dr. Machteld Polfliet, medisch bioloog, specialist ouderengeneeskunde P. van Foreest, Delft

INLEIDING

Ouderen in het verpleeghuis hebben vaak moeite met de medicatie-inname, onder andere door slikproblemen, bijvoorbeeld na een CVA of bij dementie. ⁽¹⁻³⁾ Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat het openen van capsules en het malen van tabletten dagelijkse praktijk is in (buitenlandse) zorginstellingen om de inname van medicatie te bevorderen. ^(4,5) Het veranderen van de toedieningsvorm van medicatie kan verschillende gevolgen hebben, zoals verminderde werkzaamheid, toename van bijwerkingen, slechte smaak en farmacologische interacties tussen verschillende geneesmiddelen met chemische instabiliteit en/of onoplosbaarheid tot gevolg. ^(1,5,6,10) Een ander aspect is dat bij het mengen van medicijnen met bijvoorbeeld appelmoes of vla interacties kunnen optreden, met een verlaging van de absorptie als gevolg. ⁽⁶⁾ Een ander nadeel van medicijnverstreking gemengd in voedsel is dat inname van de volledige dosis niet gewaarborgd is. Verder kan het malen van tabletten en openen van capsules problemen geven op het gebied van hygiëne en leiden tot contaminatie van medicatie. ^(1,7) Ook voor de medicatiedeler zijn er mogelijk schadelijke gevolgen, zoals herhaaldelijke blootstelling aan hormoonpreparaten, antibiotica en chemotherapeutica. Onze indruk was dat het veranderen van de toedieningsvorm van medicatie op psychogeriatrische afdelingen van Nederlandse verpleeghuizen vaak voorkomt. Om dit te objectiveren hebben wij vragenlijsten verstuurd naar verschillende verpleeghuizen in Zuid-Holland. Doel was te inventariseren hoe vaak medicatie van toedieningsvorm wordt veranderd. Tevens werden eventuele theoretische risico's op bijwerkingen, verminderde effectiviteit en risico's voor de medicatieverstreker in kaart gebracht.

METHODE

Een inventariserende, anonieme conceptvragenlijst werd ontwikkeld. Twee pilotstudy's werden verricht onder in totaal acht verpleegkundigen werkzaam op twee psychogeriatrische afdelingen. Aan de hand van hun feedback werd de definitieve vragenlijst vastgesteld. Toestemming van de wetenschappelijke commissies, dan wel het management

van de verschillende verpleeghuizen, werd verkregen. De vragenlijst werd met invulinstructie en begeleidende brief verstuurd naar veertien verpleeghuizen in de regio Zuid-Holland, ter attentie van de teamleiders van de psychogeriatrische afdelingen. Het betrof hier afdelingen voor kleinschalig wonen, observatie- en screeningsafdelingen, en reguliere afdelingen voor langdurig verblijf. Zes weken na versturen van de vragenlijsten werd een e-mail ter herinnering gestuurd.

De vragenlijst diende te worden ingevuld door de zorgverlener die op dat moment verantwoordelijk was voor het verstrekken van de medicatie op de betreffende verpleegafdeling. Per deelronde werd gevraagd om voor de eerste en de laatste bewoner een vragenlijst in te vullen. Bewoners die medicatie in eigen beheer hadden werden geëxcludeerd. De vragenlijsten waarbij vraag 1 en 2 volledig waren ingevuld werden geïnccludeerd. Als vraag 3 incorrect of niet was ingevuld, werd de betreffende lijst wel geïnccludeerd in het onderzoek, maar werd de informatie als missing data voor de betreffende subvraag weergegeven. Data werd geanalyseerd met behulp van SPSS (SPSS for Windows, Rel. 17.0. 2008. Chicago: SPSS Inc.)

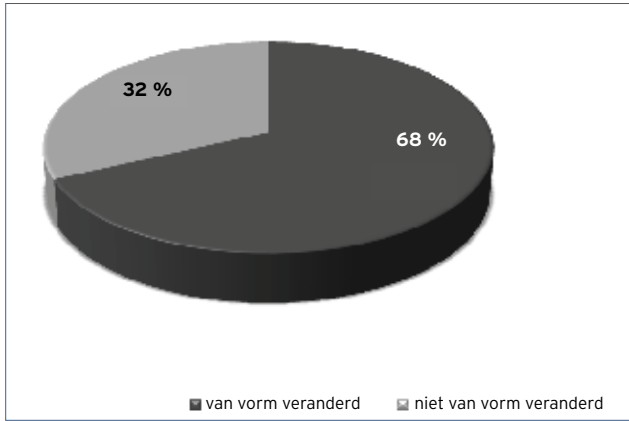
RESULTATEN

Respons

In totaal zijn er 150 vragenlijsten opgestuurd naar 14 verpleeghuizen in de regio Zuid-Holland, hiervan zijn er 71 (47%) geretourneerd. Van de 71 vragenlijsten zijn er 9 afgevallen, omdat vraag 1 en/of 2 onvolledig waren ingevuld. Uiteindelijk zijn 62 (41%) vragenlijsten geïnccludeerd.

Vormverandering van medicatie

Van de 62 patiënten werd bij 42 (68%) medicatie van vorm veranderd (zie figuur 1). Van in totaal 387 recepten (dit omvat naast tabletten en capsules ook middelen als zalven, druppels, inhalatiemedicatie) zijn er 165 (43%) van vorm veranderd. Van de 165 recepten die van vorm zijn veranderd, zijn er 144 (87%) gemalen; 17 (10%) geopend en vier (2%) anders bewerkt (opgelost of gehalveerd) (zie figuur 2).



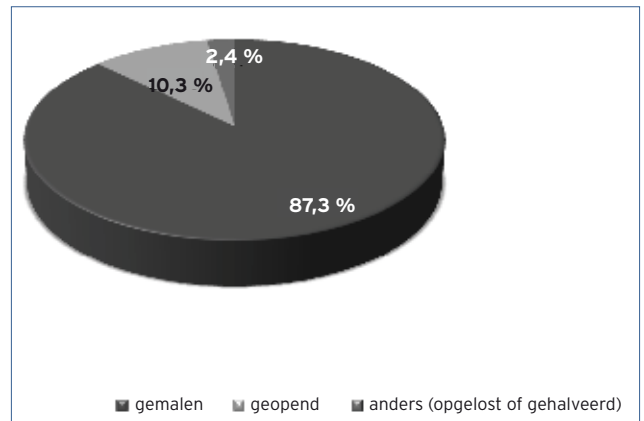
Figuur 1: Percentage patiënten (n=62) waarbij medicatie van vorm veranderd is.

Instructie van arts of apotheker

Van de 165 recepten die van vorm veranderd zijn, is er in 95 (58%) gevallen een toedieningsadvies van arts of apotheker. De wijze en inhoud van deze adviezen zijn in deze studie niet onderzocht.

Reden voor vormverandering

De reden van vormverandering is bij 37 van de 42 vragenlijsten aangegeven. 5 vragenlijsten vallen voor deze vraag af in verband met het onduidelijk of niet invullen van vraag 3. In geen van de gevallen is er sprake van een neussonde. Bij 1 patiënt wordt de medicatie veranderd omdat deze een PEG-sonde heeft. Bij 18 patiënten is er sprake van slikklachten. Bij 15 patiënten wordt de medicatie van toedieningsvorm veranderd omdat het verborgen wordt gegeven. Bij 1 patiënt wordt de medicatie op eigen verzoek gemalen. Bij 2 patiënten wordt geen expliciete reden vermeld.



Figuur 2: Methode van vormverandering (n=165 recepten)

Overzicht van de medicatie die niet van vorm veranderd mag worden

Uitgaande van het Handboek Enteralia⁽⁸⁾ zijn in dit onderzoek 15 verschillende soorten medicijnen onterecht van vorm veranderd. Van het totaal aantal van 165 recepten zijn 25 (15%) medicijnen onterecht van vorm veranderd (zie tabel 1).

DISCUSSIE

Uit buitenlands onderzoek is al langer bekend dat het malen van tabletten en openen van capsules dagelijkse praktijk is in verpleeghuizen.^(1,4) Ook bij Actiz, Nederlandse organisatie voor zorgondernemers, zijn de problemen rond geneesmiddeltoediening bekend. De exacte omvang van dit probleem in Nederlandse zorginstellingen is niet duidelijk.⁽⁹⁾

Uit onze studie is duidelijk geworden dat op de psychogeriatrische afdelingen van de onderzochte verpleeghuizen bij het merendeel (68 procent) van de patiënten de medicatie

Medicatie	(*) Frequentie vormverandering	Potentieel risico
Omeprazol Pantoprazol Bisacodyl	10 4 1	Maagsapresistente coating Medicijn hoort de maag te passeren zonder uit elkaar te vallen. Kan irritatie van maagslijmvlies en gastrointestinale klachten geven; en kan verminderde werkzaamheid tot gevolg hebben.
Galantamine ^(Reminyl ret.) Gliclazide Metoprolol succinaat Nifedipine retard Kaliumchloride ^(Slow-K)	1 1 1 1 1	Gereguleerde afgifte Bij het malen gaat het vertraagde-afgiftesysteem verloren. Medicijn komt in een keer vrij met toename van bijwerkingen en verkorte werkingsduur tot gevolg.
Amoxicilline Clindamycine Megestrol Propylthiouracil	1 1 1 1	Risico's voor medicatiedeler Malen geeft mogelijk risicovolle blootstelling aan medicatiedeler van antibiotica, hormoonpreparaten (Megestrol) of carcinogene/mutagene middelen (Propylthiouracil).
Olanzapine	1	Instabiel Ontleedt onder invloed van licht, wordt door malen instabiel, waardoor concentratie werkzame stof afneemt.

Tabel 1. Vormverandering van medicatie, die niet in lijn is met de voorschriften volgens het Handboek Enteralia.

(*) Frequentie vormverandering in absolute aantallen

gemalen wordt. Van het totaal aantal voorschriften wordt ruim 42 procent van vorm veranderd. Hierbij moet worden vermeld dat dit getal een relatieve onderrapportage is, omdat het totaal aantal recepten ook middelen als zalven, oogdruppels en inhalatiemedicatie omvat.

Het malen van tabletten en openen van capsules kan de farmacodynamiek en -kinetiek van de medicatie veranderen, met verminderde effectiviteit en/of bijwerkingen tot gevolg. ^(1,5,6) Verder kan dit problemen geven op het gebied van hygiëne en leiden tot contaminatie van de medicatie. ^(1,7) Tenslotte kan het schadelijke gevolgen hebben voor de medicatiedeler. ⁽⁵⁾ Uit ons onderzoek blijkt dat het veelal gaat om het malen van diverse protonpompremmers, waardoor de werkzaamheid vermindert. Daarnaast wordt er ook medicatie gevonden die een verandering in de farmacokinetiek kan veroorzaken, zoals kaliumchloride (Slow-K) en nifedipine retard.

Barnes et al. heeft in kaart gebracht wat voor de verpleging de beweegredenen zijn om medicatie van vorm te veranderen. De voornaamste redenen zijn: plichtsbesef, gedrag van de bewoner (bijvoorbeeld uitspugen), tijdswinst en kosten-effectiviteit. ⁽⁴⁾ Dat dit bijwerkingen en verminderde effectiviteit tot gevolg kan hebben, is bij de verpleging niet altijd bekend. ⁽⁹⁾ Uit onze studie blijkt dat slikklachten, of het verborgen geven van medicatie, de voornaamste redenen zijn voor het veranderen van toedieningsvorm.

Gezien het veelvuldig voorkomen van het onterecht wijzigen van toedieningsvorm en de daarbij behorende risico's rijst de vraag wie hiervoor verantwoordelijk is. Volgens Rendering, jurist bij de KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie), is dit een handeling die hoort bij de medicatietoediening. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt dus in de eerste plaats bij de medicatiedeler. ⁽⁹⁾ Daarnaast is de voorschrijvend arts verantwoordelijk voor het recept, inclusief het voorschrift over de wijze van toediening.

In tijden van personeelonderbezetting speelt tijdsdruk bij de verzorgende een belangrijke rol bij het van toedieningsvorm veranderen. ⁽⁵⁾ Dit maakt managers die de continuïteit en kwaliteit van het personeel plannen, medeverantwoordelijk voor onjuistheden in de wijze van toediening van medicatie.

Om tot een vermindering van het aantal onterechte vormveranderingen te komen zou allereerst de verzorgende niet op eigen initiatief medicatie mogen malen. Daarbij is signalering en terugkoppeling van problemen bij medicatie-inname door verzorgende aan de arts van groot belang, zodat waar mogelijk een alternatief kan worden voorgeschreven. De voorafkants op het malen van medicatie is zelfs zodanig groot, dat de arts hier tijdens het voorschrijven altijd bedacht op moet zijn. Scholing van verzorgende en periodieke medicatie-reviews met verzorgende, arts en apotheker zijn nodig om de kans op onjuiste medicatietoediening te verminderen.

Belangrijk voor de implementatie van bovenstaande punten is niet alleen dat er een goede communicatie is tussen verzorgende, arts en apotheker, maar dat dit alles ook breed gedragen wordt door het management van de betreffende zorginstellingen. Bovenstaande suggesties zouden vorm moeten krijgen in (aanpassing van) vaste richtlijnen en werkafspraken ten aanzien van de medicatieverstrekking.

Dit onderzoek kwam tot stand in het kader van het programma Wetenschappelijk Leeronderzoek van de beroepsopleiding Specialisme Ouderengeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

LITERATUUR

1. J. Stubbs, C. Haw, G. Dickens. Dose form modification - a common but potentially hazardous practice. A literature review and study of medication administration to older psychiatric patients. *International Psychogeriatrics*. 2008;20(3):616-627.
2. C. Ritmeijer, M. Severijns, W. van der Linden-Bollen, J. Sudar, N. van der Meijden, F. Kuijvenhoven, et al. NVVA Richtlijn slikproblemen. 2001. p. 2-3. Available from: <http://verenso.artsennet.nl/Artikel/Richtlijnen-handreikingen-1.htm>
3. D. Wright, N. Chapman, M. Foundling-Miah, R. Greenwall, R. Griffith, A. Guyon, et al. Consensus guideline on the medication management of adults with swallowing difficulties. In: *Guidelines - summarizing clinical guidelines for primary care*. Berkhamsted: Medendium Group Publishing Ltd; 2006. p. 373-376.
4. L. Barnes, J. Cheek, R. Nation, A. Gilbert, L. Paradiso, A. Ballantyne. Making sure the residents get their tablets: medication administration in care homes for older people. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56(2):190-199.
5. F. Mandemaker. Tabletten vaak verpulverd. *Pharmaceutisch Weekblad*. 2009 Nov 6:20-23.
6. A. James. The legal and clinical implications of crushing tablet medication. *Nursing Times*. 2004;100(50):28.
7. D. Wright. Medication administration in nursing homes. *Nursing Standard*. 2002;16(42):33-38.
8. L. Bosma, T. Heijnenbroek-van Herpen, D. Vogel. *Handboek Enterale. Het toedienen van orale geneesmiddelen aan patiënten met een sonde of slikklachten*. 3rd ed. Bohn Stafleu Van Loghum; 2006.
9. M. de Leeuw. Apotheker kan veel doen tegen vermaalpraktijk. *Pharmaceutisch Weekblad*. 2009 Nov 6:24-25.
10. Y. Bouwman. Crushing (2). *Pharmaceutisch Weekblad*. 2009 Aug 21:32.

Correspondentieadres
 hielke.dehaan@laurens.nl

SAMENVATTING

Inleiding: Ouderen in het verpleeghuis hebben vaak moeite met de medicatie-inname. Onze indruk was dat medicatie veelal van toedieningsvorm veranderd wordt met mogelijk verminderde effectiviteit en bijwerkingen tot gevolg.

Vraagstelling: Hoe vaak wordt medicatie op psychogeriatrische afdelingen van toedieningsvorm veranderd? Wat is de aard van de vormverandering (openen van capsules, malen of oplossen van tabletten)? Wat is de reden voor vormverandering? Hoe vaak is hiertoe een toedieningsadvies van arts en/of apotheker gegeven? Welke medicatie wordt van vorm veranderd? Welke mochten volgens het Handboek Enteralia niet van toedieningsvorm veranderd worden?

Methode: Vragenlijstonderzoek waarbij in totaal 150 vragenlijsten naar psychogeriatrische afdelingen van 14 verpleeghuizen binnen de regio Zuid-Holland zijn verstuurd.

Resultaten: Van de 150 verstuurd vragenlijsten zijn er 71 (47%) geretourneerd. 62 (41%) vragenlijsten werden geïncludeerd. Bij 68% van de patiënten wordt de medicatie van vorm veranderd. Van de van vorm veranderde medicatie wordt 87% gemalen. In 58% van de gevallen is er een toedieningsadvies. Medicatie wordt van vorm veranderd omdat er sprake is van slikstoornissen, of omdat het verborgen wordt gegeven. In 15% van de gevallen

zou medicatie conform het Handboek Enteralia niet van vorm veranderd mogen worden.

Conclusie: Het van toedieningsvorm veranderen komt zeer frequent voor. Dit met mogelijk verminderde effectiviteit en/of bijwerkingen tot gevolg en nadelige gevolgen voor patiënt en medicatiedeler. In ruim de helft van de gevallen is er een toedieningsadvies van arts en/of apotheker.

SUMMARY

Aim of this study is to map out to what degree dose-form modification is applied on psychogeriatric wards of Dutch nursing homes, what the reasons are for these modifications and how often this medication is - according to the Dutch Handboek Enteralia - inappropriately altered.

Data was collected using a questionnaire. Data from 62 patients was included, and contained information about the kind of medication the patients received, in which form it was given and why the dose-form was modified. Sixty-eight percent of all patients were given at least one drug of which the dose-form was modified.

This study shows that dose-form modification is very common on psychogeriatric wards of Dutch nursing homes. This potentially reduces effectiveness and / or can have adverse effects on patient and caregiver. In over half the cases there was an administration advice from either a doctor or pharmacist.

Kennistoets osteoporose en fractuurpreventie



KENNISTOETS

De richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie (derde herziening, 2011) is tot stand gekomen op initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Nederlandse Orthopaedische Vereniging, de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie en de Osteoporose Patiëntenvereniging. Het CBO droeg zorg voor de organisatie en coördinatie. Voor deze (derde) herziening werd subsidie verkregen van ZonMw op voorwaarde dat het een multidisciplinaire richtlijn zou worden, waarbij een aantal concrete problemen uit de dagelijkse praktijk aan de orde zou worden gesteld. Hierbij volgen vijf kennistoetsvragen die met behulp van deze richtlijn moeten kunnen worden beantwoord.

VRAGEN

1. Welke factoren/aandoeningen worden geassocieerd met secundaire osteoporose en een verhoogd fractuurrisico?
2. Hoe groot is het risico op een volgende fractuur bij postmenopausale vrouwen en mannen ouder dan 50 jaar

met een reeds aanwezige klinische en/of radiografisch aangetoonde wervelfractuur?

3. Wat is het advies van de Gezondheidsraad met betrekking tot de inname van vitamine D ter preventie van osteoporose en fracturen voor bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen?
4. De calciumsuppletie dient bij patiënten met osteoporose minimaal 1500 mg per dag te bedragen. Goed of fout?
5. Welke bisfosfonaten zijn middelen van eerste keus ter fractuurpreventie en onder welke voorwaarden mogen ze verstrekt worden?

VOORAANKONDIGING

VOORAANKONDIGING

Afscheidsrede prof. dr. Miel W. Ribbe

Op vrijdag 9 december 2011, aanvang 15.45 uur, zal prof. dr. Miel W. Ribbe in de Aula van het hoofdgebouw van de Vrije Universiteit zijn afscheidsrede uitspreken. Hij doet dit ter gelegenheid van zijn vertrek van de Vrije Universiteit vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd.

Miel Ribbe heeft de leerstoel verpleeghuisgeneeskunde/ouderengeneeskunde vanaf 1989 bekleed en was destijds de eerste gewone hoogleraar in dit vakgebied. In een van de komende tijdschriftnummers zal er uitgebreid aandacht besteed worden aan Miel Ribbe en de periode van zijn hoogleraarschap.

Deel 2: Verpleeghuiszorg in Duitsland I

Drs. Marijke van der Vaart, specialist ouderengeneeskunde

Mr. Axel Foerster, jurist

Eindredactie rubriek: prof. dr. Wilco Achterberg, LUMC, dr. Peter Achterberg, RIVM

Het tijdschrift besteedt in de rubriek 'Oud en der dagen zat: Gluren bij de burens' aandacht aan de zorg en behandeling van ouderen in internationaal perspectief. In de eerste aflevering stond het internationaal onderzoek in de schijnwerpers. In deze tweede aflevering wordt de Duitse gezondheidszorg en met name de verpleeghuiszorg bij onze Oosterburen besproken door collega Van der Vaart. Later volgt in deze rubriek nog een bijdrage over de inhoudelijke zorg in Duitse verpleeghuizen en de verschillen met Nederland.

Marijke van der Vaart is specialist ouderengeneeskunde. In 2008 verhuisde zij naar Berlijn en werkte daar anderhalf jaar als arts in een verpleeghuis van het Berliner Model (37 van de 240 Berlijnse verpleeghuizen werken volgens het Berliner Model: hier zijn artsen in dienst van het verpleeghuizen. In alle andere huizen en algemeen in Duitsland zijn huisartsen de behandelaars).

Thans is zij aangesteld als arts in het kwaliteitsmanagement bij de Vereniging Gesellschaftliche Integration von Senioren, die naast een klein verpleeghuis ook woongemeenschappen voor zwaar verstandelijk gehandicapten beheert in Berlijn en in Brandenburg.

DUITSE GEZONDHEIDZORG

Eerste- en tweedelijnszorg

Duitsland heeft een sterk ontwikkelde en goed toegankelijke klinische zorg. Er zijn 2080 ziekenhuizen, waaronder 663 privéklinieken. Het totale beddenaantal is 503422 (1 op 162 inwoners) met een bezettingsgraad van 77,4%, de gemiddelde ligduur is 8 dagen.¹ Ter vergelijking: Nederland heeft 1 ziekenhuisbed op 300 inwoners, met een gemiddelde ligduur van 3,3 dagen. In de ziekenhuizen werkten in 2005 147.000 artsen.

Poliklinieken bestonden alleen in de voormalige DDR en in het interbellum. Na de hereniging van Oost en West Duitsland in 1989 is de eerstelijnsbehandeling in handen gekomen van vrij gevestigde huisartsen en specialisten (in 2005 waren dit er 135.000, waarvan 1/3 huisarts en 2/3 specialist). Daardoor bestaat er een leemte tussen ziekenhuisbehandeling en (poliklinische) nazorg. De Wet Hervorming Gezondheidszorg (2004) tracht hierin verandering te brengen door het stichten van Medizijnische Versorgungszentren (MVZ), gezondheidscentra waar ver-

schillende huisartsen en specialisten werken, al dan niet in dienstverband, samen met therapeuten, wijkverpleging en apotheken.²

De Duitser bezoekt gemiddeld 19 maal per jaar een arts. Vrije artsenuis is wettelijk vastgelegd. Officieel verwijst de huisarts naar specialisten, maar specialistenbezoek op eigen initiatief is eerder regel dan uitzondering. De wetgever tracht de hoge consumptie wel terug te dringen met het heffen van extra toeslagen, tot nu toe echter zonder resultaat.

Ziektekostenverzekering

Er bestaat een wettelijke ziektekostenverzekering waarbij 90% van de Duitsers verplicht verzekerd is en 10% privé. De wettelijke premie bedraagt 15,5% van het inkomen: het werknemersaandeel is 8,2%, het werkgeversaandeel 7,3%. Bij een inkomensgrens van € 3.712 ligt de maximale werknemersbijdrage op € 304 per maand.

Het grote aantal ziekenfondsen (aanvankelijk meer dan 10.000!) is historisch ontstaan uit onder andere de bedrijfsziektekostenverzekeringen. Ziekenfondsen hadden eigen ziekenhuizen en kuuroorden en sloten contracten af met artsen en de farmaceutische industrie. In 1991 waren er 1200 ziekenfondsen. Door faillissementen en fusies is het aantal ziekenfondsen geslonken. In 2005 waren er nog 391, thans ongeveer 80.

De totale uitgaven aan de gezondheidszorg bedroegen in 2004 234 miljard euro, dit is 11,1% van het bruto nationaal product (zie voor een vergelijking met Nederland kader 3).²

VERPLEEGHUISZORG

In 2007 ontvingen ruim 1,5 miljoen mensen een vorm van zorg thuis, waarvan 2/3 door mantelzorgers en 1/3 door thuiszorgorganisaties. Er verbleven 709.000 bewoners in een van de 11.029 verpleeghuizen met een totale capaciteit van 800.000 bedden (dat is ongeveer 1 verpleeghuisbed per 100 inwoners). De gemiddelde verblijfsduur is drie jaar.¹

Duitsland lijkt daarmee veel meer verpleeghuisbedden te hebben, (Nederland heeft 63.000 bedden in 342 verpleeghuizen, 1 verpleeghuisbed per 270 inwoners), maar in de Duitse verpleeghuizen verblijven ook bewoners die in Nederland verzorgingshuisniveau hebben. De 'verpleeghuismarkt' is in Duitsland een vrije markt, die sinds 1996, toen de verpleegkostenverzekering werd ingevoerd, enorm gegroeid is. Er bestaan grote koepelorganisaties, naast kleine

DUITSLAND, NEDERLAND EN KOSTEN VAN (OUDEREN) ZORG.

Peter.achterberg@rivm.nl

Door de grote verschillen tussen landen in de structuur, organisatie en financiering van hun zorgsystemen zijn zorgkostenvergelijkingen vaak erg lastig. Dat is zeker zo op het gebied van kosten van ouderenzorg. Het fenomeen ‘verpleeghuis’ is bijvoorbeeld lang niet overal aanwezig of vergelijkbaar qua financieringswijze en/of functie. Er is door internationale samenwerking tussen de lidstaten van de WHO, Eurostat en de OESO wel een systeem uitgewerkt om nationale zorgkosten beter te vergelijken, het zogenaamde ‘System of Health Accounts’ (SHA) (Eurostat, 2011; OECD, 2011). De SHA-data voor Duitsland en Nederland (2005-2008) geven het volgende beeld:

In Duitsland fluctueerden de zorgkosten in de periode 2005-2008 tussen de 10,4 en 10,7% van het BNP, in Nederland tussen de 9,7 en 9,9%. Per hoofd van de bevolking geeft Nederland inmiddels meer dan 4000 PPP dollars uit (figuur 1).

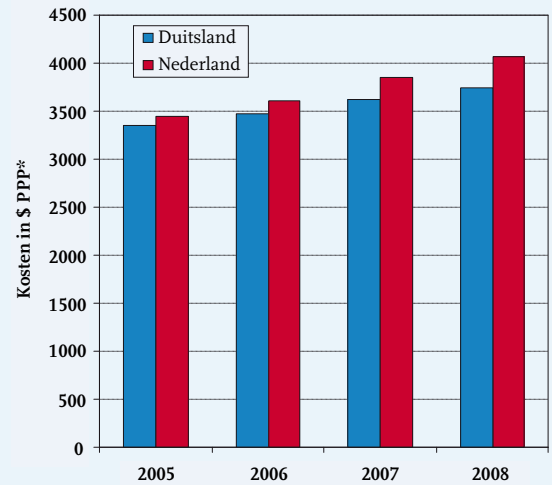
Op hoofdlijnen hebben Nederland en Duitsland vergelijkbare en stijgende totale zorgkosten. In Europa waren Zwitserland, Duitsland, Oostenrijk en Nederland samen met Luxemburg in 2007 de landen met de hoogste zorguitgaven per hoofd, maar Frankrijk, Denemarken en België scoren ook hoog. De Oost Europese landen, zoals Estland, Polen, Hongarije scoren laag. Over het algemeen correleren de zorguitgaven in de beter ontwikkelde landen vrij sterk met het Bruto National Product, waarbij bij een stijgend BNP een steeds groter deel van dat BNP naar de zorgkosten gaat. Nederland gaf volgens de SHA-data van OESO en Eurostat (OECD, 2011; Eurostat, 2011) in 2008 13,6% van de totale zorgkosten uit aan ‘services of long-term nursing care’ en voor Duitsland was dat 12,3%. De kosten verdeeld over ‘providers’ waren in Nederland en Duitsland voor ‘nursing and residential care facilities’ respectievelijk 12,0 en 7,8% van de totale zorgkosten. In Duitsland wordt dus een groter deel van de zorgkosten op dit gebied besteed aan diensten die niet door helder te identificeren ‘providers’ worden geleverd. Dat past bij het plaatje over de verschillen in de organisatie en financiering van de ouderenzorg tussen Nederland en Duitsland dat in bijgaand artikel geschetst wordt.

Bronnen:

Eurostat 2011: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_statistics#Healthcare_expenditure_by_function; Website geraadpleegd: 6 juni 2011.

OECD 2011: http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_33929_2742536_1_1_1_37407,00.html; Website geraadpleegd: 6 juni 2011.

Zorgkosten per hoofd van de bevolking in Duitsland en Nederland (2005-2008)



Figuur 1.

*PPP dollars zijn de door de OECD voor koopkracht en een standaardzorgpakket gecorrigeerde kostencijfers. In beide landen stijgen de kosten per hoofd van de bevolking continue. De kosten in percentage BNP zijn gevoelig voor grote fluctuaties in dat BNP, zoals bij een economische crisis.

privéverpleeghuizen met winstoogmerk. Ook in de thuiszorg is er een groot aantal concurrerende organisaties.

De verpleeghuizen in de stad hebben over het algemeen geen wachtlijsten. In Berlijn is er sinds de hereniging van Oost en West een overschot aan bedden. De concurrentie is groot; verpleeghuizen hebben een uiteenlopende kwaliteit; er gaan ook regelmatig huizen failliet.

Verpleeghuizen hebben vooral een woonfunctie. Revalidatie na bijvoorbeeld heupfractuur of CVA vindt in Duitsland plaats in geriatrische ziekenhuizen en revalidatieklinieken. Is de patiënt na een aantal weken nog verpleegbehoefstig, dan wordt hij overgeplaatst naar een verpleeghuis. Vrijgevestigde fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten komen, evenals de artsen, op indicatie voor een behandeling naar het verpleeghuis, maar zijn er meestal niet in dienst.

MEDISCHE ZORG IN VERPLEEGHUIZEN IN DUITSLAND

De verpleeghuispatiënten worden in principe behandeld door hun eigen huisarts. Eén verpleeghuis met gemiddeld 200 bedden kan daardoor wel met 30 verschillende huisartsen te maken hebben. De patiënt neemt daarnaast ook al zijn specialisten mee naar het verpleeghuis.

Om de stijgende kosten van de gezondheidszorg te beheersen, heeft de overheid de artsen gebudgetteerd. Globaal ontvangt een huisarts € 37 per kwartaal per patiënt en een specialist € 54. In de praktijk is dit budget al halverwege het kwartaal overschreden en werkt de arts daarna in feite voor niets. Patiënten die dure medicatie of sondevoeding gebruiken, kunnen soms geen arts vinden die hen wil behandelen vanwege die budgetbeperking.

Het is voor de meeste artsen financieel heel onaantrekkelijk

Er zijn vier zorgzwaartepakketten (<i>Pflegestufen</i>)				
Pffst.	Zorgtijd/dag	vergoeding/mnd mantelzorg	thuiszorg	verpleeghuiszorg
I	90 min	€ 224	€ 440	€ 1023
II	180 min	€ 430	€ 1040	€ 1279
III	300 min	€ 685	€ 1510	€ 1510
<i>Härtefall</i>	> 300 min	-	€ 1918	€ 1825 ⁵

om verpleeghuispatiënten te behandelen. Toch worden de pogingen om vaste verpleeghuisartsen in dienst te nemen vaak tegengewerkt door vrijgevestigde artsen, omdat zij vrezen deze bron van inkomsten te verliezen.

Een belangrijk knelpunt is de medische continuïteit. Huisartsen zijn buiten, maar ook tijdens kantooruren, vaak niet bereikbaar. Het verpleegkundig personeel moet dan in noodgevallen terugvallen op de hulp van huisartsenposten of ambulancediensten. Mede doordat beleidsafspraken (zie later) ontbreken, is er een zeer hoog aantal ziekenhuisopnames. Soms ligt 10-20% van de verpleeghuispatiënten in het ziekenhuis. Een tweede probleem is dat er weinig huisartsen geriatrisch geschoold zijn (van de Berlijnse huisartsen slechts 5%).

BERLINER MODEL

Van de 240 Berlijnse verpleeghuizen zijn er 37 die een overeenkomst hebben met de ziekenfondsen: zij hebben artsen in vaste dienst, of hebben een contract met een huisarts die 24-uurszorg garandeert. Dit zogenaamde Berliner Model bestaat sinds 1998 op projectbasis. Hoewel bewezen is dat het aantal ziekenhuisopnamen en het medicijngebruik in deze verpleeghuizen duidelijk minder is dan in andere verpleeghuizen, is het voortbestaan van dit model om politieke redenen onzeker. Ik heb in een van de huizen van het Berliner Model gewerkt. De situatie is enigszins vergelijkbaar met die in Nederland. De artsen van het Berliner Model hebben verschillende opleidingen, van huisarts tot internist. Ze werken vrij individueel. Er bestaan geen toetsingsgroepen en er is geen samenwerking in het waarnemen van diensten. Dit betekent soms dat twee artsen de volledige bereikbaarheidsdienst voor een verpleeghuis delen.⁴

FINANCIERING VERPLEEGHUISZORG

Vóór 1996 moesten verpleegbehoefte mensen hun zorg uit eigen middelen betalen, bijvoorbeeld door hun vermogen aan te spreken, en velen waren daarna op de sociale dienst aangewezen. Sinds 1996 bestaat er een landelijke verplichte Verpleegkostenverzekering. De premie bedraagt 1,7% van het belastbare inkomen. De ziekenfondsen delegeren de uitvoering van de verpleegkostenwet aan de zg. *Pflegekassen*. De indicatie voor de zorg wordt gesteld door de MDK, de *Medizinische Dienst der Krankenkassen*, in feite dus door de zorgverzekeraar zelf.

De gelden kunnen ingezet worden door mantelzorgers die zelf zorg verlenen, en er kan thuiszorg mee ingekocht worden. Bij opname in een verpleeghuis is bovenop de wette-

lijke vergoeding via de *Pflegestufen* nog een eigen bijdrage verplicht. Een verpleeghuisbed kost gemiddeld € 3000 per maand. Een bewoner met de hoogste zorgzwaarte moet dus nog bijna € 1200 per maand bijbetalen. Bij gebrek aan eigen middelen wordt een beroep gedaan op de sociale dienst.

Aanvragen van verpleegkostenvergoeding worden door de MDK in 50% van de gevallen afgewezen. Men kan dan in beroep gaan, waarvoor soms juridische bijstand nodig is. Er zijn advocaten die zich gespecialiseerd hebben in rechtsbijstand bij conflicten over de zorgzwaarte.

Daar de wet in eerste instantie verpleegbehoefte voornamelijk omschreef in somatische termen, waren beginnend dementerende mensen tot voor kort geleden uitgesloten van deze verpleegkostenvergoeding. Een herziening van de wet in 2002 heeft geresulteerd in een zogenaamd *Pflegestufe 0*, die dementerenden een soort persoonsgebondenbudget gaf van € 460 per jaar (!). Dat bedrag is vanaf 2008 verhoogd tot maximaal € 2400 per jaar voor thuiswonende patiënten. In 2009 waren er 2.243.000 mensen die vergoedingen voor verpleegkosten ontvingen, met een totaalbedrag van 21,3 miljard euro, dat is 7,3% van de totale uitgaven voor de gezondheidszorg.^{2,3}

VERPLEEGKUNDIGE ORGANISATIE

Verpleeghuizen hebben in principe een verpleegkundige als leidinggevende. De verzorging van de bewoners is in handen van *Altenpfleger*, vergelijkbaar met onze verzorgende-niveau-3, maar ook hier wordt steeds meer gebruik gemaakt van minder gekwalificeerd personeel zoals bejaardenverzorgenden en -helpenden. Gespecialiseerde verpleeghuizen met beademings- of comapatiënten hebben verpleegkundigen in dienst.

De verdeelsleutel voor verzorgend personeel verschilt per deelstaat. Er zijn 16 deelstaten in de Bondsrepubliek. Verpleeghuis, gemeente en zorgverzekeraar onderhandelen over de kosten van personeel. Deze worden berekend aan de hand van de zorgzwaarte en het bezettingspercentage van het verpleeghuis.

Een voorbeeld: zorgzwaarte 0: een fulltime medewerker op 9 bewoners; z21: een medewerker op 4,05 bewoners, z22: een medewerker op 3,05 bewoners en z23: een medewerker op 2,28 bewoners. In Duitsland kent men nog de 40-urige werkweek.

In mijn verpleeghuis kwam het erop neer dat op een afdeling met 25 bewoners met een gemiddelde zorgzwaarte 2, er 's ochtends 2 tot 4 medewerkers werkten, 's avonds 2 en 's nachts een nachtdienst. De werkdruk was zeer hoog en het verloop onder het personeel groot. Het salaris van een

Altenpfleger (onze verzorgende-niveau-3) bedraagt gemiddeld € 1720 bruto (ter vergelijking, het maximumsalaris van een verzorgende-niveau-3 in Nederland is € 2378 bruto). Er is een wettelijk vastgesteld minimum uurloon van € 8,50 bruto in de westelijke deelstaten en € 7,50 in deelstaten van voormalig Oost Duitsland. De organisatiegraad van werknemers in de verzorgende beroepen is erg laag. Er is in heel Duitsland een groot tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden, maar het beroep is door de slechte status en de lage verdiensten niet populair.

PROTOCOLLAIRE ZORG

De verpleegkundige zorg is gereguleerd door tal van verpleegkundige richtlijnen en protocollen; er is (zoals in Nederland) een tendens vanuit controlerende instanties om alle handelingen te documenteren. Sommige verpleeghuizen hebben gespecialiseerde verzorgenden op het gebied van voeding, pijnmeting, decubitus en wondverzorging.

Braden-schaalmeting, valrisicoscores en andere risicotellingen zijn verplicht en worden door de verpleging nauwkeurig bijgehouden. De decubitusprevalentie is lager dan in Nederland. Decubitus wordt beschouwd als een verpleegfout. Het verpleeghuis is verantwoordelijk voor preventie (een preventief AD-matras wordt niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar). Formeel kan een zorgverzekeraar het verpleeghuis aansprakelijk stellen voor de kosten van een ontstane decubitus (bijvoorbeeld een plastische operatie). Kwaliteitscontrole wordt uitgeoefend door dezelfde MDK en daarnaast door het *Heimaufsicht*, vergelijkbaar met onze Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Dit is per deelstaat geregeld.

In alle deelstaten wordt er gewerkt aan het verpleegplan volgens Krohwinkel. Dit plan bestaat uit 13 categorieën waarin verpleegproblemen geformuleerd moeten worden met probleemstelling, doelen en acties. De categorieën zijn: communicatie, mobiliteit, vitale functies, eten en drinken, toiletgang, aankleden, slapen, daginvulling, seksualiteit, veiligheid, sociale contacten en omgaan met existentiële levenservaringen. Het totaal resulteert in een plan met 50-80 verpleegproblemen!

BESCHOUWING

Het was voor mij, komend uit het Nederlandse gezondheidssysteem, niet makkelijk om de organisatie van de Duitse gezondheidszorg te doorgronden en er mijn weg in te vinden. Er bestaan grote verschillen, met name in de organisatie van eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, de bureaucratie, de hiërarchie binnen ziekenhuis en verpleeghuis, en de ethische aspecten binnen de zorg. In de verpleeghuizen zijn somatiek en psychogeriatric niet gescheiden. Daarover meer in een volgend artikel.

De huisarts functioneert niet zoals in Nederland als poortwachter. Medische voorgeschiedenis en gegevens over actuele medicatie zijn daardoor vaak onvolledig. Soms beschikte ik alleen over de laatste ontslagbrief.⁶ Na ziekenhuisopname worden patiënten niet verder gecontroleerd

door de betreffende specialist, maar overgedragen aan een vrij gevestigde specialist. De patiënten in ons verpleeghuis waren dan aangewezen op een andere orthopeed of uroloog, met als nadelen de discontinuïteit in de behandeling en de letterlijk hoge drempels van de praktijken, die door hun trappen vaak niet rolstoeltoegankelijk zijn.

Het aantal ziekenhuisopnames vanuit de verpleeghuizen is, zoals eerder aangegeven, zeer groot. Er worden door de behandelende artsen doorgaans geen beleidsafspraken gemaakt. Komt het 's avonds en in het weekend tot noodsituaties dan zijn de verzorgenden aangewezen op de hulp van huisartsenposten of ambulancediensten. Het betreft patiënten die gevallen zijn, of patiënten met koorts, pijn, braken en verminderde voedsel- en vochtopname. De dienstdoende artsen kennen de patiënten niet, en laten hen daarom meestal in het ziekenhuis opnemen. Verpleeghuispatiënten ondergaan door het ontbreken van een goede verwijzing en medische informatie in het ziekenhuis vaak belastende diagnostiek en behandeling

De bureaucratie uit zich onder andere in de lange aanvraagprocedures voor een verpleeghuis indicatie en hulpmiddelen als rolstoelen. Afwijzing is frequent en vaak niet beargumenteerd. Het feit dat er advocaten zijn die zich in deze procedures hebben gespecialiseerd spreekt voor zich.⁵

Voor de maandelijkse papieren herhaalrecepten van een patiënt moet de zuster soms wel bellen met vijf artsen: met de huisarts/internist voor de bloeddrukmedicatie en de schildkliermedicatie; met de neuroloog voor de anti-parkinsonmedicatie; met de psychiater voor de antipsychotica, met de dermatoloog voor de zalven en met de chirurg voor de verbandmiddelen ter behandeling van de decubitus.

Het verpleegplan munt uit door uitgebreidheid maar niet door overzichtelijkheid. Belangrijke verpleegproblemen zijn onvindbaar tussen de vracht aan details. Het plan is bovendien monodisciplinair. Een arts wordt niet geacht zich er mee bezig te houden. Het bevestigt de hiërarchische geïmpliciteit in de Duitse gezondheidszorg: men werkt als discipline voor zich, maar weinig naast elkaar in teamverband. Enerzijds geeft dat duidelijkheid, de verantwoordelijkheden liggen vast, anderzijds is er weinig uitwisseling en is het moeilijk een teamgevoel met gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheden op te bouwen. De werksfeer sfeer is beleefd maar formeel, artsen dragen witte jassen, ook in het verpleeghuis en het is ondenkbaar dat een arts met haar voornaam of met jij wordt aangesproken.

Tenslotte is er de andere omgang met lijden en sterven. Het is niet vanzelfsprekend, dat bewoners van een verpleeghuis daar ook sterven. Er bestaat geen cultuur van beleids gesprekken voeren en palliatieve begeleiding door huisartsen. Mijn ervaring is, dat de huisartsen de overgang van de curatieve naar de palliatieve fase zelden aangeven. In het laatste stadium wordt vaak ingestuurd: in het ziekenhuis wordt bij het ontbreken van een wilsverklaring maximaal behandeld, ook bij zeer oude en demente mensen.

Palliatieve zorg vindt in Duitsland vooral in hospices en thuis plaats, met kankerpatiënten als belangrijkste doel-

groep. In theorie bestaat de mogelijkheid dat verpleeghuispatiënten door ambulante palliatieve teams verzorgd worden, in de praktijk wordt hier nog weinig gebruik van gemaakt.⁷ De ontwikkeling van de palliatieve zorg in de verpleeghuizen zelf komt maar langzaam op gang, mede door het tekort aan artsen, die zich gespecialiseerd hebben in palliatieve verzorging.

Correspondentieadres
mhvandervaart@hotmail.com

LITERATUUR

1. *Deutsches Aerzteblatt* 30 aug. 2010
2. M.Simon: *Das Gesundheitssystem in Deutschland*, Hans Huber Verlag 2008
3. Statistisches Bundesamt <http://www.gbe-bund.de/oowa921>
4. www.berliner-projekt.de
5. *Der Spiegel Wissen. Themaheft Die Reise ins Vergessen, leben mit Demenz*, nr 1 2010
6. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&iid=70029>
7. <http://www.richter-rae.de/download/aktuelles/broschueren/palliativversorgung.pdf>

ANTWOORDEN KENNISTOETS

1. Factoren/ aandoeningen geassocieerd met osteoporose en verhoogd fractuurrisico zijn:
 - Onbehandeld hypogonadisme bij mannen en vrouwen (bilaterale orchidectomie/ ovariectomie, anorexia nervosa, behandeling borstkanker/prostaatacarcinoom, hypopituitarisme)
 - Chronische ondervoeding, malabsorptie, coeliakie
 - Inflammatoire darmziekten (M Crohn, colitis ulcerosa)
 - Andere chronische inflammatoire darmaandoeningen (zoals reumatoïde artritis, M. Bechterew, SLE, sarcoidose)
 - Organtransplantatie
 - Diabetes mellitus
 - Schilkieraandoeningen (onbehandelde hyperthyreoïdie, overgesubstitueerde hypothyreoïdie)
 - Anti-epileptica gebruik
 - Onbehandelde hyperparathyreoïdie
 - Ziekte van Cushing
 - Pernicieuze anemie
 - Lage zonlichtexpositie
 - Gebruik van glucocorticoiden
2. Het risico op een tweede wervelfractuur in het eerst follow-up jaar is drie- tot vijfmaal verhoogd en op een niet-wervelfractuur ongeveer tweemaal verhoogd.
3. Het advies is om alle bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen dagelijks 20 microgram (800 IE) vitamine D te laten innemen.
4. Fout.
De calciumsuppletie dient 500 of 1000 mg per dag te bedragen wanneer de inname met de voeding lager is dan 1000 tot 1200 mg per dag. De suppletie dient 1000 mg te zijn wanneer in het geheel geen zuivelproducten worden gebruikt.
5. De eerste keuze bisfosfonaten zijn: alendronaat en risedronaat. Zij mogen worden voorgeschreven op de volgende voorwaarden: creatinineklaring > 30 ml/min. Deze bisfosfonaten worden goed verdragen indien de inname geschiedt volgens de juiste voorschriften en er geen contraïndicaties voor orale bisfosfonaten zijn.

5 vragen aan Arko Oderwald

Jacobien Erbrink

Arko Oderwald (1953) is medisch filosoof en ethicus en als universitair hoofddocent verbonden aan de vakgroep metamedica van VU Medisch Centrum. Hij studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit en is na het behalen van zijn doctoraal diploma als universitair docent in dienst gekomen van de toenmalige vakgroep Filosofie en Medische Ethiek. In 1985 promoveerde hij op een onderzoek dat de kritiek op de geneeskunde als onderwerp had. De geneeskunde studenten kennen hem van zijn colleges over medische ethiek en antropologie, maar in den lande verwierf hij vooral bekendheid vanwege zijn grote passie voor Literatuur en Geneeskunde. Sinds 1993 besteedt hij op verschillende manieren aandacht aan de relatie tussen literatuur en geneeskunde. In 1993 startte het keuzevak Literatuur en Geneeskunde voor studenten en de HOVO (Hoger Onderwijs Voor Ouderen) cursus, die over twee jaar hun twintigste jaargang beleven. Jaarlijks verschijnt er sinds 2003 onder zijn redactie een boek met essays op het gebied van Literatuur en Geneeskunde op het door hem georganiseerde multimediale symposium van VU Medisch Centrum, op de derde woensdag van september. In het boek worden romans, gedichten, films en soms ook muziek en schilderijen over ziektebeelden besproken en geanalyseerd, telkens naar aanleiding van een ander thema, zoals verslaving (2008), Pijn (2004), Besmetting (2010) of Kanker, het thema in September 2011. Recent publiceerde Arko Oderwald in het *NTVG* twee artikelen over geneeskunde in de literatuur.

Hij bedacht en organiseert daarnaast de 'schrijver op de afdeling' van VU Medisch Centrum, een schrijver die op een afdeling van VUMC meeloopt en daarvan verslag doet. Het eerste resultaat daarvan verscheen begin 2010 in de vorm van het boek *Onverklaarbaar bewoond* van Bert Keizer (zie ook *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* Vol 35/No.3-2010). In de herfst van 2011 zal de roman *De Verdovers* van Anna Enquist verschijnen die zich onder andere afspeelt op de afdeling anesthesiologie. Begin 2012 zal de roman *Haar bloed* van Kristien Hemmerechts verschijnen die zijn oorsprong vindt in haar verblijf op de afdeling Hematologie. En tenslotte organiseert hij voor artsen van VUMC en GGZ InGeest vier keer per jaar een 'twintig dokters en een schrijver' bijeenkomst, waarin een auteur van een medisch relevant boek centraal staat. Onder andere Stine Jensen, Tom Lanoye, Minke Douwes, David Rieff, Kristien Hemmerechts, Stefan Brijns en Ronald Giphart kwamen daar op bezoek.

1. Literatuur en Geneeskunde, wat hebben die met elkaar?

Romans zijn natuurlijk geen werkelijkheid maar fictie. Ondanks dat bieden romans een mogelijkheid om de arts te sensibiliseren voor bepaalde dimensies van de geneeskunde die via andere mogelijkheden minder sprekend voor het voetlicht zijn te brengen. Goede literatuur maakt immers het individuele ook universeel.



De tragische dimensie van de geneeskunde bijvoorbeeld, situaties waarin elke keuze een verkeerde lijkt te zijn, krijgen in de literatuur soms een zeggingskracht die vanuit een theoretisch kader eigenlijk niet te verkrijgen is.

De rol van de dood in het menselijk leven en de consequenties daarvan voor de medische praktijk is een ander thema dat in de literatuur veelvuldig en inzichtelijk aan de orde wordt gesteld, waar theoretische overwegingen vaak abstract blijven.

De symbolische betekenis van ziekte is een derde onderwerp dat in romans regelmatig terug te vinden is.

Daarnaast zijn er thema's die tevens, maar niet uitsluitend via het lezen van romans aan de orde kunnen worden gesteld. Daarbij valt te denken aan de houding van patiënten ten opzichte van ziekte en de wijze waarop patiënten de hulpverlening ervaren.

2. Hoe kan de specialist ouderengeneeskunde daar gebruik van maken voor de praktijk?

Romans over geneeskunde lezen is niet alleen veel leuker dan (semi) wetenschappelijke artikelen over de bovenstaande dimensies van de geneeskunde lezen, maar ook een middel om te reflecteren over de praktijk en over je eigen rol in die praktijk. Dat kan zowel gaan over concrete ervaringen van dokters en patiënten, maar ook over de beelden van ziekte die de ervaringen voeden. Het thema van het literatuur en geneeskundeboek van dit jaar is kanker en uit de essays die we in het boek hebben opgenomen blijkt bijvoorbeeld hoe invloedrijk Susan Sontag is geweest met haar veroordeling van de kankermetaforen die schadelijk zijn voor de patiënt. Helaas leidt haar pleidooi om alle metaforen af te schaffen als het over ziekte gaat ook tot de afschaffing van positieve metaforen, metaforen die helpen om een situatie beter te begrijpen.

Of je van dat alles een betere arts wordt valt overigens te

betwijfelen. Reflectie over het vak lijkt mij zowel in het algemeen als in bijzondere situaties bij tijd en wijle belangrijk voor een goede beroepsuitoefening. Maar mijn ervaring is dat artsen die graag dergelijke romans lezen mensen zijn die al wat meer geneigd zijn de reflectieve kant van de geneeskunde te benadrukken. Of deze reflectieve kant ook vanzelfsprekend bevorderd wordt door het verplicht lezen van romans lijkt me echter twijfelachtig, maar is ook weer niet ondenkbaar.

Ik heb een keer een workshop meegemaakt waarin we het korte verhaal *Een plattelandsdokter* van Kafka bespraken met allerlei verschillende mensen uit de gezondheidszorg: huisartsen, ziekenhuisartsen, verpleegkundigen, pastoraal werkers. Het was opvallend te zien hoezeer het beroep bepaalde welke visie je op het verhaal had. Zo werd het verhaal een referentiepunt om met elkaar de verschillende posities van de beroepsgroepen in de geneeskunde te onderzoeken, hetgeen ook leidde tot een beter inzicht in elkaars positie. Ook hier moet echter bedacht worden dat de participanten daar zaten uit eigen keuze, hetgeen gunstige condities geeft voor een dergelijk gesprek.

3. Kan literatuur of film of poëzie ook iets betekenen voor onze cliëntèle?

Jazeker! Het hangt er natuurlijk wel een beetje vanaf over wie we dan precies praten, maar het is bekend dat het lezen van literatuur of poëzie therapeutische voordelen kan hebben voor patiënten in het algemeen. Daarbij gaat het dan vooral om door gebruik making van inzichten uit een roman of uit poëzie de eigen ervaring met een ziekte beter te kunnen plaatsen in het eigen leven. Maar ook hier geldt wat er al eerder gezegd is: het moet wel bij je interesses aansluiten. Voor de een kan lezen op deze manier therapeutisch werken, voor de ander werkt bijvoorbeeld lotgenotencontact beter. Er is ook een verschil tussen het gebruiken van romans en films voor dit doel. Voor sommigen werken films beter dan romans. Overigens kan het schrijven over de eigen ervaringen ook therapeutisch werken.

4. Wanneer je geen lezer/kijker bent waar moet je dan beginnen?

Als ik me tot lezen beperk: begin met boeken van Philip Roth: *Les in Anatomie*, *Patrimonium*, *Alleman* en *Nemesis*, allemaal boeken waarin ziekte, gezondheid en geneeskunde een belangrijke rol spelen en die ook lekker leesbaar zijn. Je kunt ook autobiografische boeken gaan lezen, maar daarvan kan de kwaliteit zeer variëren.

5. Wat is je eigen top vijf waarom

Ik neem graag de vrijheid om er meer dan een top vijf van te maken en ben ook zo vrij om in dit geval deze vraag te interpreteren binnen het vakgebied van de Ouderengeneeskunde. Dus ontbreken bijvoorbeeld veel boeken van Thomas Mann.



De Toverberg staat voor mij ongeëvenaard op nummer één, met Dr. Faustus als zeer goede tweede. Maar als ik me beperk tot de ouderengeneeskunde dan denk ik dat de volgende boeken een must zijn:

Sterven: *Patrimonium* van Philip Roth, *Asbestemming* van A.F.Th van der Heijden en *Een zachte dood* van Simone de Beauvoir. De boeken gaan over hetzelfde, maar zijn zeer divers: uit verschillende tijden (1964 – 1993), verschillende culturen en zowel dochter over moeder als zoons over vader.

Dementie: *Hersenschimmen* van Bernlef en Jacoba van Velde, *De grote zaal*. *Hersenschimmen* wordt vanuit de dementerende zelf beschreven, dat maakt het boek zeer bijzonder. Jacoba van Velde schreef in 1953 al een imposante roman hierover.

Parkinson: Recent las ik het boek van de Argentijnse Claudia Piñeiro: *Het kwaad van Helena*. Een aangrijpende beschrijving van een vrouw met de ziekte van Parkinson.

CVA: *De klokken van Bicetre* van Simenon. Simenon is een van mijn favoriete schrijvers. In dit boek uit 1963 over een man die getroffen wordt door een hersenbloeding overtreft hij zichzelf.

Ouder worden in het algemeen: *Gloed* van Sandor Marai, *Alleman* van Philip Roth, *Het portret van Dorian Gray* van Oscar Wilde, maar voor dit onderwerp prefereer ik eigenlijk poëzie boven romans. Mijn absolute favoriet daarbij is de Braziliaan Carlos Drummond de Andrade: *De liefde natuurlijk* en dan ook kijken naar de prachtige documentaire van Heddy Honigmann: *O amor natural*. Ouder worden kan namelijk ook mooi zijn en niet alleen maar gepaard gaan met ellende.

LITERATUUR

1. Cuijpers P, Oderwald AK. *Lezen: bibliotherapeutische werkvormen*. In: Pool G et al (red). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Van Gorcum, 2004, 409 – 419.

Website L en G

Op www.literatuurengeneeskunde.nl is meer informatie te vinden, waaronder een database met een beschrijving van ongeveer 160 romans.

U kunt ook mailen naar communicatie@vumc.nl voor informatie over het middagsymposium op 21 september 2011.

Correspondentieadres
j.erbrink@vanneynsel.nl

Palliatieve zorg Richtlijnen voor de praktijk

Jos Konings

BOEKBESPREKING



Redactie: A. de Graeff, J.M.P. van Bommel, e.a.

Uitgever: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), Utrecht, 2010
Eerste druk

ISBN: 978 90 72175 39 7/

NUR-code 871

Aantal pag: 863

Prijs: € 39,95

Aantal sterren: 5

Dit boek bevat de recente inzichten van diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende ziektebeelden en symptomen in de palliatieve zorg, beschreven in veertig richtlijnen. De geschiedenis van het richtlijnenboek beslaat inmiddels twee decennia. Deze nieuwe uitgave bevat 31 herziene en 9 nieuwe richtlijnen. Er zijn ondermeer 4 nieuwe symptoomrichtlijnen (angst, koorts, slaapproblemen en zweten) en palliatieve zorgrichtlijnen bij COPD, dementie, bij mensen met een verstandelijke beperking en over zorg in de stervensfase toegevoegd. De richtlijnen zijn bedoeld voor artsen, verpleegkundigen en apothekers zowel in de eerste- als in de tweedelij.

In het eerste inleidende hoofdstuk worden de kenmerken van curatieve en palliatieve zorg naast elkaar gezet, de verschillende stadia van de palliatieve fase beschreven en pre-

valentiecijfers van symptomen bij patiënten met kanker in de palliatieve en terminale fase gepresenteerd. Tevens wordt in dit hoofdstuk een methodiek aangereikt voor een systematische aanpak van de besluitvorming. De 40 richtlijnen worden in alfabetische volgorde besproken. De ziekte en symptoom georiënteerde richtlijnen bevatten allemaal dezelfde opbouw: inleiding, voorkomen, oorzaken, diagnostiek, beleid, stappenplan en gebruikte literatuur. Voor wetenschappelijke evidence van de diverse behandelingen in de verschillende richtlijnen staan steeds de niveaus van bewijsvoering vermeld. Er zijn 27 bijlagen. Deze bevatten zowel screeningslijsten, scoreformulieren, als protocollen voor ascitespunctie en hypodermoclyse en een wondmaterialenoverzicht. Minpuntje in de presentatie van deze bijlagen: hier en daar moeilijk leesbaar door de gebruikte kleine letter. Deze uitgave is ondanks het grote aantal pagina's handzaam gebleven vanwege het gebruikte dunne papier. Het boek eindigt met een synoniemen-geneesmiddelenlijst en een uitgebreide index. Alle richtlijnen kunnen ook worden geraadpleegd op www.pallialine.nl, de richtlijnen database van de VIKC. Een must voor elke specialist ouderengeneeskunde.

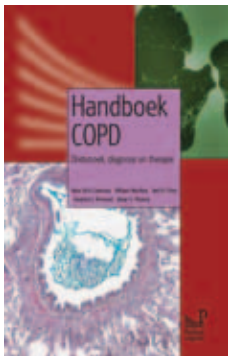
Correspondentieadres

jkonings@zuwezorg.nl

Handboek COPD

Onderzoek, diagnose en therapie

Martin van Leen



Auteurs: P.M.A. Calverley, W. MacNee, N.B. Pride, S.I. Rennard, D.S. Postma

Uitgeverij: Prelum uitgevers

Aantal pag: 594

ISBN: 90-8562-029-5

Prijs: € 163

Aantal sterren: 3

Dit boek is een uitstekende vertaling uit het Engels en aangepast aan de Nederlandse situatie. COPD is en blijft een zeer complex ziektebeeld met verschillende presentatie, van chronische bronchitis tot emfyseem. Het handboek COPD is meer een naslagwerk, waarin alle aspecten worden beschreven zoals epidemiologie, fysiologie, genetica maar ook alle therapeutische consequenties zoals reactivering, voeding, farmacotherapie en chirurgie. Qua diagnostiek is er ruim aandacht voor een scala aan longfunctietesten en de ver-

ling naar de therapeutische consequenties. Ook de effecten van roken, allergische componenten en slaapapneu worden besproken. Voor ondersteuning van zuurstofbehandeling in het verpleeghuis is het hoofdstuk over niet-invasieve ventilatie zeer lezenswaardig. Aangezien we ook bij COPD meer revalidatie toepassen, is een hoofdstuk over longrevalidatie zeer verhelderend aangaande de mogelijkheden.

Prettig is ook het laatste hoofdstuk waar kort en krachtig de behandeling wordt samengevat.

Conclusie: eigenlijk is het een onmisbaar boek in verpleeghuizen waar veel COPD-cliënten verblijven. Maar het is een naslagwerk en dient ook als zodanig te worden gebruikt. Niet alleen artsen maar ook fysiotherapeuten kunnen veel ondersteuning in de uitoefening van hun vak vinden in dit boek.

Correspondentieadres

m.van.leen@avoord.nl

BOEKBESPREKING

Interne geneeskunde

Martin van Leen



Redactie: C. Stehouwer, R. Koopmans, J. vd Meer

Uitgeverij: Bohn Stafleu Van Loghum

Aantal pag: 999

ISBN: 978 90 313 7360 4

Prijs: € 105

Aantal sterren: 5

In 1969 verscheen de eerste versie van dit boek onder de toenmalige redactie van Den Ottolander. Inmiddels is dit al de 14^{de} druk. In die tijd is het boek steeds waardevoller geworden en ook deze versie getuigt weer van inventiviteit, onder andere doordat een combinatie via een unieke code per boek toegang geeft tot een website waarop de hele versie overal online is te raadplegen. Ook kan men een directe koppeling realiseren met ruim 1000 artikelen uit het NTVG, waardoor casuïstiek op vrijwel alle ziektebeelden

die worden besproken, tot de mogelijkheden behoort.

In 25 hoofdstukken wordt de hele interne geneeskunde, nog steeds de basis voor ons vak, beschreven. Ten opzichte van de vorige druk (2005) is er ruim 130 pagina's meer aan tekst. Reeds in de vorige editie was er een hoofdstuk opgenomen over veelvoorkomende problematiek met doorverwijzingen naar de uitgebreidere teksten in andere hoofdstukken. Dit hoofdstuk is nu verder uitgebreid, wat de toegankelijkheid van dit boek vergemakkelijkt. Het boek is consequent opgebouwd met in elk hoofdstuk ook aandacht voor duidelijke kernpunten, vaak casuïstiek en intermezzo's. Geriatrie komt ruim tot zijn recht.

Volgens mij mag dit boek dan ook niet ontbreken in de bibliotheek van elk verpleeghuis of als ZZPer werkzame specialist ouderengeneeskunde.

Correspondentieadres

m.van.leen@avoord.nl

Noblesse Oblige

Jacobien Erbrink



AMUSE

Peter zag dat hij moest opschieten. Vreeland van Zutphen was een man van de klok. Vandaag zou hij hem voor het laatst bezoeken. De gedachte daaraan maakte hem chagrijnig. Hij had in Vreeland onverwacht een verwante ziel ontmoet, een ziel met een hang naar solidariteit en regellose zorg. Een ziel met een jaguar, bovendien. En vanaf volgende week moest hij die ziel weer aan Gert overdragen. Narrig liep hij naar het fietsenhok. De lucht zag loodgrijs, het voelde drukkend aan. Achter zich hoorde hij een stem. 'Buienradar geeft je nog tien minuten om droog over te komen', riep Sascha van de receptie en ze haastte zich naar haar brommertje. Peter taxeerde de lucht en gaf zichzelf vijftig minuten. Eens zien wie er gelijk zou krijgen. Grimmig sprong hij in het zadel en koerste over de parkeerplaats naar de weg. Hij passeerde een grijs permanentje, met zwierige pas op weg naar het bos. Pas toen hij haar voorbij was kreeg hij argwaan. Was dat niet mevrouw van Dalen?? Met piepende remmen kwam hij tot stilstand en graaide naar zijn telefoon. Delia nam op. 'Delia, mevrouw van Dalen loopt op de parkeerplaats', riep hij in het toestel. Delia zuchtte overdreven. 'Is ze nou alweer over het tuinhek geklommen? Ik stuur iemand om haar te halen.' Peter aarzelde. Moest hij haar in de gaten houden of niet? Hij keek naar de lucht. Donkerpaars. Besmuikt stapte hij weer op zijn fiets.

Bij de bel aan het begin van de oprijlaan voelde hij het eerste spatje. Hij wenste voor het eerst dat die oprijlaan iets bescheidener zou zijn uitgevallen. Vreeland had de buitentendeur al open staan. De jaguar was nergens te zien. 'Zet je fiets maar in de bijkeuken', wees Vreeland hem. Peter keek op zijn horloge. Vierentwintig minuten. Ha! Vijftig jaar fietservaring! Hij kon altijd nog als analoge buiengeroe aan de slag. Een gedachte die zijn humeur aanzienlijk verbeterde.

'We hebben een nieuwe gast', introduceerde Vreeland de pezige, uitbundig verzorgde vrouw naast meneer Brekelmans. 'Mevrouw de Jong is een vriendin van de familie.' Peter gaf de vrouw een hand. Ze glimlachte buitengewoon charmant naar hem. Hij vond het verdacht. En terecht. 'Kom je voor mij, mooie jongen?', sprak zij zwoel, 'voor jou ben ik Angelique' en ze knipperde verleidelijk met haar zwart omrande ogen. Even wist hij zich geen houding te geven. Zelfs Peterien had hem nog nooit Mooie Jongen genoemd! Hij streek door zijn haar en glimlachte onwillekeurig terug. 'Natuurlijk!' bevestigde hij, alsof het niks was. Vreeland

trok hem zacht mee naar de 'en suite'. 'Dat is meteen het grootste probleem in de thuissituatie', lichtte hij grijnzend toe, 'Jan en Alleman liet ze binnen, gaf ze geld en schonk ze een wijntje in, met alle risico's van dien.' Peter voelde zich onwillekeurig opgelucht dat hij niet de enige mooie jongen in haar leven was. Angelique verbleef overdag bij Vreeland en als tegenprestatie investeerde haar dochter twee dagdelen in de begeleiding van het groepje van vier.

Omdat Angelique reeds bij haar eerste verkenningstocht in de tuin het kroos voor gras had aangezien en pardoes de vijver in was gestapt, had Vreeland inmiddels ook de tuin al voor haar aangepast. 'Ik vind het belangrijk dat de mensen hier een beetje vrij in de natuur rond kunnen lopen', legde hij uit, 'en dus moet het landgoed veilig zijn. Ik was dat toch al van plan voor mijn vrouw en dit was een aanleiding om het maar meteen te regelen.' Hij wees naar de slijke omheining. 'En ik heb er meteen een paar fruitbomen bij gezet, Gieser Wildemannetjes, mijn vrouw is dol op stoofpeertjes.' Vreeland keek vergenoegd.

'Dat heb je dan snel geregeld', zuchtte Peter jaloers, 'bij mij in het huis duurt zoiets een eeuwigheid. Honderdenacht schijven die ik allemaal moet masseren voor het passeren.' Vreeland schudde meewarig zijn hoofd. 'Dat doe je niet goed, kerel, je moet niet alle schijven willen masseren, alleen de juiste!' Peter voelde zich betraapt.

'Dat is nou waarom ik graag onafhankelijk blijf', vervolgde Vreeland, 'zowel financieel als organisatorisch. Er is hier maar één schijf en dat ben ik.' Hij legde teatraal zijn hand op zijn hart. 'Wij zijn een groep mensen die elkaar uit de brand helpen. Mantelzorg, burenhulp, vriendendienst, lotgenotencontact. Noem het zoals je wilt, maar het werkt op deze manier voor ons prima. Het is gewoon één grote familie en daar investeer ik graag wat familiekapitaal in.' Hij maakte een kleine buiging. 'Noblesse Oblige, nietwaar?'

Correspondentieadres
j.erbrink@vanneynsel.nl

Ouderengeneeskunde 2.0

Lonneke Schuurmans

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

WEBSITES

www.lerenvancasussen.cce.nl

Via deze nieuwe website wil het Centrum voor Consultatie en Expertise kennis die zorgprofessionals opdoen tijdens consultaties, overdragen aan andere zorgprofessionals door het beschrijven van casussen in 4 stappen (probleem – verklaring – interventie – resultaat). De website toont casuïstiek uit verschillende werkvelden, waaronder de ouderengeneeskunde.



www.werkenindeouderengeneeskunde.nl

Waarom kiezen zo weinig artsen voor ons vak? Hoe kan ik laten zien waarom ons vak zo mooi is? Vanuit deze gedachte is de website www.werkenindeouderengeneeskunde.nl ontstaan. Vanuit mijn hart. Met bijdragen van mijn directe collega's. Het werpt zijn vruchten af: veel verzoeken voor meeloopdagen en al drie jonge dokters proeven bij onze organisatie van het vak als basisarts.

www.tedxmaastricht.nl

Op 4 april 2011 vond de eerste editie van TEDxMaastricht plaats, georganiseerd door UMC St. Radboud met als thema *The Future of Health*. Centrale rode draad: Zorg 2.0 betekent de patiënt IN het behandelteam. Prachtige inspirerende voordrachten. Mijn persoonlijke favorieten: auteur Sophie van der Stap (*The Girl With The Nine Wigs*), auteur Jan Gunnarson (*Hostmanship*), Disney baas Fred Lee (bekend van *If Disney Ran Your Hospital*) en neuroloog Bas Bloem (*From God To Guide*). Alle voordrachten zijn te bekijken op de website van TEDxMaastricht. Een aanrader voor iedereen die geïnspireerd wil worden.

SOCIALE MEDIA

SOON op Facebook | SOON – de overkoepelende organisatie van samenwerkende opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde – heeft haar eerste stappen binnen de sociale media gezet met hun eigen Facebook-pagina (te vinden via www.facebook.com). Like!

Ouderengeneeskunde 2.0 op LinkedIn | Blijf niet met je brandende vragen zitten, maar leg ze voor aan je collega's!

Meld je aan bij de groep Ouderengeneeskunde 2.0. Een handig forum voor intercollegiale discussie op het bekende platform LinkedIn (www.linkedin.com).

Specialisten ouderengeneeskunde @ Twitter | Betere vak-



promotie bestaat er eigenlijk niet: tweeten over je vak! De teller staat nu op 11 specialisten ouderengeneeskunde. Beleef hun

avonturen mee via: <http://twitter.com/ouderengnk/specialistenouderengnk>. Zelf ook actief op twitter? Stuur me een tweet. De mooiste tweet van de afgelopen periode krijgt een screenshot in deze rubriek!

APPS

Apps voor smartphones en tablet PC's zijn er in allerlei soorten en maten en inmiddels niet meer weg te denken uit onze maatschappij. Ook de medicus kan zijn hart ophalen als het gaat om apps. Er zijn talloze medische applicaties beschikbaar met de besturingssystemen van Apple en Android als koplopers. In deze rubriek iedere keer een andere medische app in de schijnwerpers.

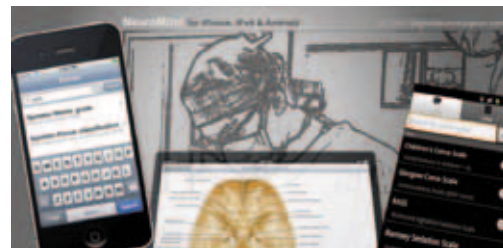
Wil je een app tippen voor deze rubriek? Mail of tweet!

NeuroMind

Ontwikkeld door neurochirurg Pieter Kubben en in eerste instantie bedoeld voor neurochirurgen, maakt NeuroMind inmiddels naam als prachtig naslagwerk voor iedereen die zijn neurologische zaken op een rijtje wil hebben.

De app is wereldwijd een hit met al meer dan 70.000 downloads. De nieuwste versie biedt meer dan 61 neurologische scorelijsten (waaronder natuurlijk de bekende Glasgow Coma Score) en prachtige neurologische illustraties. Alleen het laatste maakt downloaden al de moeite waard.

Kijk voor meer informatie op: www.digitalneurosurgeon.com. NeuroMind is gratis te downloaden in the appstores van Apple en Android.



Correspondentieadres

lonneke.schuurmans@zorgboog.nl / @ouderengnk

Leergang ouderengeneeskunde

8 september	Palliatieve zorg bij hartfalen en COPD (PAO Heyendael)
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>
26, 27 en 28 september, 15 en 16 november, 15 december	De nieuwe aap, slang en olifant: Projectsafari! Leergang projectmanagement voor specialisten ouderengeneeskunde (GERION) <i>Deze leergang kenmerkt zich door een intensieve coaching bij de ontwikkeling van een eigen project. Een project heeft het karakter van een safari: een unieke, tijdelijke reis met multidisciplinaire deelnemers naar een nog onbekend gebied, maar wel met een duidelijk doel. De ouderengeneeskundigen kunnen de rol van "reis Leider" ofwel projectleider vervullen. Via "Projectsafari" kunt u zowel in de cursus als in de praktijk oefenen met deze rol.</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 appel gedaan op je kwaliteit en onbewuste kracht.</i>
3 oktober	Actief ouder worden (PAO Heyendael) <i>Theorie en praktijk om de kwaliteit van uw zorg voor oudere patiënten te verbeteren.</i>
12 en 13 oktober	Ontwikkelingen in de palliatieve zorg voor gevorderden (PAO Heyendael)
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)
14 t/m 18 november	Basiscursus Palliatieve Zorg Specialist 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 ongreepbaar, en eigenlijk alleen maar te "begrijpen" in hun kwaadaardige zinloosheid.</i>
9 december	Symposium ter gelegenheid van het afscheid van Prof. dr. Miel W. Ribbe (GERION) <i>Speerpunten van onderzoek en opleiding in de ouderengeneeskunde. Afscheidscollege in de Aula van de Vrije Universiteit</i>
januari 2012	Kaderopleiding Specialist Ouderengeneeskunde in de eerste lijn (NIEUW, Boerhaave Nascholing) <i>Deze tweejarige nascholing bij het LUMC heeft tot doel om de specialist ouderengeneeskunde op te leiden tot een gekwalificeerd arts, die competent is om in samenwerking met de huisarts in de eerste lijn te functioneren als medebehandelaar en consulent voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe zorgvragen. U zult zich aan de hand van voorbeeldpraktijken en netwerken verder bekwamen in extra-murale competenties en vaardigheden</i>



Langdurige zorg moet beter en betaalbaar!

Mieke Draijer, voorzitter Verenso

De programmabrief Langdurige zorg van de staatssecretaris is richtinggevend voor de kant die het volgens de regering op moet met de langdurige zorg. Voor specialisten ouderengeneeskunde staan er veel interessante punten in. Veel punten ook die wij al jarenlang als speerpunt van ons beleid voeren. Leidend voor de zorg is bijvoorbeeld dat de patiënt de behandeling krijgt die hij nodig heeft. In een zorginstelling als dat nodig is, thuis als dat kan. Dit is de belangrijkste reden waarom ons vak zich de laatste jaren buiten de muren ontwikkelt: de zorg vraagt nog niet om een verpleeghuis, maar de behandeling wel om een specialist ouderengeneeskunde. Hetzelfde geldt voor het Persoonsgebondenbudget (PGB). De mensen met een verblijfsindicatie blijven toegang houden tot het PGB. Deze groep kan zorg ook op een andere manier inkopen. Koop bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde voor thuis!

Ook goed is de manier waarop de beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en werkgevers wordt gevraagd eigen kwaliteitsnormen en richtlijnen te ontwikkelen. Hierin zit de ontwikkeling naar het vastleggen van gewenste kwaliteit van beroepsuitoefening en personeel. Voor de specialist ouderengeneeskunde een goede zaak. Dit biedt de mogelijkheid eindelijk de gewenste kwaliteit personeel op de werkvloer te krijgen voor taakdelegatie en ondersteuning. Dat maakt het vak ook weer spannender en aantrekkelijker voor nieuwe beroepsbeoefenaren. Ook zo'n belangrijk punt.

de zorg vraagt nog niet om een verpleeghuis, maar de behandeling wel om een specialist ouderengeneeskunde

Het afschaffen van regeldruk en bureaucratie is een punt van aandacht. De staatssecretaris roept ons op onzinnige regels en administratieve handelingen te melden opdat deze kritisch tegen het licht gehouden kunnen worden. Een mooie opdracht voor Verenso en de beroepsgroep. Ik zou zeggen: laten we allemaal actief op zoek gaan! Zorginstelling De Hoven gaat op drie afdelingen de 'onnodige' regels afschaffen. Het eerste belangrijke experiment wat met belangstelling gevolgd gaat worden. Wie weet hoe de wereld nog kan veranderen. Moed verloren, al verloren!



Punt van zorg is het onderbrengen van de extramurale begeleiding in de WMO. Veel gemeenten hebben noch de expertise noch de belangstelling om de WMO zo vorm te geven als deze bedoeld is. De WMO, maar alles wat zorg betreft, op gemeentelijk niveau is een ramp. Zorg en hulpverlening vergen bepaalde expertise, zoals het kunnen maken van professionele, preciaire afwegingen binnen de kaders van de wetgeving. Gemeenten kleiner dan 30.000 inwoners hebben deze expertise niet in huis, met alle gevolgen van dien. Niet voor niets gaat de indicatiestelling vereenvoudigen en schrijft de staatssecretaris dat zij "vertrouwen heeft in het oordeel van de professional". Het domweg uitvoeren van regels voldoet niet en levert in de praktijk slechts dure, slechte zorg op.

"De professional moet de patiënt kunnen bijstaan op de manier die volgens de patiënt en de professional het meest passend is. Medewerkers moeten de ruimte krijgen die zij nodig hebben om zoveel mogelijk volgens eigen inzicht te handelen". Daaraan wordt de invloed gekoppeld, die patiënten en professionals moeten hebben op beleidsbeslissingen van zorginstellingen. Ook een heel belangrijk punt van Verenso. Na onze werkconferentie over de relatie bestuur-specialist ouderengeneeskunde was de finale conclusie al dat er een richtlijn moet komen van de IGZ, ActiZ en Verenso waarin geregeld wordt hoe de inspraak van de specialist ouderengeneeskunde wordt gewaarborgd. Op die manier kunnen professional en bestuur hun krachten bundelen op zoek naar wat het beste is voor hun patiënt/cliënt. Want dat bleek ook maar weer eens. Dat is het doel wat wij allemaal gezamenlijk hebben: regering, IGZ, bestuur, management en professionals. Allemaal zitten we in de zorg met maar één doel: de patiënt maximaal goede zorg en behandeling bieden.

Beter en betaalbaar, het lijkt mij fantastisch!

Correspondentieadres
redactie@verenso.nl

Nieuwe rubriek: CAT

CAT staat voor 'Critically Appraised Topic', een beknopt verslag volgens vast stramien waarin een klinische vraag wordt beantwoord door kritische beoordeling van wetenschappelijke literatuur. Een CAT (in verkorte versie ook wel BET genoemd: 'best evidence topic') poogt de praktijk en de wetenschap samen te brengen. Aan de basis ligt een vraag uit de praktijk (vaak geënt op een casus), die wordt vertaald naar een onderzoeksvraag (volgens de PICO-methode). Met deze geformuleerde onderzoeksvraag wordt in wetenschappelijke databases (zoals PubMed) gezocht naar literatuur. Na analyse van de gevonden informatie wordt deze weer vertaald naar de oorspronkelijke praktijkcasus om zo richting te geven aan verder handelen.

Voor meer informatie over het maken van CATs, het formuleren van onderzoeksvragen en het kritisch beoordelen van literatuur kan men hier terecht:

Boek: M. Offringa, W.J.J. Assendelft, R.J.P.M. Scholten. Inleiding in evidence-based medicine (2003). Bohn Stafleu Van Loghum.

Boek: B. Tiemens, A. Kaasenbrood, G. de Niet. Evidence-based werken in de GGZ (2010). Bohn Stafleu Van Loghum.

Website: www.bestbets.org | *Best Bets*, Emergency Department Manchester Royal Infirmary uitleg en informatie over het maken van CATs en BETs, met voorbeelden.

Website: www.cebm.net | *Centre for Evidence Based Medicine*, University of Oxford, uitleg en informatie over *evidence-based medicine*, met handige software om te helpen bij het maken van een CAT (*CATmaker*).

CAT-opdrachten worden veel gebruikt in het huidige onderwijs, zowel in de basisopleiding als in de vervolgoopleidingen. Het doel van deze opdrachten is om studenten te trainen in het vertalen van praktijkvragen naar onderzoeksvragen, de gevonden literatuur kritisch te beoordelen en vervolgens tot een antwoord te komen voor de eigen casus. Deze manier van werken is ook buiten een onderwijssetting een handig hulpmiddel om praktijkvragen te beantwoorden. Vandaar dat wij als redactie gemeend hebben dat het publiceren van CATs een bijdrage kan leveren aan het *evidence-based* werken binnen de ouderengeneeskunde.

Om deze rubriek te vullen hebben wij natuurlijk CATs nodig. Daarom bij deze de oproep aan studenten, AIOS en kadercursisten om in de opleiding gemaakte topics op te sturen ter publicatie. Ook specialisten ouderengeneeskunde die willen experimenteren met deze manier van werken nodigen wij uit om hun CATs in te sturen!

De spits wordt afgebeten door redactielid en kaderPG cursist Lonneke Schuurmans met een CAT over dementie bij de ziekte van Strümpell.

[Correspondentieadres
redactie@verenso.nl](mailto:redactie@verenso.nl)

Dementie bij de Ziekte van Strümpell

CAT

Lonneke Schuurmans

Op de afdeling is ter revalidatie na femurfractuur opgenomen een 75-jarige vrouw met de ziekte van Strümpell (hereditaire spastische paraparese, HSP). In de thuissituatie was er sprake van cognitieve problematiek, waardoor tevens de vraag aan ons is om behalve een revalidatietraject, ook een diagnostisch traject te starten naar het mogelijk bestaan van een dementie. Een NPO laat inderdaad een beginnende dementie zien met een subcorticaal profiel.

Mevrouw voldoet aan de diagnostische criteria van de ziekte van Alzheimer, maar door de erfelijke HSP kan ik niet met zekerheid zeggen of de cognitieve problemen mogelijk door de HSP worden veroorzaakt. Ik besluit om te zoeken naar beschikbare wetenschappelijke literatuur over het al dan niet optreden van dementie bij HSP.

VRAAGSTELLING

Is er een vergroot risico op dementie bij ouderen met de ziekte van Strümpell ten opzichte van de algemene populatie ouderen?

ZOEKSTRATEGIE

Ik heb gezocht in PubMed. Ik ben eerst begonnen met het definiëren van de populatie in de volgende zoektermen: *Strumpell*, *Strumpell – Lorrain*, *hereditary spastic paraparesis*, *familial spastic paraparesis*. Ik heb alle zoektermen verbonden met *OR*, en als criterium wil ik dat deze woorden in de titel of in de samenvatting van het artikel voorkomen (*title/abstract*). Ik heb geen tijdslijmet ingesteld.

Vervolgens heb ik deze zoekstrategie verbonden met de uitkomst dementie (via *AND dementia*, *title/abstract*, geen tijdslijmet).

Dit geeft het volgende zoekfilter:

```
((((strumpell [Title/Abstract]) OR strumpell -lorraine disease [Title/Abstract]) OR hereditary spastic paraparesis [Title/Abstract]) OR familial spastic paraparesis[Title/Abstract]) AND dementia[Title/Abstract]
```

Dit levert op 24 april 2011 het totaal aantal van **13 artikelen** op. Deze artikelen heb ik vervolgens handmatig gescreend op relevantie door beoordeling van titel en samenvatting op het onderwerp: voorkomen van dementie bij HSP.

Er blijven dan **8 artikelen** over.

Deze artikelen heb ik nogmaals beoordeeld, met als toegevoegd criterium: dementie op oudere leeftijd (> 50 jaar).

Er blijven dan **7 artikelen** over.

Tot slot heb ik deze 7 artikelen beoordeeld op methodologische kwaliteit (zie volgende sectie).

EVIDENCE

De 7 artikelen zijn beoordeeld op validiteit (met als belangrijkste criterium studie-opzet):

- 4 studies zijn een casusbeschrijving van een specifieke familie: Ferrer et al. 1995, Lizcano et al. 1997, Webb et al. 1998 en White et al. 2000. Gezien de lage bewijskracht van casusbeschrijvingen vallen deze studies af.
- 3 studies zijn een cohortonderzoek, waarvan 2 cross-sectioneel (Tallaksan et al. 2003 en Byrne et al. 2000) en 1 prospectief (Murphy et al. 2009).

De drie cohortonderzoeken heb ik gebruikt voor het beantwoorden van mijn vraag.

CONCLUSIE

De rode draad in de artikelen lijkt te zijn dat er binnen families met HSP wel een cognitieve achteruitgang meetbaar is (hoewel niet altijd significant), maar dat deze achteruitgang meer gerelateerd lijkt aan leeftijd dan aan de ernst van de ziekte. Er lijkt tevens een trend te bestaan in het cognitieve profiel richting subcorticale cognitieve stoornissen (executieve functiestoornissen).

OPMERKINGEN

De studies richten zich vooral op enkele families. De longitudinale studie van Murphy is interessant omdat een familie in de tijd wordt gevolgd. Ik mis hier echter een correctie voor leeftijd. De cross-sectionele studies van Byrne en Tallaksen vergelijken met gezonde controles en corrigeren voor leeftijd, maar komen in hun resultaten helaas niet geheel overeen. De power van alle studies is door het geringe aantal proefpersonen laag.

Het blijft onduidelijk wat het effect is van specifieke mutaties in het SPG4-gen en of juist een combinatie van mutaties leidt tot een verhoogde kans op dementie bij HSP.

VERTALING

Alle studies zijn verricht bij patiënten met een mutatie in het SPG4-locus. Het medisch dossier van mijn cliënte geeft geen informatie over een eventuele binnen de familie gevonden mutatie in het SPG4-locus of elders. Aangezien het SPG4-locus wordt geassocieerd met HSP, ga ik er van uit dat binnen de familie van mijn cliënte ook sprake is van een mutatie in het SPG4-gen.

UITKOMSTEN

Auteur (populatie)	Type Studie (groepen)	N (fam)	Instrumenten (correctie)	Uitkomsten (significantie)
BYRNE, 2000 (ADHSP, SPG4)	cross-sectioneel case-control (affected haplotype – unaffected haplotype – healthy controls)	104 (5)	CAMCOG (leeftijd, geslacht, opleiding)	CAMCOG score (age): HSP: 85.86/107 (53,63) control: 96.2/107 (53,73) -10.33 (p<0.0005) non-HSP: 91.82/107 (43,18) control: 98.09/107 (44, 45) -6.27 (p=0.016) CAMCOG <10 (mild dementia): HSP: 10 (69,9) Non-HSP: 0 Controls: 0 Scattergram: decline in CAMCOG scores with age steeper in HSP vs controls.
Conclusies Byrne: – affected members had significantly lower total CAMCOG scores and subsets of orientation, memory, language expression, and comprehension in comparison with matched control subjects. – early cognitive decline may be the first manifestation of the disease gene in individuals as yet unaffected by paraparesis – like paraparesis, cognitive decline in these families depends not only on the presence or absence of the disease gene but also on increasing age				
TALLAKSEN, 2003 (ADHSP, SPG4)	cross-sectioneel case-control (carriers vs controls)	58 (10)	CAMCOG (leeftijd)	CAMCOG score: carriers: 84.6 non-carriers: 90.0 P=0.051 Scattergram: total CAMCOG scores were significantly correlated with the severity of the disease ($r_2=0.24$, $P=.01$) but not with age or disease duration.
Conclusies Tallaksen: – no evidence of definite cognitive impairment in patients with HSP associated with SPG4. – Items defining a functional pattern characteristic of a dysexecutive syndrome were impaired in carriers compared with noncarriers, but the differences did not reach the significance level of $P=.01$. – the deficits shown in subgroups of carriers were correlated with the degree of disability but not with age.				
MURPHY, 2009 (ADHSP, SPG4)	longitudinaal (7 yrs) cohort	13 (1)	CAMCOG	CAMCOG scores: 2000: 60-80 (MCI): 4 <60 (dementia): none 2007 60-80 (MCI): 6 <60 (dementia): 1
Conclusies Murphy: – progressive cognitive decline occurs in this family with SPG4 linked HSP. – two genetic deletions were identified: SPG4delEx17 and SPG6del; the index case with both deletions died with dementia. – the dementia does not necessarily parallel the severity of the HSP but appears to relate to age.				

ADHSP = autosomal dominant hereditary spastic paraparesis, CAMCOG = Cambridge Cognitive Examination
MCI = Mild Cognitive Impairment, SPG4 = SPAST gene locus on chromosome 2p.

Met deze aanname kom ik tot de volgende praktische vertaling:

- mijn cliënte heeft een beginnende dementie met subcorticaal profiel
- klinisch beeld, diagnostiek en beeldvorming voldoen aan de criteria voor de diagnose: waarschijnlijk ziekte van Alzheimer.
- een relatie met hereditaire spastische parese is op basis van de literatuur niet uit te sluiten.

Ik kom uit op de volgende diagnose:

Dementie, waarschijnlijk M. Alzheimer, een relatie met de ziekte van Strümpell is niet uit te sluiten.

Deze diagnose, met de overwegingen, heb ik vervolgens met mevrouw en haar familie besproken.

Correspondentieadres

lonneke.schuurmans@zorgboog.nl

Professionalisering gaat verder

Richtlijnen Pijn en Diabetes beschikbaar in september 2011

Prof. dr. Wilco Achterberg, specialist ouderengeneeskunde en voorzitter richtlijnwerkgroep pijn

Drs. Hylke Groen, specialist ouderengeneeskunde en voorzitter richtlijnwerkgroep Diabetes

Drs. Corinne de Ruiter, bureaumedewerker Verenso en projectleider

In september 2011 publiceert Verenso de multidisciplinaire richtlijnen 'Herkenning en behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen' en 'Verantwoorde diabeteszorg voor kwetsbare ouderen'. Hiervoor is de evidence beoordeeld in respectievelijk 450 en 335 publicaties. Beide multidisciplinaire werkgroepen hebben hier, ondersteund door het Verensobureau, tweeënhalf jaar aan gewerkt. Deze Verensorichtlijnen zijn samen met andere relevante wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties ontwikkeld. De Verenso-autorisatiecommissie stelt dat specialisten ouderengeneeskunde met deze nieuwe richtlijnen een professionaliseringsslag kunnen maken bij de behandeling van kwetsbare ouderen met pijn of met diabetes.

DE EINDPRODUCTEN

In september krijgen alle Verensoleden en samenwerkingspartners de richtlijnen digitaal toegestuurd. Beide richtlijnen bestaan uit een samenvatting met een overzicht van alle aanbevelingen (deel 1), de integrale tekst van de richtlijn met de onderbouwing van de aanbevelingen (deel 2). Voor de richtlijn Pijn worden de bijlagen (pijnmeetinstrumenten en evidence-tabellen) in deel 3 gepubliceerd. Bij de richtlijn Pijn verschijnen ook een patiëntenfolder en een handleiding voor verzorgenden en verpleegkundigen. Alleen de samenvattingen komen in gedrukte vorm beschikbaar. Ook zijn er PowerPointpresentaties gemaakt die gebruikt kunnen worden tijdens scholingsbijeenkomsten in de regio's. Tot de publicatiedatum worden geen conceptrichtlijnproducten verspreid.

RICHTLIJN HERKENNING EN BEHANDELING VAN CHRONISCHE PIJN BIJ KWETSBARE OUDEREN

Inleiding

Chronische pijn is een zeer veel voorkomend probleem bij kwetsbare ouderen die thuis wonen of verblijven in zorginstellingen. Chronische pijn kan verschillende oorzaken hebben, zoals spier- en gewrichtsklachten, spasmen, contracturen en een beschadiging van het centrale zenuwstelsel. Voorbeelden van aandoeningen die chronische pijn kunnen geven zijn: een doorgemaakt CVA, kanker, artrose, osteoporose, decubitus, obstipatie en neuropathieën. Pijn bij deze groep kwetsbare ouderen leidt regelmatig tot een verminderde kwaliteit van leven door fysieke inactiviteit,

verminderde zelfredzaamheid, angst, depressie, verdere achteruitgang van cognitief functioneren, afgenomen participatie, sociale isolatie en een verhoogde zorgconsumptie. Uit onderzoek blijkt dat herkenning en behandeling van pijn onvoldoende plaatsvindt bij kwetsbare ouderen. Deze richtlijn is daarom onder voorzitterschap van prof. dr. W.P. Achterberg ontwikkeld met en voor specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriaters, ouderenpsychiaters, huisartsen, apothekers, (pijn)verpleegkundigen met inbreng van inhoudelijke expertise vanuit anesthesiologen, fysio- en ergotherapeuten met een geriatrische specialisatie en psychologen. Voor verpleegkundigen en verzorgenden is daarnaast een aparte handleiding ontwikkeld. Doel is een betere herkenning en behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen thuis of in verzorgings-, verpleeg- of ziekenhuizen. De hoofdstukken van de richtlijn zijn verschillend in opbouw. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 8 van de richtlijn. Hieronder wordt de inhoud van de richtlijn kort samengevat.

Pijnbeleving en pijngedrag bij kwetsbare ouderen

Hoofdstuk 2 van de richtlijn bespreekt de pijnbeleving en het pijngedrag van kwetsbare ouderen. Het bestrijdt de gedachte dat pijn hoort bij het ouder worden. Vraag daarom regelmatig naar pijn en gebruik daarbij meetinstrumenten. Gebruik een observatie-instrument bij patiënten met ernstige cognitieve/communicatieve stoornissen. Betrek verzorgenden en mantelzorgers van kwetsbare ouderen met een ernstige cognitieve/communicatieve beperking bij de beoordeling van de pijn.

Diagnostiek van pijn bij kwetsbare ouderen

Hoofdstuk 3 behandelt de noodzaak om bij alle kwetsbare ouderen een goede analyse te maken van de aard, de oorzaken en de gevolgen van de pijn. Lichamelijk onderzoek is nodig om behandelbare oorzaken van de pijn op te sporen. Het stappenplan bij de diagnostiek is: 1) zelfrapportage 2) anamnese 3) heteroanamnese 4) observatie 5) bepalen gevolgen van pijn 6) lichamelijk onderzoek en vaststellen oorzaken pijn. Daarna kan een adequate pijnbehandeling worden gestart. Bij patiënten met een redelijk intacte cognitieve kunnen numerieke en verbale rating-scales gebruikt worden. Herhaal pijnmetingen om effecten van interventies te beoordelen. Bij patiënten met een gevorderde cog-

nitieve/communicatieve stoornis is het (herhaaldelijk) gebruik van een observatie-instrument (zoals de PACSLAC-D, DOLOPLUS-2 of de PAINAD) van essentieel belang. Dit hoofdstuk beschrijft de bruikbaarheid en betrouwbaarheid van de verschillende meetinstrumenten.

Non-farmacologische pijnbestrijding

Hoofdstuk 4 behandelt non-farmacologische interventies. Effectieve behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen wordt regelmatig belemmerd door bijwerkingen van geneesmiddelen en de complicaties van polyfarmacie. Omdat dit bij non-farmacologische interventies veel minder een probleem is, spelen deze een belangrijke rol bij de behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen. Chronische pijn kan negatieve gevolgen hebben voor het participatieniveau van kwetsbare ouderen. Bestrijding van de negatieve gevolgen van pijn is minstens zo belangrijk als behandeling van de pijn zelf. Ergotherapeutische, fysiotherapeutische en psychologische interventies bij kwetsbare ouderen kunnen de gevolgen van pijn minimaliseren door ondersteuning te bieden bij het handhaven van het functioneren, welzijn en participatie in de maatschappij. Deze interventies dienen daarom altijd te worden overwogen. Helaas zijn er nog weinig (goede) systematische reviews naar de effecten van non-farmacologische interventies op pijn die het belang van non-farmacologische interventies wetenschappelijk onderbouwen, zie ook de tekst en evidence-tabellen in de bijlage.

Farmacologische pijnbestrijding

In hoofdstuk 5 wordt pijnmedicatie besproken. Pijnmedicatie kan als monotherapie gebruikt worden, maar de effecten worden vaak versterkt wanneer een geneesmiddel wordt gecombineerd met bijvoorbeeld een ander geneesmiddel voor pijnstilling maar zeker ook met non-farmacologische strategieën. De behandeling behoort over het algemeen te worden gestart met de laagst mogelijke effectieve dosis en geleidelijk te worden verhoogd op basis van de respons op pijn en de bijwerkingen (START LOW, GO SLOW!). Paracetamol vormt hier een uitzondering op.

Voor de medicamenteuze behandeling van kwetsbare ouderen met chronische pijn is de WHO-pijnladder het uitgangspunt, met de volgende kanttekeningen: het gebruik van NSAID's gaat bij deze groep gepaard met veel risico's. Daarom moet de arts waar nodig terughoudend zijn bij het voorschrijven van NSAID's, en altijd monitoren of er bijwerkingen optreden. Ook zwakke opioïden worden door kwetsbare ouderen vaak minder goed verdragen. Voor codeïne is daarom geen plaats, voor tramadol een beperkte plaats. Kwetsbare ouderen hebben vaak te maken met multimorbiditeit en daarmee polyfarmacie. Belangrijk is dat daarmee rekening gehouden wordt bij de medicamenteuze behandeling.

Voor neuropathische pijn geldt dat de middelen die in dit hoofdstuk geadviseerd worden veelal wel werkzaam zijn

gebleken bij meestal jongere patiënten, maar niet goed onderzocht zijn bij kwetsbare ouderen. Ook hier geldt weer dat deze middelen regelmatig bijwerkingen hebben, en dat kwetsbare ouderen gevoeliger zijn voor deze bijwerkingen. Dat betekent dan ook dat de doseringsadviezen voor kwetsbare ouderen anders zijn dan voor relatief gezondere volwassenen. Over het algemeen zal daarom vaak een lagere dosis gegeven moeten worden, en langzamer een spiegel opgebouwd moeten worden. Dit hoofdstuk bevat handige overzichtstabellen van geadviseerde doseringen en bijwerkingen van pijnmedicatie.

Organisatie van zorg

De richtlijn adviseert hierover in hoofdstuk 6 dat ieder zorg/behandelteam dat met kwetsbare ouderen werkt, kan terugvallen op een goed geschoold multidisciplinair samengesteld pijnteam. Hoewel pijn onderkennen een taak van de directe verzorgers en behandelaar is, kunnen de patiënt en diens familie/mantelzorgers een belangrijke bijdrage leveren aan signalering van pijn.

Kwaliteitsindicatoren

In hoofdstuk 7 worden een aantal indicatoren benoemd om de kwaliteit van zorg te kunnen meten.

RICHTLIJN VERANTWOORDE DIABETESZORG BIJ KWETSBARE OUDEREN

Inleiding

Diabetes komt vaak voor bij kwetsbare ouderen die thuis wonen of verblijven in zorginstellingen. De prevalentie in verpleeghuizen is circa 20%. Bij ouderen met diabetes mellitus komen voortijdige mortaliteit, comorbiditeit zoals hypertensie, coronaire hartziekte (CHZ) en beroerte vaker voor dan bij ouderen zonder diabetes mellitus. Ouderen met diabetes mellitus lopen ook een groter risico dan andere ouderen op verscheidene geriatrische syndromen, zoals depressie, cognitieve stoornissen, urine-incontinentie, valincidenten, polyfarmacie en chronische pijn. Diabeteszorg in al zijn facetten is maatwerk. Met alle kennis die voorhanden is dient een op de patiënt toegesneden behandel- en zorgleefplan te worden gemaakt waarbij diagnostiek, controles, behandeling, participatie en educatie aan bod komen.

De richtlijn Verantwoorde Diabeteszorg bij kwetsbare ouderen formuleert daarom aanbevelingen om te komen tot eenduidige, onderbouwde zorg voor deze groep patiënten die zowel thuis als in verzorgings- en verpleeghuizen kan wonen. Deze richtlijn is onder voorzitterschap van Hijlke Groen ontwikkeld voor en door specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, internisten en gespecialiseerde diabetesverpleegkundigen. Hij kan in de praktijk ook goed gebruikt worden door klinisch geriater, nurse practitioners, praktijkondersteuners, diëtisten, podotherapeuten en gespecialiseerde pedicures. De hoofdstukken van de richtlijn zijn verschillend in opbouw. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 13 van de richtlijn. Hieronder wordt de inhoud van de richtlijn kort samengevat.

INHOUD RICHTLIJN DIABETES SAMENGEVAT

Cardiovasculair risicomanagement is bij kwetsbare ouderen met diabetes van groot belang. Daarnaast dient gestreefd te worden naar een zo fysiologisch mogelijke glucoseregulatie. Hogere glucosewaarden kunnen - zolang ze geen klachten geven- echter acceptabel zijn bij een beperkte levensverwachting en indien daarmee hypoglykemieën kunnen worden voorkomen.

Specifieke aandachtspunten bij de behandeling van diabetes bij kwetsbare ouderen zijn:

- De levensverwachting is vaak belangrijker dan leeftijd voor het bepalen van het medisch beleid (onderbouwing in hoofdstukken 5, 6, 10).
- De manier waarop hypo- of hyperglykemieën zich manifesteren bij kwetsbare ouderen kan duidelijk verschillen van een relatief gezonde populatie (zie hoofdstuk 4).
- Streefwaarden voor bloeddruk kunnen soepeler gehanteerd worden dan in de meeste richtlijnen staat vermeld. Wanneer de bloeddruk boven de 160 mmHg systolisch is dient behandeling overwogen te worden. Bij zeer hoge leeftijd zijn nog hogere tensies aanvaardbaar. Laat bij voorkeur de systolische bloeddruk niet onder de 140-150 mm Hg komen. Een levensverwachting van minder dan twee jaar, orthostatische hypotensie, significante bijwerkingen of patiëntenvoorkeuren kunnen redenen zijn om de streefwaarde naar boven bij te stellen (zie hoofdstuk 5).
- Alleen indien er occlusief vaatlijden is aangetoond en er geen historie is met bloedingen (gastrointestinaal of cerebraal) kan acetylsalicylzuur worden overwogen (zie hoofdstuk 5).
- Statines hebben slechts zin indien de levensverwachting meer dan twee jaar bedraagt. Terughoudendheid met starten van statines bij hoogbejaarden lijkt gerechtvaardigd (zie hoofdstuk 5).
- Streefwaarden voor HbA_{1c} kunnen op zijn minst worden versoepeld tot 69 mmol/mol (8,5%) indien de levensverwachting minder is dan vijf tot zes jaar. Het is belangrijker dat er geen hypoglykemieën optreden dan dat de glucosewaarden scherp worden ingesteld (zie hoofdstuk 6).
- Voor de medicamenteuze therapie wordt aangeraden aan om vooral de goed gevalideerde middelen te gebruiken. Van een aantal nieuwere middelen zijn nog onvoldoende langetermijn effecten bekend.

- Vanwege het risico op langdurige hypoglykemieën dienen er geen langwerkende SU-derivaten te worden gebruikt (zie hoofdstuk 6).
- Bij kwetsbare ouderen dient men terughoudend te zijn met thiazolidinedionen (zie hoofdstuk 6).
- Als insulinetherapie wordt gegeven met langwerkende insulinepreparaten bestaat er een lichte voorkeur voor analoge preparaten indien (nachtelijke) hypoglykemieën een probleem vormen.
- Controles op het optreden van microvasculaire complicaties of macrovasculaire complicaties kunnen verminderd worden onder bepaalde omstandigheden (zie hoofdstuk 7), zoals:
 - a. De kwetsbare oudere bij wie diabetes wordt geconstateerd dient een oogonderzoek (met verwijde pupil) te krijgen, uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een oogarts. Als na het eerste oogonderzoek bij de diagnose diabetes mellitus geen retinopathie wordt vastgesteld, lijkt vervolgcontrole hierop niet noodzakelijk tenzij klachten ontstaan. Als na het eerste oogonderzoek bij de diagnose diabetes mellitus wel retinopathie wordt vastgesteld, dient vervolgcontrole plaats te vinden onder verantwoordelijkheid van een oogarts (zie hoofdstuk 7).
 - b. Voetencontrole dient bij hoogrisicopatiënten een keer per drie maanden plaats te vinden, bij laagrisicopatiënten een keer per jaar (zie hoofdstuk 7).
 - c. Controle op microalbuminurie wordt niet aanbevolen als de levensverwachting korter dan tien jaar bedraagt en als er geen intentie bestaat zonodig ook tot dialyse over te gaan (zie hoofdstuk 7).
- De kwetsbare oudere met diabetes mellitus heeft een verhoogd risico op een (ernstige) depressie en verminderd cognitief functioneren (zie hoofdstuk 8).
- Diabeteseducatie aan deze doelgroep dient bij voorkeur in aanwezigheid van hun mantelzorgers/familie te gebeuren (zie hoofdstuk 9).

Daarnaast zijn er kwaliteitsindicatoren (zie hoofdstuk 12) benoemd om de kwaliteit van zorg te kunnen meten.

Correspondentieadres
cderuiter@verenso.nl

Relatie tussen cytomegalievirusinfectie en influenzavaccinatierespons nader onderzocht

Jos Konings

Veroudering wordt geassocieerd met verhoogde gevoeligheid voor infecties en een verminderde respons op vaccinatie. Influenzavaccinatie is gebleken klinisch effectief te zijn bij slechts 17 tot 53% van de ouderen. Er zijn aanwijzingen dat infecties met cytomegalievirus (CMV) een bijdrage leveren aan de leeftijdgerelateerde veranderingen in immuniteit. Nadat infectie met CMV eenmaal heeft plaatsgevonden, is het immuunsysteem niet in staat de infectie te elimineren en blijft er sprake van een latente CMV-infectie zonder klinische verschijnselen. Er is in eerder onderzoek aangetoond dat er bij 90% van de boventachtigjarigen sprake is van een dergelijke infectie.

De onderzoeksvraag was of een eerder opgelopen CMV-infectie van invloed is op de respons op influenzavaccinatie bij bewoners van ouderenzorginstellingen.

Gedurende het influenzaseizoen 1997-1998 werden 731 bewoners met een gemiddelde leeftijd van 83 jaar in 14 Nederlandse ouderenzorginstellingen gevaccineerd met 15 of 30 µg geïnactiveerd influenzavaccin en vervolgens ontvingen zij na 84 dagen of 15 µg boostervaccin of een placebo. Er werden bloedmonsters afgenomen op dag 0, dag 25, dag 84 en dag 109. De seroresponsiviteit op influenzavaccinatie werd met behulp van haemagglutinatie-inhibitietesten op A/H₃N₂-stam gemeten op alle tijdstippen. Tevens werden de uitgangsniveaus van de IgG anti-CMV-antilichamen vastgesteld. Van CMV-infectie (CMV-antilichaamniveau > of = 6 AU/ml) was sprake bij 78% van de bewoners. Tussen beide groepen (wel en geen CMV-infectie) bleek er geen verschil te zijn in respons op influenzavaccinatie. Er bleek tevens geen relatie te zijn tussen een meer dan viervoudige stijging van de antistoftiter en de aan- of afwezigheid van CMV-infectie. De CMV-infectie verklaarde in deze studie dus niet de verminderde respons op influenzavaccinatie, onafhankelijk van de dosis en het aantal vaccinaties.

In de discussie wordt vermeld dat in eerdere studies een dergelijk effect wel is aangetoond. Daarin werden ook andere influenzastammen getest en bleek de relatie met de A/H₃N₂-stam echter het zwakst. Ook andere factoren als een ander onderzoeksdesign, verschillen in populatie en comorbiditeit kunnen voor deze andere resultaten verantwoordelijk zijn geweest.

De beperking van deze studie is dus dat uitsluitend de respons op de A/H₃N₂-stam onderzocht is. Dit is echter sinds 1968 wel de meest belangrijke stam geweest verantwoordelijk voor de meeste influenzagerelateerde morbiditeit en mortaliteit bij ouderen. De bevindingen van deze studie kunnen echter niet zomaar gegeneraliseerd worden voor alle ouderen in de algemene populatie. Vooralsnog is er dus echter ook geen reden om bewoners van ouderenzorginstellingen op de aanwezigheid van CMV-infecties te gaan onderzoeken om op basis daarvan een meer gespecificeerde en geïndividualiseerde aanpak met betrekking tot influenzavaccinatie te gaan hanteren.

LITERATUUR

- Elzen Wendy PJ den, Vossen Anne CMT, Cools Herman JM, Westendorp Rudi GJ, Kroes Aloys, Gussekloo Jacobijn. Cytomegalovirus infection and responsiveness to influenza vaccination in elderly residents of long-term care facilities. *Vaccine* (2011), doi:10.1016/j.vaccine.2011.03.086

Correspondentieadres
jkonings@zuweezorg.nl

Richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie, derde herziening (2011)

Inge van der Stelt, beleidsmedewerker Verenso

Verenso werkt veelvuldig mee aan de totstandkoming van multidisciplinaire richtlijnen. We doen 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 Osteoporose en Fractuurpreventie*. De richtlijn is opgesteld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR). Namens Verenso participeerde Victor Chel. Tijdens de commentaarfase hebben een tiental specialisten ouderengeneeskunde een reactie gegeven op de conceptrichtlijn.

DIAGNOSTIEK EN INVENTARISATIE FRACTUURRISICO

De richtlijn begint bij de diagnostiek bij een patiënt met een klinische fractuur na de leeftijd van 50 jaar en de inventarisatie van het fractuurrisico bij patiënten ouder dan 60 jaar, zonder recent doorgemaakte fractuur. In de aanbevelingen speelt de DXA-scan en het 'Vertebral Fracture Assessment' (VFA) een belangrijke rol bij de diagnostiek. Voor het merendeel van de verpleeghuispatiënten zullen deze echter niet tijdig beschikbaar zijn (wachtlijden), zullen ze weinig toevoegen wat betreft prognose en zijn ze extra belastend. De praktische toepasbaarheid van deze aanbevelingen is daardoor voor de specialist ouderengeneeskunde gering. Deze beperking betreft eveneens de betreffende stroomschema's en de interne kwaliteitsindicatoren.

Alvorens tot medicamenteuze behandeling van osteoporose over te gaan, wordt aanbevolen om corrigeerbare oorzaken van secundaire osteoporose op te sporen en te behandelen. In hoofdstuk 2 (en in de samenvattingskaart, bijlage 3 van de richtlijn) wordt een lijst met risicofactoren voor het optreden van een fractuur gegeven. Het merendeel van de verpleeghuispatiënten zal hierop hoog scoren!

INTEGRATIE VALRISICO

In de richtlijn is gekozen om het valrisico te integreren in de diagnostiek en behandeling van patiënten met een verhoogd fractuurrisico.

Aanbeveling richtlijn:

Het verdient aanbeveling om bij patiënten (> 50 jaar) met

een fractuur, die zich melden met een val of een valletsel, een nadere evaluatie van het valrisico te verrichten. Dit kan door te vragen naar het aantal valincidenten in het afgelopen jaar (≥ 1 x, inclusief recente val waardoor fractuur) en, indien dit het geval is, door na te gaan of er beperkingen zijn in de mobiliteit (problemen met evenwicht, balans en met het lopen of opstaan uit een stoel).

Gezien de CBO-richtlijn 'Preventie van valincidenten bij ouderen' zou deze evaluatie aangevuld kunnen worden met: problemen met ADL, gebruik van psychofarmaca, polyfarmacie, artrose in de onderste extremiteiten, urine-incontinentie en visusklachten (CBO 2004).

Valinterventies moeten vervolgens gericht zijn op de factoren die uit de valrisico-evaluatie naar voren zijn gekomen. Dit zijn specifieke maatregelen op maat voor de patiënt zoals balans- en spierkrachttraining, visusverbetering en vitamine D-suppletie.

Wat betreft heupbeschermers beveelt de richtlijn géén heupbeschermers aan buiten het verpleeghuis vanwege slechte 'compliance'. Er worden geen aanbevelingen gedaan voor de situatie in het verpleeghuis. In de richtlijntekst wordt verwezen naar onderzoek dat aangeeft dat heupbeschermers een reductie van het aantal heupfracturen geeft, maar niet van het aantal bekkenfracturen of andere fracturen. Hierbij had opgemerkt mogen worden: mits passend, goed gepositioneerd en gedragen.

CALCIUM EN VITAMINE D-SUPPLETIE

Vitamine D is samen met calcium van belang voor het skelet en de spieren. Een ernstig vitamine D-gebrek gaat gepaard met hypocalciëmie. Een zeer hoge inname van vitamine D gedurende lange tijd kan leiden tot hypercalciëmie en hypercalciurie, waardoor nierstenen, nefrocalcinose en ook vaatverkalkingen kunnen ontstaan. Het niveau van veilige inname is door de EU bepaald op 2000 IE per dag. Intoxicatie is niet bekend bij doseringen onder 4000 IE per dag.

De vitamine D-status wordt bepaald aan de hand van de serum 25-hydroxyvitamine D-spiegel. De streefwaarde voor serum 25(OH)D is voor volwassenen minimaal 30 nmol/l (12 ng/ml) en voor vrouwen vanaf 50 jaar en mannen vanaf 70 jaar minimaal 50 nmol/l (20 ng/ml).

Bij zelfstandig wonende ouderen heeft bijna 50% een serum 25(OH)D spiegel lager dan 50 nmol/l, blijkt uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (Snijder 2005). Bij

bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen heeft circa 85 – 90 % een serum 25(OH)D spiegel lager dan 50 nmol/l.

Aanbeveling richtlijn:

Het is wenselijk dat bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen een vitamine D-supplement van 800 IE per dag gebruiken. En dat patiënten met osteoporose eveneens een vitamine D-supplement van 800 IE per dag gebruiken.

Het is wenselijk dat patiënten met osteoporose een calciumsupplement van 500 of 1000 mg per dag gebruiken wanneer de inname van calcium met de voeding lager is dan 1000-1200 mg per dag. De suppletiedosis van 1000 mg geldt vooral wanneer de patiënt helemaal geen zuivelproducten gebruikt.

Incidenteel kan het hoger doseren van vitamine D van belang zijn bij patiënten met zeer lage vitamine D-waarden, die starten met een bisfosfonaat. Bij ernstig vitamine D-gebrek (25-hydroxyvitamine D < 15 nmol/l) kan overwogen worden om tijdelijk een hogere dosis vitamine D₃ te geven, bijvoorbeeld 10.000 IE per dag gedurende tien dagen. Hiervoor bestaan coledcalciferol FNA druppels die 50.000 IE/ml bevatten.

BEHANDELING VAN OSTEOPOROSE

Medische behandeling van hoogrisicopatiënten bestaat uit verschillende stappen: risicocommunicatie met de patiënt, leefstijladviezen en regelmatige lichaamsbeweging, optimalisatie van calcium- en vitamine D-status, valpreventie om het risico van vallen te verminderen, correctie van omkeerbare oorzaken van secundaire osteoporose vooraleer osteoporosemedicatie te starten en medicatie ter preventie van wervel-, heup- en niet-wervelfracturen.

Een *stroomschema* voor de medicamenteuze behandeling van osteoporose is te vinden op pagina 84 van de richtlijn en in de samenvatting (bijlage 3 van de richtlijn). Dit geldt eveneens voor de controles na het instellen van de medicamenteuze behandeling en voor het beleid na vijf jaar. De al eerder genoemde bezwaren tegen een DXA en VFA blijven hierbij echter bestaan.

Aanbeveling richtlijn:

Alendronaat en risedronaat hebben een breed spectrum van fractuurpreventie en zijn aan te bevelen als eerste keuze medicatie voor preventie van fracturen, op voorwaarde van een creatinine klaring >30 ml/min, juiste inname, goede tolerantie en afwezigheid van contra-indicaties voor orale bisfosfonaten (gastro-intestinale bijwerkingen).

Behalve alendronaat en risedronaat is er verschillende andere medicatie ter beschikking voor fractuurpreventie: zoledronaat IV, strontiumrelaet PO, ibandronaat PO of IV, raloxifeen PO en denosumab SC. Deze medicatie kan worden overwogen bij contra-indicaties, intolerantie, non-compliance of inefficiëntie van alendronaat en risedronaat. Geadviseerd wordt hierbij gebruik te maken van de hiervoor

ontwikkelde keuzehulp (*deze is echter nog in ontwikkeling*). Behalve met calcium en vitamine D, worden combinaties van antiosteoporosemedicatie afgeraden.

Antifractuur effect bij ouderen

Een frequent gestelde vraag in de dagelijkse praktijk is in hoeverre het zinvol is om bij ouderen (80+) met een volgens de arts nog redelijke levensverwachting te starten met fractuurpreventie met medicatie.

Post-hoc analyses werden in fractuurstudies met alendronaat en risedronaat uitgevoerd bij ouderen, gedefinieerd als ouder dan 70-80 jaar.

Het antifractuur-effect van alendronaat bleef behouden bij patiënten na 80 jaar met follow-up tot 85 jaar (Hochberg 2005).

Risedronaat vermindert de kans op wervelfracturen bij 80-plussers en de kans op heupfracturen bij 70-plussers met een lage BMD en wervelfractuur (Boonen 2004).

De gemiddelde leeftijd van patiënten in de zoledronaatstudie was 74 jaar na een heupfractuur (Lyles 2007).

Strontiumrelaet vermindert de kans op wervel- en niet-wervelfracturen bij 80-plussers in een vooraf geplande analyse van de SOTI- en TROPOS-studies (Seeman 2006).

Het effect van teriparatide op fractuurreductie was onafhankelijk van de leeftijd en werd ook bij 75-plussers vastgesteld (Marcus 2003).

Er zijn geen aanwijzingen in de literatuur, noch pathofysiologische argumenten om verminderde werkzaamheid van fractuurpreventie met medicatie bij ouderen te veronderstellen.

SECUNDAIRE OSTEOPOROSE

Secundaire osteoporose ten gevolge van bijkomende ziekten is een aandoening met een specifieke oorzaak, met onder andere een variëteit van endocriene en genetische abnormaliteiten. Ook inflammatoire reumatische en gastro-intestinale aandoeningen spelen een belangrijke rol bij het ontstaan van secundaire osteoporose. Het gebruik van medicamenten (onder andere glucocorticoiden) kan nadelige effecten hebben op het botmetabolisme.

Onderstaande aandoeningen zijn de meest prevalentie ziekten waarbij een verhoogd risico op secundaire osteoporose beschreven is.

Aanbeveling richtlijn:

Omdat COPD-patiënten en patiënten met Diabetes Mellitus een verhoogd risico op secundaire osteoporose en wervelfracturen hebben kan, bij twijfel of nadere diagnostiek en/of het starten van antiosteoporosetherapie gewenst is, deze comorbiditeit de balans doen doorslaan in de richting van nadere diagnostiek/behandeling.

Aanbeveling richtlijn:

De aanwezigheid van: schildklier-aandoeningen, reumatische aandoeningen, primaire hyperparathyreoïdie, inflammatoir darmlijden, coeliakie en malabsorptiesyndromen

dienen als risicofactor voor secundaire osteoporose te worden meegewogen bij de evaluatie van het fractuurrisico.

Aanbeveling richtlijn:

1. Glucocorticoïden dienen in een zo laag mogelijke dosis en zo kort mogelijk voorgeschreven te worden.
2. Indien de verwachting bestaat dat glucocorticoïden langer dan drie maanden zullen worden gebruikt, dient osteoporoseprofylaxe te worden overwogen (en, indien nodig, zo snel mogelijk te worden gestart).
3. Bij een glucocorticoïden dosering tussen 7,5 en 15 mg (prednison equivalenten) per dag: a) bij premenopauzale vrouwen en mannen < 70 jaar dient een DXA te worden verricht en, afhankelijk van de uitslag, therapie te worden voorgeschreven, b) bij postmenopauzale vrouwen en mannen > 70 jaar is een indicatie voor osteoporosebehandeling aanwezig.
4. Er bestaat een indicatie voor osteoporosebehandeling bij een glucocorticoïden dosering > 15 mg (prednisonequivalenten) per dag en/of de aanwezigheid van een prevalentie fractuur.

De richtlijn is te downloaden via de website van het CBO en de website van Verenso. De gedrukte versie is aan te vragen bij DCHG medische communicatie, www.richtlijnen.net.

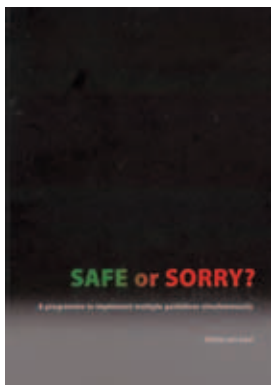


Correspondentieadres
ivdstelt@verenso.nl

SAFE or SORRY? A programme to implement multiple guidelines simultaneously

Jos Konings

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 Betsie van Gaal *SAFE or SORRY? A programme to implement multiple guidelines simultaneously* aandacht besteed.



Op 5 april 2011 promoveerde Betsie van Gaal aan de Radboud Universiteit Nijmegen op het proefschrift *SAFE or SORRY? A programme to implement multiple guidelines simultaneously*.

Patiënten in ziekenhuizen en verpleeghuizen lopen risico op schade aan de gezondheid door vaak vermijdbare aan de zorg gerelateerde gebeurtenissen ('adverse events'). Daardoor komt hun veiligheid in gevaar. Er zijn inmiddels diverse richtlijnen ontwikkeld ter voorkoming van dergelijke schade. Richtlijnen worden echter om uiteenlopende redenen lang niet altijd opgevolgd. Dat kan zowel gerelateerd zijn aan de individuele zorgmedewerker, de sociale context of de soort van organisatie waarin men werkt. Ook blijkt het nogal eens een probleem om meerdere richtlijnen tegelijkertijd geïmplementeerd te krijgen. Het komt bovendien vaak voor dat er geen feedback plaatsvindt over de op de richtlijnen gebaseerde kwaliteitsindicatoren en aan een uniforme implementatiesystematiek.

In dit proefschrift zijn de mogelijkheden onderzocht om meerdere richtlijnen tegelijkertijd te implementeren. Uit literatuuronderzoek bleek dat dergelijk onderzoek nog niet eerder gedaan was. Op grond daarvan werd binnen het kader van dit onderzoek zelf een dergelijk programma ontwikkeld. De opzet van dit programma werd al eerder in dit tijdschrift uitgebreid besproken (Tijdschrift voor Oude-

rengeneeskunde, 2009, jaargang 34, nummer 5: 171-178). Het idee voor dit programma werd uitgewerkt voor drie veel voorkomende adverse events, te weten decubitus, urineweginfecties en vallen. Het programma bestaat uit bundels, dat wil zeggen een bij elkaar horende serie maatregelen die in een bepaalde situatie automatisch worden uitgevoerd als één geheel zonder dat er voor elk onderdeel apart een opdracht wordt gegeven, en tevens uit proces- en uitkomstindicatoren. Het programma is gebaseerd op bestaande richtlijnen voor preventie van decubitus, valincidenten en urineweginfecties. De implementatiestrategie van het programma bestond uit scholing aan betrokken verzorgenden en verpleegkundigen door middel van een cd-rom met scholingsmateriaal, het betrekken van de patiënten door middel van patiëntenfolders aangevuld met mondeling verstrekt informatie en structurele feedback over de bevindingen aan verzorgenden en verpleegkundigen met behulp van een digitaal programma gebaseerd op de geformuleerde uitkomst- en procesindicatoren.

Het clustergerandomiseerde onderzoek vond plaats gedurende twee jaar (2006-2008) op tien afdelingen in vier ziekenhuizen (vier interne, zes chirurgische) en tien afdelingen in zes verpleeghuizen (zeven chronisch-somatische en drie revalidatie). Alle afdelingen werden gerandomiseerd naar een interventie- en een controlegroep. Er werd gestratificeerd voor instelling en soort afdeling. Na een voorafmeting gedurende drie maanden op alle afdelingen vond gedurende veertien maanden de implementatie van het programma plaats op alle interventieafdelingen. Tenslotte volgde een periode van negen maanden waarin alle name-tingen op alle afdelingen plaatsvonden.

Tijdens voor- en nameting werd aan alle volwassen patiënten gevraagd of zij wilden deelnemen aan het onderzoek. Ziekenhuispatiënten werden pas ingesloten wanneer de verwachting was dat ze minimaal vijf dagen zouden blijven. Na instemming bezocht de onderzoeksverpleegkundige de patiënten wekelijks. Alle patiënten met minimaal twee bezoeken werden in het onderzoek geïnccludeerd.

De primaire uitkomstmaat was de incidentie van de adverse

events. Secundaire uitkomsten waren het percentage patiënten met preventieve maatregelen en de kennis van verpleegkundigen en verzorgenden over de preventie van de drie adverse events.

De informatiebronnen voor de onderzoeksgegevens waren de patiëntendossiers en de wekelijkse observaties van de patiënten door de onderzoeksverpleegkundige. Tijdens het wekelijkse bezoek van de onderzoeksverpleegkundige werden minimaal vijf patiënten en de bij hun zorg betrokken verpleegkundigen en verzorgenden gedurende vijf uren geobserveerd. De kennis van verpleegkundigen en verzorgenden tijdens voor- en nameting werd getoetst aan de hand van vragenlijsten.

Aan de voormeting deden 887 ziekenhuispatiënten en 241 verpleeghuispatiënten mee. Van deze patiënten ontwikkelden 77 ziekenhuispatiënten (11%) en 111 verpleeghuispatiënten (46%) één of meer adverse events. Bij de voormeting werd tevens vastgesteld dat voor alle drie adverse events risicopatiënten in zowel ziekenhuis als verpleeghuis maar in beperkte mate preventieve maatregelen volgens de richtlijnen ontvingen. Voor ziekenhuispatiënten: bij decubitus 34%, bij urineweginfecties 47% en bij vallen 0%. Voor verpleeghuispatiënten waren deze percentages respectievelijk 18%, 42% en 1%.

Aan de nameting deden 2201 ziekenhuispatiënten mee en 392 verpleeghuispatiënten. In de ziekenhuizen ontwikkelden patiënten in de interventiegroep 43% minder adverse events dan patiënten in de controlegroep. In de verpleeghuizen was dit verschil 33%. Er was zowel in de ziekenhuizen als in de verpleeghuizen geen verschil waarneembaar tussen de interventie- en controlegroep voor wat betreft de inzet van preventieve maatregelen voor decubitus en voor vallen. Voor urineweginfecties was de inzet van preventieve maatregelen bij risicopatiënten in het ziekenhuis in de interventiegroep zelfs significant minder dan in de controlegroep.

Voor wat betreft de kennistoets behaalden ziekenhuisverpleegkundigen in de interventiegroep iets betere resultaten dan zij in de controlegroep. Dit betrof kennistoename over preventie van decubitus. Voor urineweginfecties en vallen was er geen verschil. Voor verpleegkundigen en verzorgenden uit de verpleeghuizen was er geen verschil. Dit na correctie voor de resultaten uit de voormeting voor zowel verpleegkundigen en verzorgenden uit ziekenhuizen als verpleeghuizen.

Zeer opmerkelijk is dat de primaire uitkomstmaat, namelijk de incidentie van adverse events bij zowel ziekenhuis- als verpleeghuispatiënten, na de interventies verbeterde terwijl er tussen interventie- en controlegroep geen verschil was van inzet van preventieve maatregelen en er bij de verpleegkundigen en verzorgenden ook niet of nauwelijks een verschil was in kennistoename. De promovenda noemt zelf als mogelijke verklaringen voor deze opmerkelijke bevindingen tekortkomingen van de gebruikte implementatiestrategie en dataverzameling en methodologische beperkingen. Tevens plaatst zij vraagtekens bij de mate waarin de gebruikte richtlijnen voor de ontwikkeling van het geïmplementeerde programma als evidence based aangemerkt kunnen worden.

De vraag is of alleen al de extra aandacht samenhangend met de keuze voor decubitus, urineweginfecties en vallen zorgdraagt voor extra kwaliteit waarmee de preventieve maatregelen en ook de reeds aanwezige basiskennis ingezet worden. Extra kwaliteit die met de gebruikte meetinstrumenten niet kan worden gemeten en vastgesteld.

De bevindingen van deze dissertatie vragen om aanvullend en meer gedetailleerd onderzoek. De mogelijkheid om door middel van een geïntegreerd implementatieprogramma meerdere richtlijnen tegelijkertijd in te voeren dient ook voor andere richtlijnen onderzocht te worden.

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