

Hora-est: Nothing is wrong with me

Inhoudsopgave

Hora-est: Nothing is wrong with me	2
CAT: De Patellar Pubic Percussion Test (PPPT)	6
CAT: Nitrofurantoina blijft de eerste keuze	12
CRP point-of-care testing voor lage luchtweginfecties	18
Het dynamische concept veerkracht	24
APOP-screeningsprogramma op de SEH	30
CRDL voor ouderen met dementie	38
Beslissen over doorbehandelen na een ernstige beroerte	48
De WijkKliniek: ziekenhuisbehandeling voor oudere patiënten in een VVT- instelling	54
COVID-19 onder medewerkers in het verpleeghuis	65
Organisatie van de 24-uurs medische spoedzorg voor Wlz-cliënten	72
Meer ouderenzorgkennis nodig op de spoedeisende hulp	80
Van de redactie	84
Estafette...Heleen Driever	86
Woord Bestuur	89
Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO)	91

Hora-est: Nothing is wrong with me

Behavioural symptoms and awareness in people with Korsakoff syndrome and other alcohol-related cognitive disorders living in nursing homes



Annette van Kerkhof

Goede zorg voor deze groep mensen

Specialist ouderengeneeskunde Ineke Gerridzen is sinds 2002 werkzaam bij Atlant in Beekbergen en de laatste jaren specialiseerde zij zich in de langdurige zorg en behandeling voor mensen met het syndroom van Korsakov. Op 11 maart 2020 promoveerde zij op het onderwerp gedragssymptomen en zelfinzicht bij het syndroom van Korsakov. Haar opponenten vroegen haar naar een betere definitie van 'het syndroom van Korsakov'. Uit haar antwoord bleek helder dat zij de precieze definitie niet zozeer van belang vond als wel het beschrijven van de groep mensen, die met het syndroom van Korsakov of andere alcohol-gerelateerde aandoeningen in het verpleeghuis verblijft. Deze groep mensen heeft zij op de kaart gezet. Haar proefschrift levert daarmee een belangrijke bijdrage aan het verbeteren van de zorg voor deze mensen.

Het syndroom van Korsakov

Het eerste hoofdstuk beschrijft het syndroom van Korsakov. Dit wordt veroorzaakt door een

tekort aan thiamine (vitamine B1). Het komt voornamelijk voor bij alcoholisten. Zowel het langetermijngeheugen als de uitvoerende functies (plannen en reguleren van gedrag) zijn gestoord en dit gaat vaak gepaard met het vertellen van fantasieverhalen. Het doel van het onderzoek was om een beter inzicht te krijgen in de langdurige zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov met specifieke aandacht voor gedragssymptomen en zelfinzicht. In dit proefschrift wordt de term 'het syndroom van Korsakov' als overkoepelende term gebruikt om zowel het syndroom van Korsakov als andere alcoholgerelateerde cognitieve aandoeningen te duiden.

In hoofdstuk 2 beschrijft Gerridzen de kenmerken, bijkomende aandoeningen en het gebruik van psychofarmaca bij mensen met het syndroom van Korsakov in het verpleeghuis. Ze onderzocht de dossiers van 556 mensen met het syndroom van Korsakov die in tien hierin gespecialiseerde verpleeghuizen verbleven. De meerderheid van de bewoners was man (75%) en de meeste bewoners waren gescheiden, alleenstaand of weduwnaar/weduwe (88%). De gemiddelde verblijfsduur was zes jaar. Psychofarmaca werden vaak voorgeschreven: bij 71% van de bewoners. Er wordt verondersteld dat deze middelen vaak worden voorgeschreven voor de behandeling van 'probleemgedrag'.

Gedragssymptomen en de belasting op verzorgenden

De resultaten van het literatuuronderzoek zijn in hoofdstuk 3 beschreven. Gedragssymptomen (meestal niet ernstig van aard) komen vaak voor bij mensen met het syndroom van Korsakov. Depressieve symptomen en stoornissen, agitatie en agressie kwamen het meeste voor. De studies waren van lage kwaliteit en er was sprake van grote verschillen tussen de studies in bijvoorbeeld hun aanpak.

In een groot dwarsdoorsnedeonderzoek (hoofdstuk 4) werden gestructureerde interviews gehouden met de Eerst Verantwoordelijk Verzorgende (EVV) of Begeleider (EVB) om de gedragssymptomen bij bewoners met het syndroom van Korsakov en de belasting op verzorgenden in kaart te brengen. Er werden gegevens verzameld van 281 deelnemers uit negen verpleeghuizen die gespecialiseerde zorg aan mensen met het syndroom van Korsakov verlenen. Bijna alle bewoners (96%) hadden ten minste één gedragssymptoom en bijna de helft van de bewoners (46%) had vijf of meer symptomen. Prikkelbaarheid/labiliteit (68%), agitatie/agressie (59%) en ontremming (53%) kwamen het vaakst voor, terwijl hallucinaties (9%) relatief zeldzaam waren. Wanen (32%) kwamen opvallend vaker voor dan hallucinaties. Verzorgenden ervoeren gemiddeld weinig belasting van de gedragssymptomen. Mogelijk komt dit doordat alle deelnemers in dit onderzoek in gespecialiseerde verpleeghuizen verbleven waar de zorg goed is afgestemd op hun specifieke behoeften en dat verzorgenden gewend zijn om met probleemgedrag om te gaan.

Zelfinzicht

Het is belangrijk dat verzorgenden de mate van zelfinzicht van de bewoner goed herkennen, zodat zij de bewoner niet overvragen. Het zelfinzicht (hoofdstuk 5) werd gemeten met een meetinstrument dat vraagt naar de praktische vaardigheden van het dagelijks leven. De vragen werden zowel door de bewoner zelf als door de verzorgende beantwoord en de scores werden met elkaar vergeleken. 71% van de bewoners overschatten hun vermogen om praktische taken uit te voeren. Het zelfinzicht was het meest verstoord voor cognitieve taken en het minst verstoord voor emotionele taken. De taken 'zelf de geldzaken regelen', 'dagelijkse activiteiten indelen' en 'persoonlijke hygiëne in acht nemen' werden het vaakst overschat. Verder werd er gevonden dat mensen met een matig verstoord zelfinzicht apathischer waren dan mensen met geen of mild gestoord zelfinzicht.

Opvattingen van verzorgenden over goede zorg

In een kwalitatief onderzoek (hoofdstuk 6) werden twaalf verzorgenden geïnterviewd die op gespecialiseerde verpleeghuisafdelingen voor mensen met het syndroom van Korsakov werken. Er werden drie opvattingen over goede zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov gevonden: 1) samen het dagelijks leven doen; 2) standvastig zijn; en 3) respectvol bejegenen. De opvattingen weerspiegelen fundamenteel verschillende visies op twee belangrijke thema's: 1) de zorgrelatie (balans tussen afstand en nabijheid, mate van gelijkwaardigheid); en 2) de autonomie van de bewoner (eigen regie versus ingrijpen). De gevonden opvattingen kunnen verzorgenden helpen om inzicht te krijgen in hun eigen visie op goede zorg en hun handelingswijze en om daarop te reflecteren.

Conclusies en aanbevelingen

1. De groep mensen met het syndroom van Korsakov die in het verpleeghuis verblijft heeft andere kenmerken dan 'de gemiddelde verpleeghuisbewoner'. Dit vraagt passende en specialistische verpleeghuiszorg voor deze groep bewoners.
2. Psychofarmaca worden veel voorgeschreven, vermoedelijk om probleemgedrag te veranderen. Gezien deze bevinding wordt een gestructureerde, multidisciplinaire aanpak aanbevolen voor de behandeling van probleemgedrag en het passend voorschrijven van psychofarmaca.
3. Veel verpleeghuisbewoners met het syndroom van Korsakov overschatten hun vermogen om praktische taken uit te voeren. Om te voorkomen dat deze mensen worden overvraagd, is het belangrijk dat verzorgenden de mate van zelfinzicht bij deze groep bewoners goed herkennen en regelmatig evalueren.
4. Verzorgenden hebben verschillende visies op wat goede zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov inhoudt en proberen op verschillende wijze zorgontvankelijkheid te bewerkstelligen. Intervisie en moreel beraad kunnen helpen om met elkaar het gesprek aan te gaan, zodat verzorgenden zich meer bewust worden van hun eigen opvatting en hun eigen handelingswijze.

Dit proefschrift geeft voor het eerst een goede beschrijving van de kenmerken en zorg voor verpleeghuisbewoners met het syndroom van Korsakov. De bevindingen kunnen een startpunt zijn voor verder onderzoek naar de langdurige zorg voor deze groep bewoners en voor de ontwikkeling van een zorgprogramma dat gebaseerd is op de best beschikbare kennis. Dit kan verzorgenden helpen om beter tegemoet te komen aan de complexe behoeften van deze bewoners en uiteindelijk de kwaliteit van zorg verbeteren.

Auteur

- A.P.A van Kerkhof, specialis ouderengeneeskunde, Atlant Beekbergen

De Patellar Pubic Percussion Test (PPPT): een geschikte bedside test voor het aantonen van heupfracturen in het verpleeghuis?

Critical appraisal of a topic

Ingeborg Jansen

Casus

Een 84-jarige patiënte met een matig-gevorderde Alzheimerdementie, voorheen nog goed mobiel zonder hulpmiddel, is zojuist gevallen. Ze geeft veel pijn aan in de linker heup, en wil het been niet meer belasten. Met veel moeite is ze door twee verzorgenden in bed gelegd. Er is geen evidente verkorting van het been zichtbaar en het been lijkt ook niet in exorotatiestand te staan. Er is sprake van enige asdrukpijn, en passieve endorotatie is pijnlijk. De neurovascularisatie is intact. Je twijfelt of je moet insturen voor een foto, of dat je het nog even aanziet met goede pijnstilling. Je overlegt met een collega specialist ouderengeneeskunde en die geeft als tip om de patellar pubic percussion test uit te voeren. Indien deze test afwijkend is zou dit een goede voorspeller zijn voor de aanwezigheid van een heupfractuur, en dan is het misschien toch beter om wel een foto te laten maken.

De Patellar Pubic Percussion Test (PPPT)

De PPPT wordt uitgevoerd bij een patiënt in liggende positie. De stethoscoop wordt op het os pubis geplaatst. Vervolgens wordt de patella aan beide kanten gepercuteerd, hierbij test men de botgeleiding (door middel van auscultatie) tussen het os pubis en de patella. Het geluid zou aan beide kanten identiek moeten zijn. Wanneer er een links-rechts verschil is, dan is dit afwijkend. De auscultatie aan de kant met een fractuur is meestal doffer.¹

1

Vraagstelling

Is de PPPT een geschikte test om een heupfractuur aan te tonen bij ouderen, in vergelijking met beeldvormende diagnostiek?

PICO

P: elderly

I: patellar pubic percussion test

C: radiography, X-ray or CT-scan

O: hip fracture, femur fracture, sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value

Zoekstrategie

Op 31-10-2019 werd gezocht in de Cochrane Database met de zoekterm 'patellar pubic percussion test'. Deze search leverde geen resultaten op.

Dezelfde zoekterm in titel of abstract leverde in Pubmed zes resultaten op. Wanneer deze werd verruimd naar alle velden leverde dit zeven resultaten op.

Gezien de zeer beperkte beschikbare literatuur over de patellar pubic percussion test werd besloten om van alle zeven resultaten de abstract door te nemen.

Selectie artikelen

Vier van de zeven artikelen bleken geschikt om de full-text door te nemen. Van de overige artikelen bleek één artikel een commentaar te zijn op een van de vier geselecteerde artikelen. De overige twee artikelen gingen respectievelijk over occulte heupfracturen en bekkenfracturen. De laatste was tevens een case-report.

De vier overgebleven artikelen betroffen twee originele studies^{1,1} (uit 2018 en 1997) en twee reviews naar diagnostische testen voor heuppathologie.^{2,3}

De reviews kwamen uit 2012 en 2013, dus de studie uit 2018 is hier nog niet in opgenomen. Slechts een zeer klein gedeelte van de reviews ging over de PPPT, of een variant van de PPPT (stemvorkproef). Van de reviews werd de literatuurlijst gescreend waardoor er nog een aanvullende originele studie gevonden werd van Tiru et al.⁴

Deze werd niet gevonden tijdens de search omdat er een andere benaming voor de PPPT werd gebruikt ('percussion screening tool'). Screening van de referentielijst van de drie originele studies leverde geen aanvullende studies meer op, waardoor er drie originele studies overbleven om de full-text kritisch van door te nemen.

Op basis van full-text beoordeling bleek de studie van Tiru⁵ niet geschikt om verder mee te nemen in deze CAT, aangezien deze studie expliciet gaat over het diagnosticeren van occulte heupfracturen.

De overgebleven twee artikelen werden geïncludeerd voor deze CAT:

1. SL Adams et al. Clinical use of the patellar-pubic percussion sign in hip trauma. American Journal of Emergency Medicine (1997) 15:2.1
2. SJM Smeets et al. The patellar pubic percussion test: a simple bedside tool for suspected occult hip fractures. International Orthopaedics (2018) 42:2521-2524.2

Beoordeling kwaliteit artikelen

Een overzicht van de kwaliteit van de individuele artikelen kan teruggevonden worden in tabel 1. Allebei de studies betroffen een prospectief onderzoek waarbij opeenvolgende patiënten die zich met een heuptrauma op de spoedeisende hulp presenteerden werden gescreend voor inclusie in de studie. In de studie van Smeets et al. werd bij alle geïncludeerde patiënten (n=191, gemiddelde leeftijd 84 jaar) eerst een PPPT uitgevoerd en vervolgens een röntgenfoto gemaakt. In het geval van een afwijkende PPPT in combinatie met een normale röntgenfoto werd ook nog een CT-scan gemaakt om een eventuele occulte heupfractuur te diagnosticeren. In de studie van Adams et al. werden alleen patiënten geïncludeerd waarbij op basis van klinisch beeld (waaronder PPPT) een foto noodzakelijk werd geacht. Vervolgens werden alleen patiënten geanalyseerd wanneer door twee verschillende artsen een PPPT was verricht (n=41, geen demografische gegevens bekend). Beide studies hadden de diagnostische waarde van de PPPT bij het diagnosticeren van heup- of bekkenfracturen na een heuptrauma als primaire uitkomstmaat.

Tabel 1. Kwaliteit van de artikelen

Criterium	Smeets et al. (2018)	Adams et al. (1997)
Referentietest	+	+
Setting/populatie	+	-
Work-up bias	+	-
Expectation bias	+	+
Reproduceerbaarheid index test	+	+
Betrouwbaarheidsintervallen	+	-
Zinvol afkappunt	Nvt	Nvt
Diagnostisch traject	+	+

De studie van Smeets et al. is een methodologisch goed uitgevoerde studie. De studie van Adams et al. kent tekortkomingen op het vlak van beschrijven van de populatie (alleen in-/exclusiecriteria beschreven, onvoldoende specifieke kenmerken van geïnccludeerde populatie), er is sprake van work-up bias en niet alle patiënten zijn meegenomen in de analyse (uitvalpercentage en uitvalverdeling onbekend), en de betrouwbaarheidsintervallen zijn erg breed door het kleine aantal deelnemers aan de studie.

Resultaten

De belangrijkste testkenmerken van de PPPT voor beide studies staan beschreven in tabel 2. De PPPT heeft in beide onderzoeken een hoge positief voorspellende waarde (94-95%). De negatief voorspellende waarde daarentegen is laag (47-79%).

Smeets et al. beschrijft ook de testprestaties van de PPPT voor heupfracturen specifiek (geen bekkenfracturen). De prestaties nemen dan gering af. De sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde (PPV) en negatief voorspellende waarde (NPV) zijn dan respectievelijk 87%, 55%, 85% en 59%.

In het geval van een positieve PPPT in combinatie met een niet afwijkend röntgenonderzoek (n=11) werd in de studie van Smeets et al. nog een aanvullende CT-scan verricht. Bij 8/11 CT-scans was alsnog een fractuur van heup of bekken te zien. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de PPPT was goed met kappa 0,7. Ook in een univariate analyse kwam de PPPT als significante voorspeller van een heupfractuur naar voren ($P=0.03$).

Adams et al. beschrijft de uitkomsten van een validiteitsanalyse en een erroranalyse. In 89.2% werden fracturen correct geclassificeerd door middel van de PPPT. In 25% was sprake van een vals-negatieve PPPT, maar er waren geen vals-positieven. Wanneer er per type fractuur wordt geclassificeerd dan worden de vals-negatieve uitslagen bij 12.5% van de heupfracturen gezien, bij 25% van de femurhalsfracturen, en bij 50% van de bekkenfracturen. De interindividuele reproduceerbaarheid van de PPPT was 90,2%.

Tabel 2. Prestatie van de PPPT in de diagnostiek van heup of bekkenfracturen (gouden standaard: röntgenfoto).

Uitkomstmaat	Smeets et al. (2018)	Adams et al. (1997)
Sensitiviteit	85% (79%-90%)	79% (54%-94%)
Specificiteit	70% (51%-85%)	95% (77%-100%)
Positief voorspellende waarde	94% (90%-96%)	95% (75%-99%)
Negatief voorspellende waarde	47% (37%-58%)	79% (62%-90%)

Beschouwing

Met name op basis van het kwalitatief goede artikel van Smeets et al. lijkt de PPPT een geschikte test om een heupfractuur aan te tonen in het geval van een afwijkende PPPT. Een normale PPPT sluit een heupfractuur echter niet uit. Hoewel de gemiddelde leeftijd in de studie van Smeets et al. overeenkomt met de populatie in het verpleeghuis, zijn patiënten met een kunstgewricht of patellectomie geëxcludeerd. Dit heeft ermee te maken dat de botgeleiding in deze groep patiënten niet meer intact is, waardoor er automatisch een links-rechts verschil ontstaat bij het uitvoeren van de PPPT. Dit maakt dat de test bij een aanzienlijk percentage patiënten in het verpleeghuis niet betrouwbaar uit te voeren is.⁶ Een ander nadeel is dat de interpretatie van de PPPT sterk afhankelijk is van het gehoor van de arts. De al subtiele verschillen in geluid kunnen mogelijk niet worden herkend wanneer het gehoor verminderd is.

Hoewel bij overduidelijke kliniek altijd ingestuurd moet worden (bij een 'actief' beleid) lijkt de meerwaarde van de PPPT vooral te zitten in de gevallen waarbij men twijfelt over de aanwezigheid van een heupfractuur. In die gevallen zou de uitslag van de PPPT kunnen ondersteunen in het besluit om een cliënt direct in te sturen voor beeldvorming (in het geval van een positieve PPPT), of toch het natuurlijke beloop met pijnstilling nog even aan te zien (bij een negatieve PPPT). Bij klinisch dubieuze verdenking, een negatieve PPPT en uitblijven van verbetering zou men dan alsnog in kunnen sturen omdat een negatieve PPPT een heupfractuur niet uitsluit. Vooral in dienstsituaties (waarbij men de cliënt direct naar de SEH moet sturen, in plaats van mogelijkheid tot poliklinische röntgen) zou dit van meerwaarde kunnen zijn. Overigens adviseer ik om ook bij een klinisch sterke verdenking op een heupfractuur een PPPT uit te voeren, om jezelf meer te bekwamen in het uitvoeren en interpreteren van de PPPT.

Conclusie

De PPPT lijkt met een positief voorspellende waarde van 94-95% een geschikte test om heupfracturen aan te tonen bij patiënten met een heuptrauma, wanneer er op basis van de voorgeschiedenis een betrouwbare vergelijking gemaakt kan worden met de contralaterale zijde (dat wil zeggen: geen prothese of osteosynthesemateriaal, geen ernstige unilaterale artrose

etc.). Wanneer dit het geval is dan kan de PPPT in het verpleeghuis een belangrijke richtinggevende factor vormen in het besluit om een patiënt in te sturen voor een foto, met name wanneer overduidelijke kliniek ontbreekt. De PPPT kan niet worden gebruikt voor het uitsluiten van heupfracturen.

Auteur

- Drs. I. Jansen, specialist ouderengeneeskunde, Novicare regio Brabant-Oost

Literatuur

1. Adams SL, Yarnold PR. Clinical use of the patellar-pubic percussion sign in hip trauma. *American Journal of Emergency Medicine* 1997;15(2).
2. Smeets SJM, Vening W, Winkes MB, Kuijt GP, Slooter GD, van Eerten PV. The patellar pubic percussion test: a simple bedside tool for suspected occult hip fractures. *International Orthopaedics* 2018;42:2521-2524.
3. Rahman LA, Adie S, Naylor JM, Mittal R, So S, Harris IA. A systematic review of the diagnostic performance of orthopedic physical examination tests of the hip. *Musculoskeletal Disorders* 2013;14:257.
4. Reiman MP, Goode AP, Hegedus EJ, Cook CE, Wright AA. Diagnostic accuracy of clinical tests of the hip: a systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine* 2013;47:893-902.
5. Tiru M, Goh SH, Low BY. Use of percussion as a screening tool in the diagnosis of occult hip fractures. *Singapore Medicine Journal* 2002;43(9):467-469.
6. Otten R, van Roermund PM, Picavet SJ. Trends in aantallen knie- en heupartroplastieken. De vraag naar knie-en heupprotheses blijft voorlopig toenemen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2010;154:A1534.

Nitrofurantoïne blijft de eerste keuze bij een cystitis bij vrouwen van 80 jaar en ouder

Critical Appraisal of Topic

Wing Tong

Casus

Een 83-jarige bewoonster van de psychogeriatrische afdeling van ons verpleeghuis had voor de derde keer binnen 1 jaar een cystitis. Haar relevante voorgeschiedenis luidde als volgt: M. Alzheimer sinds 5 jaar, diabetes mellitus type 2, hypertensie en dit jaar tweemaal een cystitis. Zij kreeg nu wederom een cystitis, met hierbij klachten van dysurie en mictiedrang. De urinedipstick was positief voor nitriet en leukocyten. Bij de eerste cystitis was blind gestart met nitrofurantoïne (zonder een urinekweek af te nemen). Ten tijde van de tweede cystitis was een urinekweek gedaan; uit het antibiogram kwam een *E.coli*-bacterie ($> 10^5$ /ml urine) die voor zowel nitrofurantoïne alsook fosfomycine gevoelig was.

Inleiding

In deze CAT wordt onderzocht of er wetenschappelijk bewijs is voor het gebruik van fosfomycine in plaats van nitrofurantoïne bij een cystitis bij vrouwen van 80 jaar en ouder. Beide middelen worden in de richtlijnen genoemd. Zo gaven Gupta et al. aan dat nitrofurantoïne en fosfomycine eerstelijnsmiddelen zijn voor cystitis. Sindsdien is het gebruik hiervan exponentieel gestegen.¹ Van Buul et al. gaven aan dat bij kwetsbare ouderen veelal sprake is van overbehandeling met antibiotica, in het bijzonder voor een cystitis.² De [Verenso-richtlijn 'Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen'](#) raadt dan ook aan om terughoudend te zijn voor wat betreft het voorschrijven van antibiotica voor een cystitis bij kwetsbare ouderen.³ Bij een negatieve uitlag van zowel de nitriet- als leukocytestest is het zaak om überhaupt geen antibiotica voor te schrijven. De keuze van empirische therapie bij een cystitis met tekenen van weefselinvasie is gebaseerd op lokale resistentiedata en eerdere urinekweekgegevens van de patiënt. De NHG-standaard 'Urineweginfecties' concludeert dat wanneer besloten wordt om een cystitis antibiotisch te behandelen dit in eerste instantie blind dient te gebeuren.⁴

Nitrofurantoïne is de eerste keuze vanwege de wetenschappelijk aangetoonde effectiviteit en de

lage resistentie van *E.coli* voor nitrofurantoïne.⁴ Fosfomycine wordt als een acceptabel alternatief genoemd wanneer nitrofurantoïne niet gegeven kan worden. Fosfomycine is door haar éénmalige gift gebruiksvriendelijker. Nitrofurantoïne dient volgens een regime van vijf dagen te worden voorgeschreven. Ook bestaat een risico op antibioticaresistentie voor het middel dat telkens wordt voorgeschreven. Tot op heden is er een gebrek aan antibioticaonderzoek binnen de verpleeghuispopulatie. Op 25 oktober 2018 kwam de nieuwe richtlijn 'Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen' uit.³ Deze adviseert als eerste keuze nitrofurantoïne en als tweede keuze fosfomycine bij een cystitis. Ik denk dat fosfomycine gebruiksvriendelijker is voor mijn cliënte, omdat ik verwacht dat zij moeite heeft om de kuur af te maken. De vraag rijst of ik ervoor kan kiezen om fosfomycine te geven. Of is dit antibioticum slechter dan nitrofurantoïne? Hieromtrent wordt in deze richtlijn niet voldoende antwoord gegeven.

Daartoe heb ik de volgende concrete vraagstelling geformuleerd: is het percentage vrouwen van 80 jaar en ouder dat binnen twee weken geneest van een cystitis zonder weefselinvasie na behandeling met fosfomycine ten minste even hoog als na behandeling met nitrofurantoïne?

Methode

Om aan de hand van de aanwezige literatuur het best beschikbare antwoord te vinden, werd de volgende PICO opgesteld:

P: vrouwen van 80 jaar en ouder met een cystitis, zonder een CAD

I: fosfomycine

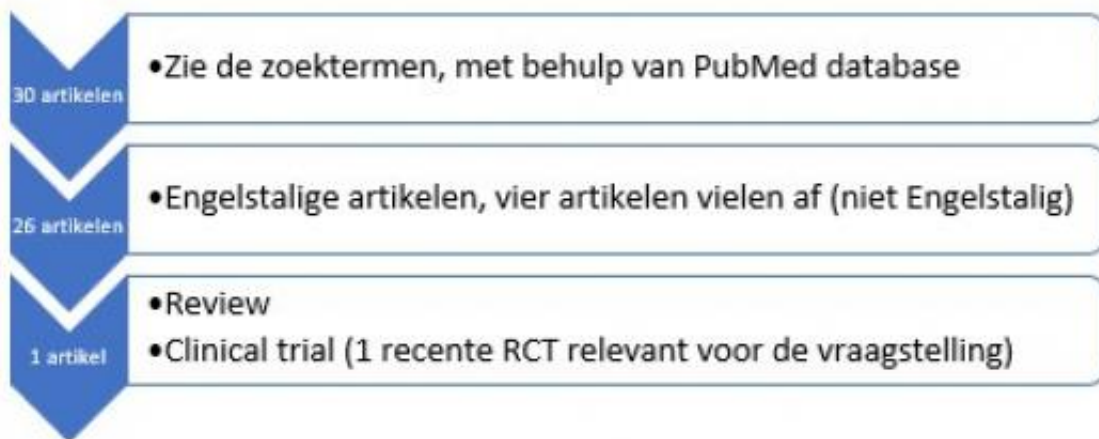
C: nitrofurantoïne

O: genezing binnen twee weken na fosfomycine ten minste even hoog als na nitrofurantoïne

De Cochrane Library werd geraadpleegd op 29 januari 2020, waarbij gezocht werd met de volgende zoekstrategie: urinary tract infections AND (fosfomycin OR nitrofurantoin). Er zijn in deze database geen publicaties geïnccludeerd die fosfomycine vergeleken met nitrofurantoïne. Op diezelfde datum werd de PubMed-database gebruikt om systematisch te zoeken, met de volgende zoektermen:

(((((("urinary tract infections"[Mesh] OR "urinary tract infections"[tw] OR "urinary tract infection"[tw] OR "UTI"[tw]) AND ("frail elderly"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "aged, 80 and over"[tw] OR "frail elderly"[tw]) AND ("fosfomycin"[Mesh] OR "fosfomycin"[tw]) AND ("nitrofurantoin"[Mesh] OR "nitrofurantoin"[tw]))))))))

Figuur 1. Flowchart op basis van de zoekstrategie



Met behulp van de zoekstrategie werden 30 artikelen gevonden. Vier artikelen vielen af, omdat deze niet Engelstalig waren. Na bestuderen van de titels en abstracts van de overige artikelen, bleek één van die artikelen de vraagstelling te beantwoorden. Dit artikel was echter niet toegespitst op de patiëntengroep van voorkeur. Ik heb er toch voor gekozen om dit artikel te bespreken daar in dit onderzoek fosfomycine wordt vergeleken met nitrofurantoïne. Bovendien doet dit onderzoek recht aan mijn visie om terughoudend te zijn met het scala aan verschillende antibiotica dat beschikbaar is.⁵

Resultaten

Het artikel van Huttner et al. is bestudeerd voor het beantwoorden van de vraagstelling.⁵ De conclusie van dit artikel is als volgt: vergeleken met fosfomycine, leidt het gebruik van nitrofurantoïne tot een significant grotere kans op klinische en microbiologische resolutie van cystitis. Deze auteurs concluderen dat vijf dagen nitrofurantoïne beter is dan een eenmalige gift fosfomycine.

Deze RCT had als setting het ziekenhuis en de polikliniek in Israël, Polen en Zwitserland. Er werden 513 vrouwen geïncludeerd die 18 jaar of ouder waren en niet zwanger, waarbij de inclusiecriteria waren: een positieve urinedipstick (gedefinieerd als de aanwezigheid van nitriet en/of leukocyten) en symptomen van een cystitis zoals dysurie, mictiedrang en frequente mictie. Als interventie kregen de vrouwen eenmalig oraal fosfomycine drie gram toegediend, of oraal nitrofurantoïne 100 mg driemaal daags gedurende vijf dagen. De auteurs formuleerden als primaire uitkomstmaat: de klinische respons 28 dagen na de kuur, gedefinieerd als klinische resolutie, falen of een middelmatige respons. Als secundaire uitkomstmaten werden de bacteriologische respons en de incidentie van bijwerkingen gedefinieerd. De mediane leeftijd van de deelnemers was 44 jaar (range: 18-101 jaar). 93% had deze trial volbracht en 73% had een positieve urinekweek. Er waren geen significante verschillen in bijwerkingen tussen de gerandomiseerde groepen. Zie tabel 1 voor de overige resultaten.

De validiteit van het artikel is beoordeeld volgens de CONSORT checklist.⁶ Aan elk item uit deze checklist werd voldaan, derhalve kan worden geconcludeerd dat deze RCT van voldoende kwaliteit is.

5

	Nitrofurantoïne versus fosfomycine		
Type onderzoek	RCT		
Aantal studies	n.v.t.		
Studie-populatie	513		
Interventie	Nitrofurantoïne gedurende 5 dagen 3 maal daags 100 mg	Fosfomycine eenmalig 3 gram	
Uitkomst-maten	2 weken na einde therapie: klinische evaluatie + urinekweek		
	4 weken na einde therapie: klinische evaluatie + urinekweek		
Resultaten	<i>Nitrofurantoïne</i>	<i>Fosfomycine</i>	<i>p-waarde</i>
Primair	Klinische resolutie na 4 weken bij 70%	Klinische resolutie na 4 weken bij 58%	0,004
Secundair	Klinische resolutie na 2 weken bij 75%	Klinische resolutie na 2 weken bij 66%	0,03
Primair	Bacteriologische respons na 4 weken bij 74%	Bacteriologische respons na 4 weken bij 63%	0,04
Secundair	Bacteriologische respons na 2 weken bij 82%	Bacteriologische respons na 2 weken bij 73%	0,04
Level of evidence	1B		

Beschouwing

Ten aanzien van de studie van Huttner et al. kan een aantal kritische kanttekeningen geplaatst worden: de studie was 'open label' van opzet. Blinding heeft wetenschappelijk de voorkeur om een eventuele selectiebias te kunnen voorkomen.⁷ De doelgroep in de studie van Huttner et al. bestond niet uit kwetsbare ouderen. In dit onderzoek is het niet duidelijk hoeveel vrouwen 80

jaar of ouder waren en er is geen subgroepanalyse van deze leeftijdsgroep verricht.

De uitkomstmaten hadden wellicht op kortere termijn gemeten kunnen worden (één en twee weken). In de praktijk wil je snel resultaat zien en is het bij een periode van vier weken goed mogelijk dat er een recidief cystitis of een andere infectie een rol gaat spelen in het ziekteproces. In deze studie was het percentage deelnemers met een positieve urinetest voor zowel nitrofurantoïne als leukocyten tussen beide groepen vergelijkbaar: respectievelijk 76% voor de groep die nitrofurantoïne kreeg en 71% voor de groep patiënten die met fosfomycine waren behandeld. Derhalve had toch meer dan een kwart van de deelnemers ondanks een positieve urinedipstick een negatieve urinekweek. Het feit dat zij allen symptomatisch waren voor een cystitis was een reden voor de onderzoekers om een gecombineerde uitkomstmaat te gebruiken. Daartoe is gekeken naar zowel de klinische resolutie alsook naar de bacteriologische respons.

Om de risk of bias (ROB) te beoordelen is gebruik gemaakt van de meest recente checklist uit The BMJ⁸ 'The Cochrane risk-of-bias assessment tool for randomised trials: bias domains, signaling questions, response options, and risk-of-bias judgments, version 2'. Uit die tabel kon bij elk item de eventuele bias systematisch worden geëvalueerd. Geconcludeerd was er sprake van een lage ROB.

Mijns inziens zou vervolgonderzoek gericht moeten worden op vrouwen in een verpleeghuispopulatie. In deze zorginstellingen verblijven veelal cliënten die vaak een cystitis kunnen oplopen. Om toenemende antibioticaresistentie ook in het verpleeghuis tegen te gaan, is wetenschappelijk onderzoek aldaar ook wenselijk.

Betekenis voor de praktijk

De richtlijn adviseert nitrofurantoïne als eerste keuze bij een cystitis. Fosfomycine wordt als een acceptabel alternatief genoemd wanneer nitrofurantoïne niet gegeven kan worden. Uit de besproken studie blijkt dat nitrofurantoïne zowel klinisch als microbiologisch effectiever is dan fosfomycine. Dit is een reden om nitrofurantoïne als eerstekeuzemiddel voor te schrijven bij een ongecompliceerde cystitis, ook al lijkt fosfomycine aantrekkelijker wegens de eenmalige dosering.

Gereflecteerd op de betekenis voor de praktijk, kom ik tot de conclusie dat het gevonden onderzoek niets aan het advies in de richtlijn verandert. De cliënte van de casus kreeg bij haar derde cystitis terecht nitrofurantoïne, met goed resultaat: de klachten verdwenen aan het einde van deze kuur.

Auteur

- Dr. Wing Tong, aios Ouderengeneeskunde, LUMC, Afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden en Argos Zorggroep, Schiedam

Literatuur

1. Gupta, K. et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis 52, e103-120 (2011).
2. van Buul, L. W. et al. Antibiotic prescribing in Dutch nursing homes: how appropriate is it? J Am Med Dir Assoc 16, 229-237 (2015).
3. Verenso. Urineweginfecties bij kwetsbare ouderen. (2018).
4. van Asselt, K. M. et al. [Unambiguous practice guidelines on urinary tract infections in primary and secondary care]. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 157, A6608 (2013).
5. Huttner, A. et al. Effect of 5-Day Nitrofurantoin vs Single-Dose Fosfomycin on Clinical Resolution of Uncomplicated Lower Urinary Tract Infection in Women: A Randomized Clinical Trial. Jama 319, 1781-1789 (2018).
6. Schulz, K. F., Altman, D. G. & Moher, D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. Annals of internal medicine 152, 726-732, doi:10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232 (2010).
7. Psaty, B. M. & Prentice, R. L. Minimizing bias in randomized trials: the importance of blinding. Jama 304, 793-794, doi:10.1001/jama.2010.1161 (2010).
8. Sterne, J. A. C. et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ (Clinical research ed.) 366, l4898, doi:10.1136/bmj.l4898 (2019).

CRP point-of-care testing voor lage luchtweginfecties: een meerwaarde in het verpleeghuis?

, Laura van Buul, Rogier Hopstaken

Casus

Een 97-jarige mevrouw met een voorgeschiedenis van hypertensie, glaucoom en bronchitis werd vlak voor het weekend kortademig. De patiënt is niet bekend met hartfalen of COPD en gebruikt alleen glaucoommedicatie.

Vlak voor het weekend

De kortademigheid ging gepaard met een wisselende temperatuur. Er was onder andere een stijging van de temperatuur naar 37,9 °C gemeten (oormeting).

Weekend

De dienstdoende arts werd in het weekend gebeld door de zorg: de patiënt blijft kortademig, het gaat niet goed. De O₂-saturatie was 84% na behandeling met 1L zuurstof, maar na een tweede behandeling met 3L zuurstof steeg de O₂-saturatie naar 97%. Na deze behandeling werd ook een ademprequentie van 28 ademhalingen per minuut gemeten, een temperatuur van 37,6 °C en er was sprake van crepitaties bij auscultatie (aan beide zijden). De grootste klacht was dyspneu, en er was geen sprake van hoesten, uitademing of pijn op de borst.

De patiënt was in redelijke conditie gezien de leeftijd, alleen de ademprequentie en wisselende temperatuur baarden nu zorgen. Anamnestic was er niet heel duidelijk sprake van een infectie. De differentiaaldiagnose bestond uit een lage luchtweginfectie en hartfalen. De arts besloot om C-reactief proteïne (CRP) point-of-care testing (POCT) in te zetten.

De CRP-waarde bleek 135 mg/L. Er werd besloten om over te gaan op antibiotische behandeling, met gedachtegang dat het om een infectieuze component moest gaan. In dit geval waren de doorslaggevende factoren voor de arts de CRP-waarde en de wisselende temperatuur.

Na het weekend

De patiënt was inmiddels een dag onder antibiotische behandeling. De koorts was gezakt en de O₂-saturatie bleef normaal na afbouw van zuurstoftoediening (94-96%). De patiënt knapte geleidelijk op. De patiënt was weer uit bed en dronk en at weer goed. Ook een week later ging het goed met de patiënt.

In het opvolgbeleid van de arts bij deze patiënt was CRP POCT niet ingezet. CRP POCT zou alleen plaats hebben gehad als er klinische aanwijzingen waren voor infectieuze complicaties, bijvoorbeeld een stijging in temperatuur of ademfrequentie, of bij aanwijzingen dat de antibiotische behandeling niet aansloeg.

C-reactief proteïne (CRP) is een sensitieve, niet-specifieke biomarker van inflammatie die binnen vier tot zes uur na de start van een ontsteking stijgt.^{1,2} In de hierboven beschreven casus heeft CRP point-of-care testing (POCT) meerwaarde doordat het de arts meer inzicht geeft in de klinische situatie, en daarmee ondersteunt bij het nemen van een behandelbeslissing. In het UPCARE onderzoek onderzoeken we of CRP POCT leidt tot een vermindering in antibioticavoorschriften voor verdenkingen op lage luchtweginfectie (LLWI) bij verpleeghuisbewoners.

Aanleiding UPCARE onderzoek

Lage luchtweginfecties en antibioticagebruik in verpleeghuizen

Met een incidentie van 3,8 episodes per 1.000 bewoner-weken (2015) is de lage luchtweginfectie (LLWI), na de urineweginfectie, het meest voorkomende type infectie bij verpleeghuisbewoners. De incidentiemeting laat een seizoensgebonden effect zien met relatief veel LLWI in de winterperiode.³ In verhouding komen LLWI in verpleeghuizen meer voor dan in de open bevolking, waar de incidentie van pneumonie 0,2 episodes per 1.000 inwonerweken was in 2015.⁴ Dit is een gevolg van verschillende risicofactoren, zoals de kwetsbaarheid van de populatie en de intramurale setting die bevorderlijk is voor verspreiding van ziekteverwekkers.^{5,6}

Bij volwassen patiënten en bij kinderen is het bijzonder lastig de aard van de LLWI (acute bronchitis of pneumonie) vast te stellen op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek.⁷⁻⁹ Bij verpleeghuisbewoners is dit zo mogelijk nog moeilijker. Zo kan het klinisch beeld bij een verpleeghuisbewoner met een LLWI atypisch zijn (bijvoorbeeld afwezigheid van koorts), is er vaak sprake van multimorbiditeit, en kunnen veel ouderen hun klachten niet (goed) aangeven, bijvoorbeeld ten gevolge van dementie. Daar komt bij dat diagnostische hulpmiddelen zoals röntgenapparatuur en laboratoriumtesten beperkt aanwezig of niet tijdig inzetbaar zijn.¹⁰⁻¹² Ook willen verpleeghuisbewoners vaak niet ingestuurd worden naar het ziekenhuis voor aanvullende diagnostiek. De diagnostische onzekerheid zorgt ervoor dat er vaak, en zeker als verwachtingen van (familie van) de patiënt een rol spelen, antibiotica worden voorgeschreven om 'het zekere voor het onzekere' te nemen.^{12,13} Uit eerder prospectief onderzoek (2012) in tien Nederlandse verpleeghuizen is gebleken dat een deel van deze antibioticavoorschriften echter onnodig is.¹⁴

Mogelijke meerwaarde van CRP POCT in verpleeghuizen

POCT kan worden gedefinieerd als het proces van indiceren, uitvoeren, verwerken, interpreteren, vastleggen, rapporteren en opvolgen van een laboratoriumtest in de nabijheid van de patiënt door een bevoegde en bekwame zorgprofessional.¹⁵ Dit heeft, zo is in ieder geval

gebleken in de huisartspraktijk, als belangrijk voordeel dat samen mét de patiënt en/of familie het beleid kan worden bepaald. Bij acute aandoeningen, zoals een LLWI, is het snel beschikbaar zijn van de testuitslag cruciaal voor het besluit de patiënt wel of niet actief met antibiotica te behandelen of in te sturen naar het ziekenhuis voor vervolgdagnostiek of behandeling. Door de snelle diagnose, het gezamenlijke beleid en opvolging kunnen overlevingskansen en kwaliteit van leven (mede) worden gestuurd.

Bij acute hoestklachten of verergering van chronische hoestklachten (met name bij bekende COPD) is het van groot belang ernstige ziekte (pneumonie, exacerbaties COPD, ernstig hartfalen) van niet-ernstige ziekte te onderscheiden. Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn echter niet onderscheidend genoeg.^{16,17} Een CRP-bepaling geeft onvoldoende inzicht in specifieke etiologie of onderscheid tussen bacteriële of virale oorzaak, maar kan wel bijdragen aan het onderscheiden van ernstige en niet-ernstige ziekte. Veelvuldig onderzoek in de huisartsenpraktijk heeft laten zien dat het gebruik van CRP POCT bij volwassenen (met deelpopulaties ouderen) en kinderen helpt om de diagnostische onzekerheid bij LLWI te verkleinen,⁷⁻⁹ en om onnodig antibioticagebruik te verminderen zonder nadelige gevolgen voor de patiënt.¹⁸⁻²⁰

CRP POCT heeft een belangrijke plaats gekregen in de NHG Standaarden Acut hoesten,²¹ Acute diverticulitis²² en wordt ook geadviseerd bij exacerbaties van COPD.^{23,24} Het wordt inmiddels door een groot aantal huisartsen ingezet. Ook op de meeste huisartsenposten (ANW zorg) wordt CRP POCT routinematig gebruikt. De meeste huisartsen werken daarbij in nauwe samenwerking met ondersteunende diagnostische centra en laboratoria, wat belangrijk is voor de kwaliteitsborging van CRP POCT-gebruik.²⁵

Gezien de eerder beschreven diagnostische onzekerheid is de verpleeghuissector mogelijk ook gebaat bij inzet van CRP POCT. De bewijslast in de verpleeghuissetting is nog beperkt, maar er zijn al wel aanwijzingen voor de bruikbaarheid van inzet van CRP POCT in de ouderenpopulatie, bijvoorbeeld uit studies in geriatrische ziekenhuispopulaties waar de CRP-waarde op indexconsult correleerde met de ernst en uitkomst van de vastgestelde pneumonie.^{26,27} Tevens liet een studie onder gehospitaliseerde ouderen met acute respiratoire klachten zien dat met een afkapwaarde van 60 mg/L redelijk adequaat onderscheid kon worden gemaakt tussen pneumonie versus niet-pneumonie.²⁸ In de [Verenso-richtlijn Lage luchtweginfecties](#) wordt aan deze afkapwaarde als bovengrens gerefereerd indien er indicatie is voor een CRP-bepaling, in tegenstelling tot de afkapwaarde van 100 mg/L die in de huisartspraktijk gehanteerd wordt. In het UPCARE onderzoek wordt onderzocht of de inzet van CRP POCT bij mogelijke LLWI in verpleeghuizen het antibioticavoorschrijfgedrag kan beïnvloeden.

Het UPCARE onderzoek

Het UPCARE onderzoek betreft een gerandomiseerde klinische trial (RCT) waaraan elf

Nederlandse verpleeghuisorganisaties meedoen. Zes organisaties zijn ingedeeld in de interventiegroep en maken gebruik van CRP POCT; vijf organisaties vormen de controlegroep, waar gebruikelijke zorg zonder CRP POCT plaatsvindt. In alle verpleeghuizen worden via het elektronisch cliëntdossier gegevens verzameld van bewoners met een verdenking op een LLWI. Dit gebeurt op het moment dat de luchtweginfectie wordt vastgesteld op 7 en 21 dagen daarna. Het gaat daarbij om gegevens over het klinisch beeld, eventuele aanvullende diagnostiek en het behandelbeleid. De dataverzameling van het onderzoek is gestart in september 2018 en loopt tot april 2020. De eerste resultaten worden verwacht in de zomer van 2020. Bij de analyse wordt gekeken of de inzet van CRP POCT resulteert in een (kosten)effectieve reductie van het aantal antibioticavoorschriften voor LLWI, zonder negatieve gevolgen voor de patiënt. Meer informatie over de onderzoeksopzet is te vinden in een protocolartikel.²⁹

Auteur

- Drs. Tjarda M. Boere, onderzoeker in opleiding, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde
- Dr. Laura W. van Buul, postdoctoraal onderzoeker en coördinator UNO-VUmc, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde
- Dr. Rogier M. Hopstaken, innovatiespecialist POCT, Star-shl diagnostisch centrum, Etten-Leur

Literatuur

1. Pepys MB, Hirschfield GM. C-reactive protein: a critical update. *J Clin Invest*. 2003;111(12):1805-12.
2. Clyne B, Olshaker JS. The C-reactive protein. *J Emerg Med*. 1999;17(6):1019-25.
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Surveillance netwerk infectieziekten in verpleeghuizen: Resultaten van wekelijkse surveillance, referentiecijfers 2011-2015. 2016.
4. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Jaarrapportage surveillance respiratoire infectieziekten. 2015.
5. van Buul LW, van der Steen JT, Veenhuizen RB, Achterberg WP, Schellevis FG, Essink RT, et al. Antibiotic use and resistance in long term care facilities. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(6):568.e1-13.
6. Garibaldi RA. Residential care and the elderly: the burden of infection. *J Hosp Infect*. 1999;43 Suppl:S9-18.
7. Hopstaken RM, Muris JW, Knottnerus JA, Kester AD, Rinkens PE, Dinant GJ. Contributions of symptoms, signs, erythrocyte sedimentation rate, and C-reactive protein to a diagnosis of pneumonia in acute lower respiratory tract infection. *Br J Gen Pract*. 2003;53(490):358-64.
8. van Vugt SF, Broekhuizen BD, Lammens C, Zuithoff NP, de Jong PA, Coenen S, et al. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough:

- diagnostic study. *BMJ*. 2013;346:f2450.
9. Schot MJC, Van den Bruel A, Broekhuizen BDL, Cals JWL, Noteboom EA, Balemans W, et al. Point-of-care C-reactive protein to assist in primary care management of children with suspected non-serious lower respiratory tract infection: a randomised controlled trial. *BJGP Open*. 2018;2(3):bjgpopen18X101600.
 10. Dhawan N, Pandya N, Khalili M, Bautista M, Duggal A, Bahl J, et al. Predictors of mortality for nursing home-acquired pneumonia: a systematic review. *Biomed Res Int*. 2015;2015:285983.
 11. Mills K, Graham AC, Winslow BT, Springer KL. Treatment of nursing home-acquired pneumonia. *Am Fam Physician*. 2009;79(11):976-82.
 12. van Buul LW, van der Steen JT, Doncker SM, Achterberg WP, Schellevis FG, Veenhuizen RB, et al. Factors influencing antibiotic prescribing in long-term care facilities: a qualitative in-depth study. *BMC Geriatr*. 2014;14:136.
 13. Coenen S, Francis N, Kelly M, Hood K, Nuttall J, Little P, et al. Are patient views about antibiotics related to clinician perceptions, management and outcome? A multi-country study in outpatients with acute cough. *PLoS One*. 2013;8(10):e76691.
 14. van Buul LW, Veenhuizen RB, Achterberg WP, Schellevis FG, Essink RT, de Greeff SC, et al. Antibiotic prescribing in Dutch nursing homes: how appropriate is it? *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(3):229-37.
 15. Werkgroep: NHG, NVKC, NVMM en SAN. Richtlijn Point Of Care Testing (POCT) in de huisartsenzorg. 2015.
 16. Teepe J, Broekhuizen BDL, Loens K, Lammens C, Ieven M, Goossens H, et al. Predicting the presence of bacterial pathogens in the airways of primary care patients with acute cough. *Cmaj*. 2017;189(2):E50-e5.
 17. Hopstaken RM, Stobberingh EE, Knottnerus JA, Muris JW, Nelemans P, Rinkens PE, et al. Clinical items not helpful in differentiating viral from bacterial lower respiratory tract infections in general practice. *J Clin Epidemiol*. 2005;58(2):175-83.
 18. Aabenhus R, Jensen JUS, Jørgensen KJ, Hróbjartsson A, Bjerrum L. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in patients with acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(11).
 19. Tonkin-Crine SK, Tan PS, van Hecke O, Wang K, Roberts NW, McCullough A, et al. Clinician-targeted interventions to influence antibiotic prescribing behaviour for acute respiratory infections in primary care: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9:Cd012252.
 20. Butler CC, Gillespie D, White P, Bates J, Lowe R, Thomas-Jones E, et al. C-Reactive Protein Testing to Guide Antibiotic Prescribing for COPD Exacerbations. *N Engl J Med*. 2019;381(2):111-20.
 21. Verheij ThJM HR, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP et al. NHG-Standaard Acut hoesten. *Huisarts en Wetenschap*. 2011;54(2):68-92.
 22. Berger MY DWN, Vogelenzang R, Wetzels RV, Van Rijn-van Kortenhof NMM, Opstelten W. NHG-Standaard Diverticulitis. *Huisarts en Wetenschap*. 2011;54(9):492-9.
 23. Snoeck-Stroband JB ST, Van Schayck CP, Muris JW, Van der Molen T, In 't Veen JCCM, Chavannes NH, Broekhuizen BDL, Barnhoorn MJM, Smeele I, Geijer RMM, Tuut MK. NHG-

- Standaard COPD (Derde herziening) Huisarts en Wetenschap. 2015;58(4):198-211.
24. Cals JWL SI. CRP bij COPD-exacerbaties. Huisarts en Wetenschap. 2019;62.
 25. Hopstaken R VN, Broek van den N, Verspaandonk K, Meulepas M, Helder C, Keyzer J. CRP-sneltest in de dagelijkse praktijk. Huisarts en Wetenschap. 2012;55(9):388-92.
 26. Arinzon Z, Peisakh A, Schrire S, Berner Y. C-reactive protein (CRP): an important diagnostic and prognostic tool in nursing-home-associated pneumonia. Arch Gerontol Geriatr. 2011;53(3):364-9.
 27. Porfyridis I, Georgiadis G, Vogazianos P, Mitis G, Georgiou A. C-reactive protein, procalcitonin, clinical pulmonary infection score, and pneumonia severity scores in nursing home acquired pneumonia. Respir Care. 2014;59(4):574-81.
 28. Nouvenne A, Ticinesi A, Folesani G, Cerundolo N, Prati B, Morelli I, et al. The association of serum procalcitonin and high-sensitivity C-reactive protein with pneumonia in elderly multimorbid patients with respiratory symptoms: retrospective cohort study. BMC Geriatr. 2016;16:16.
 29. Boere, TM, van Buul, LW, Hopstaken RM, Veenhuizen RB, van Tulder MW, Cals JWL, Verheij TJM, Hertogh CMPM. Using point-of-care C-reactive protein to guide antibiotic prescribing for lower respiratory tract infections in elderly nursing home residents (UPCARE): study design of a cluster randomized controlled trial. BMC Health Serv Res. 2020;20:149.

Het dynamische concept veerkracht helpt het herstelvermogen van ouderen voorspellen

Sanne Gijzel, René Melis, Marcel Olde Rikkert

Samenvatting

Achtergrond en doel

Veerkracht wordt als een veelbelovend concept gezien om de gezondheid en het welbevinden van ouderen te verbeteren. Veerkracht is het vermogen van een individu om weerstand te bieden aan en te herstellen van gezondheidsstressoren. Recent onderzoek naar het concept biedt een nieuwe, meer dynamische benadering die kan helpen het herstelvermogen van een oudere persoon rond stressoren beter in te schatten.

Methoden

Dit artikel bespreekt de resultaten van drie studies waarin innovatieve dynamische veerkrachtindicatoren worden getest om het herstelvermogen van ouderen te meten en voorspellen. Door het verrichten van herhaalde fysieke en mentale metingen bij ouderen werden tijdreeksdata verkregen waarin deze dynamische indicatoren konden worden berekend. In de setting van thuiswonende vitale ouderen, verzorgingshuis en ziekenhuisafdeling geriatrie werden dynamische veerkrachtindicatoren gerelateerd aan scores voor succesvol ouder worden, kwetsbaarheid en het herstel na de ziekenhuisopname.

Resultaten

Ons onderzoek leverde het eerste empirische bewijs voor de discriminerende en voorspellende waarde van dynamische veerkrachtindicatoren voor het bepalen van het herstelvermogen van ouderen. Deze resultaten openen de deur naar dynamische meetmethoden voor de veerkracht van ouderen die de reeds beschikbare statische kwetsbaarheidsmaten kunnen aanvullen.

Beschouwing

Dynamische veerkrachtmetingen kunnen de klinische intuïtie van de specialist ouderengeneeskunde en klinisch geriater ondersteunen in het bepalen van de veerkracht van een oudere patiënt. Dit kan handvatten bieden voor beter 'veerkrachtmanagement' door het individualiseren van behandel-, zorg- en levensplannen. Ook de ervaren dokter kan meerwaarde halen uit het dynamische concept veerkracht, dat wij met kracht naast het concept van kwetsbaarheid willen plaatsen.

Introductie

De betekenis van het woord 'veerkracht' (in het Engels: resilience) wordt vaak gezien als synoniem voor 'weerstandsvormogen' en 'herstellervormogen'. De term is het meest bekend uit de psychologie, waar het gaat om het behoud of herstel van mentale gezondheid na stress of tegenslagen. In de ouderengeneeskunde gaat het echter niet om het herstellervormogen van enkel het mentale domein, maar van de persoon als geheel. Het duidt feitelijk op het 'weer kunnen terugveren naar de oorspronkelijke evenwichtstoestand, nadat hierin een verandering is opgetreden door een interne of externe stressor'. Lichamelijke, psychologische en sociale factoren dragen in interactie bij aan die veerkracht. Hoewel iemands veerkracht op elk moment in het leven zowel kan toe- als afnemen, is het onvermijdelijk dat men op hoge leeftijd uiteindelijk veerkracht inlevert. Verouderingsprocessen en de bijkomende ziektelast zorgen ervoor dat de reservecapaciteit van meerdere organen afneemt, waardoor het menselijk systeem minder ruimte heeft om uitdagingen (gezondheidsstressoren) op te vangen. We weten alleen nog niet goed die reserve in te schatten, terwijl deze van cruciaal belang is bij het kunnen herstellen van ziekte-episodes of ingrijpende behandelingen.

Veerkracht en klinische besluitvorming

In de klinische praktijk komen oudere patiënten en hun dokters samen vaak voor moeilijke keuzes te staan. Denk bijvoorbeeld aan een al kwetsbare oudere vrouw met veel pijn door artrose aan heup of knie, die haar verder beperkt in het lopen, terwijl de pijn de kwaliteit van leven verlaagt. Zou zij geholpen zijn met een heup- of knieervangende operatie of zou deze belastende behandeling door gebrek aan herstellervormogen na de ingreep juist meer schade opleveren? Op dit moment verkeren zowel de orthopedisch chirurg, de klinisch geriater als de specialist ouderengeneeskunde vaak in onzekerheid over de uitkomst van deze precaire winst/risico-balans. De statische kwetsbaarheidsschatting kan hier nog niet veel zekerheid bieden. Een momentopname van het totaal aan klachten, ziekten en beperkingen, zoals uitgevoerd bij het bepalen van de 'frailty index' volgens de systematiek van Rockwood,¹ zegt nog niet veel over hoe de patiënte zal herstellen van een toekomstige grote stressor.² Het voorspelt vooral de grotere kans op negatieve gezondheidssuitkomsten. In de praktijk moeten dokters dus meestal afgaan op hun klinische intuïtie over het herstellervormogen van hun patiënten, als zij zich er al bewust van zijn.

De geneeskunde voor ouderen – zowel thuis als in het ziekenhuis en in de langdurige zorg – kan haar voordeel doen met het dynamische concept van veerkracht. Dynamischere veerkrachtbeoordelingen kunnen beter objectief voorspellen hoe het herstel van aanstaande kleine of grote gezondheidssstressoren zal verlopen. Er zijn daarbij twee cruciale strategieën te onderscheiden die kunnen bijdragen aan het beter meten van de veerkracht van patiënten: ten eerste het doen van herhaalde metingen rond een stressor (zoals bijvoorbeeld de zit-sta-manoeuvre) en ten tweede door het met elkaar in verband brengen van fysieke en mentale subsystemen die een rol spelen in het herstel van een patiënt. Dat is nieuw, omdat een review

van de wetenschappelijke literatuur op dit terrein laat zien dat slechts zelden herhaalde metingen worden verricht om het herstelvermogen van oudere mensen in te schatten.²

Dynamische veerkrachtmetingen

De meest directe methode om iemands herstelvermogen te testen is door iemand bloot te stellen aan een experimentele stressor en de reactie te observeren en/of te meten. Als iemand een lage veerkracht heeft, zal het herstel langer duren of uitblijven. Een bekende en goed met wetenschappelijk onderzoek onderbouwde stresstest voor het hart is de 'fietsproef', waarbij na flinke inspanning naar het herstel van de hartfrequentie wordt gekeken. Wij toonden eerder aan dat een snel herstel van de orthostatische bloeddruk daling na een gestandaardiseerde zit-sta-manoeuvre een goede voorspeller is van overleving.³ Recent lieten we zelfs zien dat snel herstel bij deze eenvoudige test voorspellend is voor een langer behoud van cognitieve vermogens bij mensen met dementie.⁴ Dit zijn de eerste wetenschappelijke aanwijzingen van het principe van vertraagde herstelsnelheid als centraal kenmerk van afname van veerkracht.

Er zijn echter weinig stresstesten denkbaar die in het geval van oudere, potentieel kwetsbare patiënten zowel uitvoerbaar als ethisch verantwoord zijn. Gelukkig bieden onderzoekers uit een heel ander werkveld een mogelijke oplossing voor dit probleem. Ecologen die de veerkracht van ecosystemen bestuderen hebben een generieke veerkrachttheorie ontwikkeld die van toepassing is op alle 'complexe dynamische systemen'. In feite is een mens vergelijkbaar met een ecosysteem; ook wij bestaan uit vele componenten (bijvoorbeeld organen, mentale en fysieke functies) die op dynamische wijze met elkaar samenwerken. In ons onderzoek vertalen we deze theorie over de veerkracht van complexe dynamische systemen naar de ouderengeneeskunde om te onderzoeken of we daarmee ook de veerkracht van ouderen betrouwbaar en valide kunnen meten.

Generieke veerkrachttheorie

Wanneer de veerkracht afneemt, herstelt een systeem ook steeds langzamer van kleine, natuurlijke verstoringen (perturbaties). Als men een specifieke functie van het systeem (bijvoorbeeld de bloeddruk) continu monitort, kunnen bloeddrukschommelingen worden gevangen in tijdreeksdata. Door in te zoomen op het herstel na hele kleine perturbaties van de bloeddruk (bijvoorbeeld veroorzaakt door het opstaan uit een stoel) kan men een indruk krijgen van het vermogen van het systeem om te herstellen na grote perturbaties (bijvoorbeeld een operatie). Nieuwe technologie (bijvoorbeeld apps) en allerlei draagbare sensoren zullen het uitvoeren van continue of herhaalde metingen van lichaamsfuncties verder faciliteren in de nabije toekomst, ook in de ouderengeneeskunde.

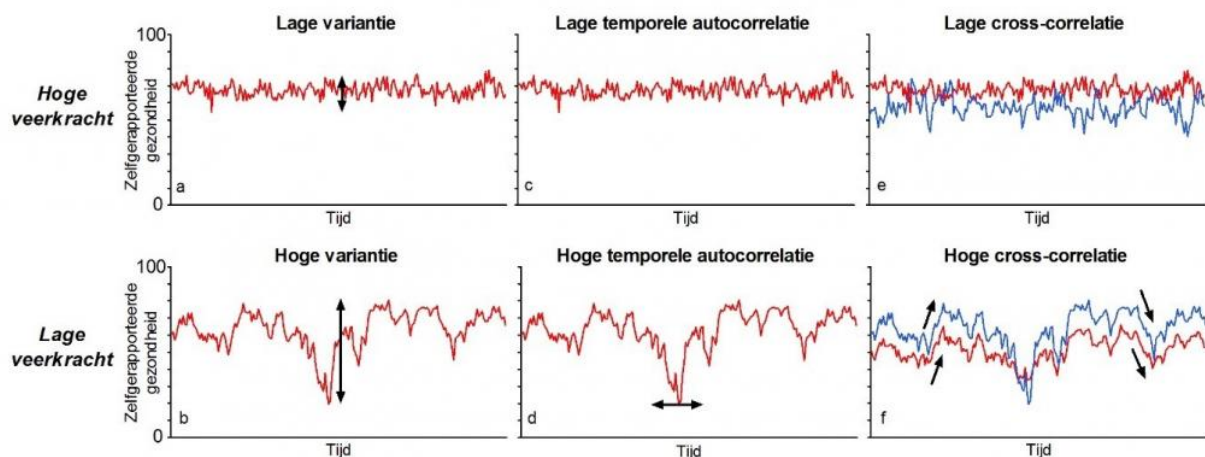
Er zijn drie indicatoren van langzamer terugveren te berekenen in tijdreeksen van fysiologische of psychologische (of sociale) variabelen: de variantie (de standaarddeviatie), de temporele autocorrelatie (een maat voor de correlatie van een meting met voorgaande metingen) en cross-

correlaties tussen tijdreeksen van verschillende organen (de onderlinge samenhang van lichaamsfuncties). Dit soort veerkrachtindicatoren gebaseerd op dynamische (want herhaalde) metingen noemen we 'dynamical indicators of resilience (DIORs)'.² Ons recente onderzoek leverde het eerste empirische bewijs voor de discriminerende en voorspellende waarde van DIORs als indicatoren van veerkracht in ouderen.

DIORs om veerkracht van ouderen te meten

Een heranalyse van data van een groep kwetsbare ouderen die wonen in een verzorgingshuis leverde het eerste empirische bewijs voor de waarde van DIORs voor het meten van veerkracht bij ouderen. In tijdreeksen van zelfgerapporteerde gezondheid van deze ouderen bleken twee van de drie DIORs gerelateerd aan de kwetsbaarheidsscore van de ouderen (figuur 1).⁵ Vooral variantie in en cross-correlaties tussen de tijdreeksen van fysieke, mentale en sociale gezondheid waren significant hoger in kwetsbare ouderen. Temporele autocorrelatie – de correlatie van een variabele met de waarde die die variabele eerder in de tijd had – bleek niet significant geassocieerd met kwetsbaarheid. Van de drie gemeten gezondheidsdomeinen waren de DIORs het meest prominent verhoogd in het fysieke domein.

. Grafische hypothetische illustratie van de 'dynamical indicators of resilience (DIORs)'. Op basis van de veerkrachttheorie zouden de tijdreeksen van zelfgerapporteerde gezondheid in een persoon met lage veerkracht een hogere variantie (a versus b), hogere temporele autocorrelatie (c versus d) en hogere cross-correlaties (e versus f) moeten laten zien. Dit betekent dat een persoon met een lage veerkracht meer gezondheidsdips ervaart, trager herstelt van een dip en dat hij op het moment van een lichamelijke dip zich ook vaker mentaal en sociaal minder goed voelt.



Vervolgens hebben we onderzocht of DIORs ook kunnen worden gebruikt om subtielere

verschillen in veerkracht te meten onder goed functionerende ouderen. Dit werd aangetoond door de DIORs in tijdreeksen van staande balans te onderzoeken in relatie tot een maat voor 'succesvol ouder worden' (figuur 2). De DIORs bleken onderscheidend tussen personen met verschillende scores voor succesvol ouder worden, ook nog na één jaar.⁶ Daarbij verschilden de DIORs tussen superfitte wandelaars van de Nijmeegse Vierdaagse en fitte en goed functionerende niet-wandelaars (allen tussen de 82 en 94 jaar). De twee groepen waren gelijk in kwetsbaarheid (namelijk beide niet kwetsbaar), maar verschilden wel in de DIOR-maten, wat aangeeft dat deze niet zo gevoelig zijn voor een plafondeffect. De DIORs hadden ook een voorspellende waarde voor het gaan gebruiken van een loophulpmiddel in deze fitte groepen, maar ze voorspelden niet een versnelde achteruitgang op een score voor succesvol ouder worden. Deze resultaten benadrukken al met al de kracht van DIORs als kwantitatieve maat voor de veerkracht van ouderen, die hier groter is dan kwetsbaarheidsmaten en ook in een fitte ouderenpopulatie bruikbaar blijkt.

Auteurs

- Dr. Sanne M. W. Gijzel, anios ouderengeneeskunde - Vivium Zorggroep, Naarderheem Geriatrische Revalidatiezorg te Naarden
- Dr. René J. F. Melis, epidemioloog en senioronderzoeker – Radboudumc te Nijmegen
- Prof. dr. Marcel G. M. Olde Rikkert, klinisch geriater – Radboudumc te Nijmegen

Literatuur

1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Olde Rikkert M, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9. Erratum in: *Lancet*. 2013;382(9901):1328.
2. Gijzel SMW, Whitson HE, van de Leemput IA, Scheffer M, van Asselt D, Rector JL, Olde Rikkert MGM, Melis R J F. Resilience in Clinical Care: Getting a Grip on the Recovery Potential of Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67:2650-2657. doi: 10.1111/jgs.16149 .
3. Lagro J, Schoon Y, Heerts I Meel-van den Abeelen AS, Schalk B, Wieling W, Olde Rikkert MG, Claassen JA. Impaired systolic blood pressure recovery directly after standing predicts mortality in older falls clinic patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014;69:471-8. doi: 10.1093/gerona/glt111.
4. de Heus RAA, Olde Rikkert MGM, Tully PJ, Lawlor BA, Claassen JAHR; NILVAD Study Group. Blood Pressure Variability and Progression of Clinical Alzheimer Disease. Hypertension. 2019;74(5):1172-1180. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13664.
5. Gijzel SMW, van de Leemput IA, Scheffer M, Roppolo M, Olde Rikkert MGM, Melis R J F. Dynamical Resilience Indicators in Time Series of Self-Rated Health Correspond to Frailty Levels in Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2017;72:991-996. doi:

- 10.1093/gerona/glx065.
6. Gijzel SMW, van de Leemput IA, Scheffer M, van Bon GEA, Weerdesteyn V, Eijsvogels TMH, Hopman MTE, Olde Rikkert MGM, Melis RJF. Dynamical Indicators of Resilience in Postural Balance Time Series Are Related to Successful Aging in High-Functioning Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2019 Jun 18;74(7):1119-1126. doi: 10.1093/gerona/gly170.
 7. Gijzel SMW, Rector J, van Meulen FB, van der Loeff RS, van de Leemput IA, Scheffer M, Olde Rikkert MGM, Melis RJF. Measurement of Dynamical Resilience Indicators Improves the Prediction of Recovery Following Hospitalization in Older Adults. *J Am Med Dir Assoc*. 2019 doi: 10.1016/j.jamda.2019.10.011.
 8. Whitson HE, Cohen HJ, Schmader KE, Morey MC, Kuchel G, Colon-Emeric CS. Physical Resilience: Not Simply the Opposite of Frailty. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66:1459-1461. doi: 10.1111/jgs.15233.
 9. Whitson HE, Duan-Porter W, Schmader K, Morey M, Cohen HJ, Colón-Emeric C. Physical resilience in older adults: Systematic review and development of an emerging construct. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2015;71:489-95.
 10. Westendorp RGJ, Kusumastuti S. Screening tools do not measure up against rigorous history taking. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2019;163. pii: D4473.
 11. Mudge AM, Hubbard RE. Frailty: mind the gap. *Age Ageing*. 2018;47:508-511. doi: 10.1093/ageing/afx193.
 12. Ma Y, Wu CW, Peng CK, Ahn A, Bertisch SM, Lipsitz LA, Yeh GY, Manor B, Novak V, Hausdorff JM, Gow B, Wayne PM. Complexity-Based Measures of Heart Rate Dynamics in Older Adults Following Long- and Short-Term Tai Chi Training: Cross-sectional and Randomized Trial Studies. *Sci Rep*. 2019;9:7500. doi: 10.1038/s41.

De oudere patiënt op de spoedeisende hulp

Ervaringen met het APOP-screeningsprogramma

Laura Blomaard, Bas de Groot, Simon Mooijaart, Jacinta Lucke, Jacobijn Gussekloo

Inleiding

Het aantal ouderen op de spoedeisende hulp (SEH) neemt de laatste jaren aanzienlijk toe.¹ Ruim 800.000 ouderen (>70 jaar) melden zich jaarlijks op een Nederlandse SEH. De SEH is een drukke omgeving waar in korte tijd patiënten worden gestabiliseerd, diagnostiek wordt verricht, een behandelplan wordt opgesteld en een bestemming wordt gekozen. Een bezoek aan de SEH is voor sommige oudere patiënten het begin van een periode van moeizaam herstel, functieverlies of zelfs overlijden. Daarnaast presenteren ouderen zich soms met atypische verschijnselen (zoals buikpijn of malaise als uiting van een myocard infarct, of het ontbreken van koorts bij een infectie) of met typisch geriatrie syndromen (zoals vallen of cognitieve stoornissen). Voor specialisten ouderengeneeskunde kan het een dilemma zijn of de SEH de juiste plek is voor kwetsbare ouderen uit het verpleeghuis en of zij deze ouderen dus wel of niet moeten insturen. Voor SEH-personeel is het geen standaard werkwijze om rekening te houden met kwetsbaarheid bij ouderen. Screening naar kwetsbaarheid op de SEH kan helpen om de risico's op negatieve uitkomsten bij ouderen in kaart te brengen en vanaf de voordeur van het ziekenhuis passende zorg te bieden en te werken aan herstel. De Acute Presenterende Oudere Patiënt (APOP)-screeener wordt op een aantal Nederlandse SEH ingezet om kwetsbaarheid bij ouderen te herkennen. Wat is het APOP-screeningsprogramma en wat betekent dit voor de specialist ouderengeneeskunde?

Het APOP-screeningsprogramma

Het APOP-screeningsprogramma is ontwikkeld om de uitkomsten voor ouderen die de SEH bezoeken te verbeteren door passende zorg te leveren en vroegtijdig in te zetten op herstel. Het programma bestaat uit een screeningsinstrument waarmee de cognitieve en functionele status van een oudere patiënt op de SEH in minder dan twee minuten in kaart gebracht wordt. Middels screening is het mogelijk om ouderen met een hoog risico op sterfte of functionele achteruitgang te identificeren. Hiermee wordt de bewustwording van kwetsbaarheid bij ouderen vergroot onder artsen en verpleegkundigen op de SEH. Voor ouderen met een screeningsuitslag 'hoog-risico' worden verschillende interventies geadviseerd die gericht zijn op een veilig verblijf in het ziekenhuis, goede overdracht naar andere zorgverleners en uiteindelijk

een goed herstel voor de patiënt. Het APOP-screeningsprogramma is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek: een multicenter prospectieve studie in vier Nederlandse ziekenhuizen van in totaal 2.629 ouderen die zich presenteerden op de SEH.^{2,3}

De APOP-screener

De APOP-screener bestaat uit negen vragen die standaard aan alle oudere patiënten (>70 jaar) bij binnenkomst op de SEH worden gesteld (figuur 1). De screener geeft als uitslag het individuele risico op achteruitgang in functioneren of overlijden binnen drie maanden na het SEH bezoek.³ Daarnaast wordt een aantal vragen gesteld om de cognitie te testen.⁴ Een patiënt krijgt uiteindelijk de uitslag 'hoog-risico' of 'laag-risico' op zowel het functionele- als het cognitieve domein. De APOP-screener is specifiek ontwikkeld voor de oudere SEH-populatie en is daarmee anders dan screeningsinstrumenten voor kwetsbaarheid die in de eerstelijnszorg worden ingezet. Zo kan de APOP-screener al in minder dan twee minuten worden afgenomen en bestaat de screener alleen uit factoren die direct bij binnenkomst op de SEH beschikbaar zijn. De APOP-screening vervangt niet de VMS-screening die standaard wordt afgenomen bij oudere patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen. De toegevoegde waarde van de APOP-screening is dat op de SEH al begonnen kan worden met passende zorg, zowel preventie als medisch beleid, dat deze ook wordt afgenomen bij patiënten die uiteindelijk naar huis gaan, en dat de patiënt vanaf de SEH op de veilige manier naar de afdeling komt.

Figuur 1. De APOP-screener

APOP-screener: negen vragen*

Gegevens patiënt in te vullen door de zorgverlener:

- 1 Leeftijd
- 2 Geslacht
- 3 Is de patiënt per ambulance naar de SEH gekomen?

Vragen aan de patiënt:

Had u in de periode voor de ziekte of het ongeval waarvoor u nu op de SEH bent:

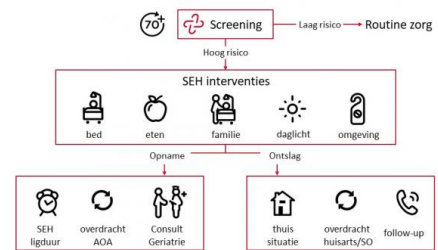
- 4 • regelmatig hulp nodig van iemand (zoals bij de huishouding, bereiden maaltijden)?
- 5 • hulp nodig bij het baden of douchen?
- 6 Bent u het afgelopen halfjaar opgenomen geweest in het ziekenhuis?
- 7 Is de diagnose dementie bij u vastgesteld?
 - ja: einde screening
 - nee: stel de volgende twee vragen:
- 8 In welk jaar zijn we nu?
- 9 Kunt u de maanden in omgekeerde volgorde opnoemen?

<http://screener.apop.eu/>

Interventies op de SEH

Om voor hoog risico gescreeende patiënten het bezoek aan de SEH zo gunstig mogelijk te laten verlopen, worden interventies ingezet binnen het APOP-screeningsprogramma (figuur 2). Denk hierbij aan verpleegkundige maatregelen op de SEH, zoals het verplegen op een bed in plaats van op een harde brancard, het zo snel mogelijk betrekken van mantelzorgers of familieleden en het bewerkstelligen van een rustige prikkelarme omgeving voor patiënten met cognitieve stoornissen. De behandelend arts wordt geadviseerd in een vroeg stadium concrete wensen en verwachtingen van de patiënt te bespreken, zoals het effect van de ziekte en behandeling op functioneren en kwaliteit van leven en eventuele wensen van de patiënt over prognose en/of

reanimatiebeleid.



Figuur 2. Het APOP-screeningsprogramma

. Het APOP-screeningsprogramma bestaat uit drie onderdelen: 1. Screening van oudere patiënten bij binnenkomst op de SEH op het risico op functionele achteruitgang en/of mortaliteit en aanwezigheid van cognitieve stoornissen, 2. Interventies voor hoog risico gescreende patiënten op de SEH en 3. Interventies voor hoog risico gescreende patiënten bij opname of ontslag vanaf de SEH.

Interventies bij opname of ontslag vanaf de SEH

Indien een hoog risico gescreende patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis, is er tijdens het verblijf in het ziekenhuis meer tijd om de patiënt verder uitgebreid in kaart te brengen. Voor patiënten met een hoog risico APOP-screeningsuitslag op de SEH volgt daarom tijdens opname een volledig geriatrisch assessment door de Geriatrie/Ouderengeneeskunde.⁵ Ouderen met een APOP hoog risico uitslag hebben na ziekenhuisopname een grotere kans op een nieuwe institutionalisering in een verpleeghuis dan APOP laag risico patiënten.⁶ Bij ontslag van de patiënt vanaf de SEH naar huis of het verpleeghuis, wordt de uitslag van de APOP-screener automatisch binnen 24 uur overgedragen middels een brief naar de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde. Het zal vaak voorkomen dat de gevonden risico's en kwetsbaarheid van de patiënt al bekend waren in de eerste lijn, soms zijn de uitslagen nieuw. De huisarts of specialist ouderengeneeskunde kan op basis van eigen gegevens en kennis van de patiënt een inschatting maken of vervolgacties zoals inschakelen van zorg, (verwijzing voor) verdere diagnostiek of extra controles van toegevoegde waarde zijn. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de groep kwetsbare ouderen die thuis woont en in de eerstelijnszorg gezien wordt door de specialist ouderengeneeskunde op consultbasis voor de huisarts. Vroege signalering van

kwetsbaarheid op de SEH kan ook van toegevoegde waarde zijn voor patiënten die vanaf de SEH worden opgenomen in de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) of het eerstelijns verblijf (ELV), waarbij de specialist ouderengeneeskunde de gevonden kwetsbaarheid kan meewegen in verder beleid.

Verpleeghuispatiënten op de SEH

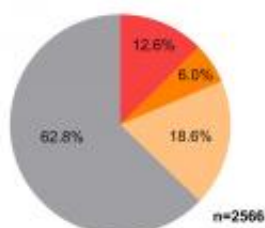
Het APOP-screeningsprogramma focust zich op alle ouderen die de SEH bezoeken, om daarmee de risico's op negatieve uitkomsten te voorspellen bij een grote ongedifferentieerde SEH populatie. Bij sommige ouderen is kwetsbaarheid gemakkelijker te herkennen. Zo behoren ouderen die worden ingestuurd vanuit het verpleeghuis vrijwel per definitie tot een kwetsbare populatie.

Binnen de APOP-studie hebben we deze groep patiënten ook onderzocht.³ Van alle oudere SEH patiënten (n=2629) kwam 2.4% (n=63) uit het verpleeghuis. Vrijwel alle verpleeghuispatiënten die zich op de SEH presenteerden kregen een hoog risico uitslag met de APOP-screener, in vergelijking met ongeveer één derde van de overige groep oudere patiënten (figuur 3). Na het SEH bezoek werd 41.3% van de verpleeghuispatiënten opgenomen in het ziekenhuis, in vergelijking met 51.4% van de overige ouderen. Waarom we in het APOP-cohort geen hoger aantal ziekenhuisopnames vinden bij verpleeghuispatiënten is onbekend; mogelijk komt dit door andere ingangsklachten of omdat met de patiënt is overlegd of een ziekenhuisopname nog wenselijk of noodzakelijk was. Er waren verschillen in uitkomsten op langere termijn tussen verpleeghuispatiënten en ouderen die de SEH bezochten van buiten het verpleeghuis. Drie maanden na het SEH bezoek was 25.4% van de verpleeghuispatiënten overleden, na een jaar was dat 42.9%. Bij patiënten die van buiten het verpleeghuis de SEH bezochten was dit respectievelijk 9.5% na drie maanden en 17.5% na een jaar. Verschillen in functionele achteruitgang tussen ouderen uit het verpleeghuis en daarbuiten zijn mogelijk nog relevanter. Helaas hebben we deze gegevens niet in de APOP-studie. Ons instrument meet functionele achteruitgang middels een nieuwe institutionalisering of achteruitgang in Katz ADL-score, waardoor ouderen uit het verpleeghuis met een pre-existent slecht functioneren niet achteruit kunnen gaan. Het zou interessant zijn om functionele achteruitgang na een SEH bezoek bij verpleeghuispatiënten op een andere manier te meten, mogelijk middels toekomstig gezamenlijk onderzoek.

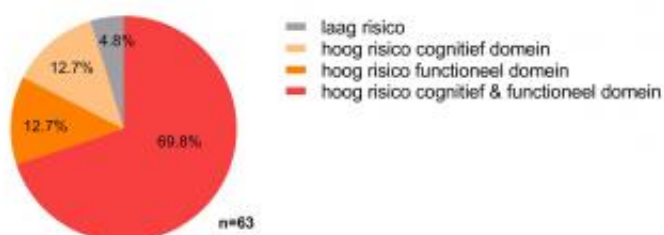
Figuur 3. Uitkomsten naar herkomst van de oudere patiënt op de SEH

A. APOP-screeningsuitslag naar herkomst patiënt

Herkomst buiten verpleeghuis

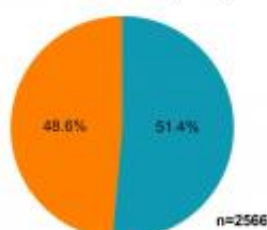


Herkomst verpleeghuis

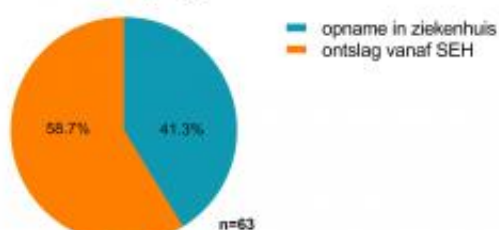


B. Bestemming na SEH bezoek naar herkomst patiënt

Herkomst buiten verpleeghuis

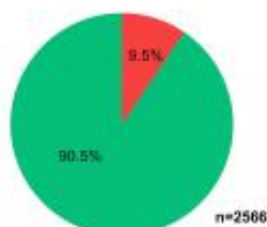


Herkomst verpleeghuis

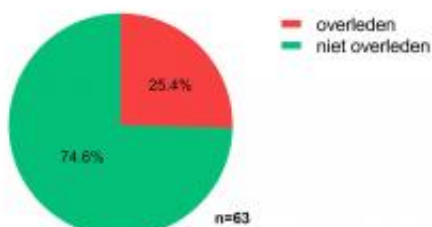


C. 3-maanden mortaliteit naar herkomst patiënt

Herkomst buiten verpleeghuis

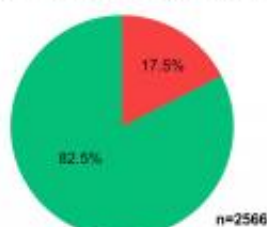


Herkomst verpleeghuis

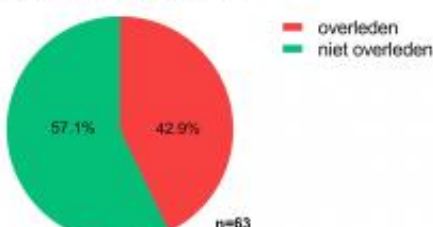


D. 1-jaars mortaliteit naar herkomst patiënt

Herkomst buiten verpleeghuis



Herkomst verpleeghuis



De APOP-studie bestaat uit een ongedifferentieerde populatie ouderen (?70 jaar) die de SEH bezochten (N=2629). Weergegeven in deze figuur zijn verschillende uitkomsten voor SEH patiënten afkomstig uit de eigen woonomgeving (N=2566) en uit het verpleeghuis (N=63): A. Het APOP-screeningsresultaat bij binnenkomst op de SEH, B. Bestemming na het SEH

bezoek, C. 3-maanden mortaliteit na het SEH bezoek en D. 1-jaars mortaliteit na het SEH bezoek.

De verwachting van hoge risico's op negatieve uitkomsten bij verpleeghuispatiënten na een SEH bezoek kan aanleiding zijn tot de discussie of deze patiënten wel ingestuurd moeten worden. Toch bestaan er situaties voor verpleeghuispatiënten waarbij het ziekenhuis de juiste plek is om een acute zorgvraag te verhelpen. Denk bijvoorbeeld aan pijnverlichting middels gips voor een polsfractuur of een kortdurende opname voor intraveneuze behandeling bij een infectie. Om ook voor deze kwetsbare oudere patiënten het bezoek aan de SEH zo gunstig mogelijk te laten verlopen, worden de eerdergenoemde interventies ingezet binnen het APOP-screeningsprogramma. Ondanks dat kwetsbaarheid bij verpleeghuispatiënten al bekend is of makkelijk herkenbaar, zijn deze patiënten tijdens een periode van acute ziekte nog kwetsbaarder en kan het APOP-screeningsprogramma ook voor hen bijdragen aan passende zorg en een goed herstel.

Conclusie

Het APOP-screeningsprogramma is inmiddels in verschillende Nederlandse SEH's geïmplementeerd als routine zorg.⁷ Dit betekent dat op steeds meer plekken binnen de acute ouderenzorg de kwetsbaarheid van ouderen kan worden meegewogen in behandelbeslissingen. Ondanks het feit dat patiënten een relatief korte periode op de SEH verblijven, kan deze screening bijdragen aan een veiliger verblijf van kwetsbare ouderen op de SEH en een overdracht van de (soms nieuwe) gegevens over kwetsbaarheid naar andere zorgverleners. Het routinematig in kaart brengen van kwetsbaarheid bij ouderen op de SEH kan bijdragen aan het vergroten van de bewustwording bij artsen en verpleegkundigen die zich hier normaliter niet mee bezig houden. De SEH kan daarmee, als onderdeel van de acute keten, een rol vervullen in de vroege signalering van kwetsbaarheid en kan wellicht een schakel zijn tussen de eerste en tweede lijn. Middels transmurale zorg en samenwerking tussen de eerste lijn, het ziekenhuis en het verpleeghuis kan de acuut zieke oudere patiënt centraal staan. Zo werken we samen aan de juiste zorg op de juiste plek voor kwetsbare ouderen.

Auteurs

- Drs. Laura C. Blomaard, arts-onderzoeker, afdeling Interne Geneeskunde, sectie Ouderengeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
- Dr. Bas de Groot, SEH-arts, afdeling Spoedeisende hulp, Leids Universitair Medisch Centrum
- Dr. Simon P. Mooijaart, internist-ouderengeneeskunde, afdeling Interne Geneeskunde, sectie Ouderengeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
- Dr. Jacinta A. Lucke, SEH-arts, afdeling Spoedeisende hulp, Spaarne Gasthuis
- Prof. Dr. Jacobijn Gussekloo, hoogleraar Eerstelijns geneeskunde, afdeling Public Health en

Literatuur

1. Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan Acute Zorg 2017.
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3650_22/.
2. de Gelder J, Lucke JA, de Groot B et al. Predicting adverse health outcomes in older emergency department patients: the APOP study. *Neth J Med* 2016;74:342-352.
3. de Gelder J, Lucke JA, Blomaard LC et al. Optimization of the APOP screener to predict functional decline or mortality in older emergency department patients: Cross-validation in four prospective cohorts. *Exp Gerontol* 2018;110:253-259.
4. Lucke JA, de Gelder J, Heringhaus C et al. Impaired cognition is associated with adverse outcome in older patients in the Emergency Department; the Acutely Presenting Older Patients (APOP) study. *Age Ageing* 2017;1-6.
5. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2011:Cd006211.
6. Blomaard LC, Lucke JA, de Gelder J et al. The APOP screener and clinical outcomes in older hospitalised internal medicine patients. *Neth J Med* 2020;78:25-33.
7. Mooijaart SP, De Groot B, Blomaard LC et al. APOP-screeningsprogramma - handboek voor het optimaliseren van zorg voor de Acuut Presenterende Oudere Patiënt op de Spoedeisende Hulp. 2018. http://www.apop.eu/UserFiles/File/apop_handboek_web.pdf.

CRDL voor ouderen met dementie

Een studie naar effecten op de mate van engagement

Renée van den Heuvel, Monique Lexis, Ramon Daniëls

Samenvatting

Achtergrond en doel

Mensen met dementie ervaren vaak problemen op het gebied van communicatie en gedrag. Bij vergevorderde dementie gaat contact maken moeizaam en kunnen hulpmiddelen zoals CRDL (Cradle) mogelijk ondersteunend zijn. CRDL is een interactief instrument dat sociale interactie stimuleert door middel van geluid en aanraking. Het doel van deze studie was het onderzoeken van effecten van interventies met CRDL op het stimuleren van engagement (de mate van betrokkenheid bij een activiteit) bij verpleeghuisbewoners met vergevorderde dementie.

Methode

Een ABB-design werd gehanteerd waarbij twee CRDL-interventies werden uitgevoerd bij 30 cliënten. In de A-sessie voerden de zorgprofessionals een interventie uit zonder CRDL. In de B-sessies werd twee keer opeenvolgend de CRDL-interventie 'gedrag beïnvloeden' of 'bevorderen van sociale interactie' uitgevoerd. De mate van engagement werd gemeten met de Positive Response Schedule (PRS) aan de hand van video-opnames van de sessie. Aanvullend werden interviews afgenomen met de betrokken zorgprofessionals naar hun ervaringen met het werken met CRDL.

Resultaten

Het onderzoek werd uitgevoerd bij twee ouderenzorgorganisaties waaraan 15 cliënten per organisatie hebben meegedaan (in totaal 22 vrouwen en 8 mannen). Per interventie werden de individuele itemscores van de PRS geanalyseerd. De scores op de interventie 'gedrag beïnvloeden' die voor 10 cliënten gekozen werd laten een verschil zien tussen de scores van de A en B-sessies gemeten tijdens de sessie op vier individuele items van de PRS ($p < 0,1$), in het voordeel van de B-sessies. Voor de interventie 'sociale interactie' die voor 20 cliënten werd

gekozen, werd geen verschil gevonden tussen de scores van de A- en B-sessies tijdens de sessie. Uit de interviews bleek dat alle professionals (n=6) enthousiast waren over CRDL en het instrument van meerwaarde vonden om contact te maken met de cliënt. Zij gaven hierbij wel aan dat het effect van CRDL sterk afhankelijk is van onder andere persoon, de situatie (bijv. mate en soort onrust) en het tijdstip van de dag.

Conclusie

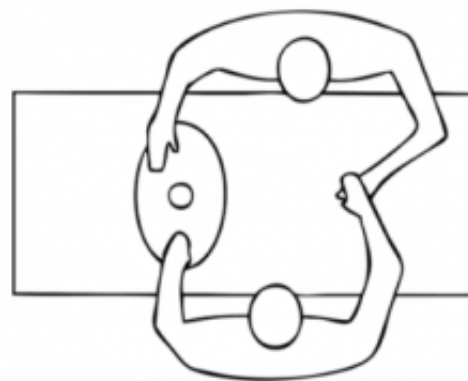
De inzet van de twee CRDL-interventies laat voorzichtig positieve resultaten zien op de mate van engagement laten zien, vooral voor de interventie 'gedrag beïnvloeden'. De deelnemende professionals waren enthousiast over het werken met CRDL en gaven aan dit in de toekomst graag voort te willen zetten.

Inleiding

Mensen met dementie krijgen vaak problemen met communiceren. Ze kunnen zich bijvoorbeeld verbaal minder goed uitdrukken. Daardoor is men minder betrokken bij betekenisvolle activiteiten. Dit geeft een verhoogd risico op sociaal isolement, eenzaamheid en/of verdere cognitieve achteruitgang. Problemen met communicatie kunnen ook resulteren in gedragsmatige en psychologische symptomen van dementie, zoals apathie, depressie, agressie en agitatie.¹

Met name bij vergevorderde dementie is contact maken moeizaam en zijn hulpmiddelen zoals Cradle (CRDL) mogelijk ondersteunend. CRDL is een interactief instrument dat sociale interactie en communicatie stimuleert tussen gebruikers door geluid en aanraking (zie figuur 1). CRDL is in staat om aanrakingen tussen personen en CRDL te vertalen in geluiden. Het instrument herkent de intentie van de aanraking (tikken, vasthouden, strelen, kloppen en kneden) en past de geluiden hierop aan. Tikken met de vingers wordt bijvoorbeeld vertaald in rustige oceaangeluiden terwijl vasthouden wordt vertaald naar een flinke storm. Het instrument lokt een reactie uit door het verbinden van aanrakingen aan geluiden en beoogt op deze wijze bij te dragen aan interactie en communicatie met familieleden, vrienden, mantelzorgers en verzorgers. Er zijn verschillende geluidsbibliotheken beschikbaar, die kunnen worden gekozen op basis van de behoefte van de cliënt, bijvoorbeeld natuur/zee geluiden, boerderijgeluiden of huiskamergeluiden.

Figuur 1. De CRDL en een schematisch bovenaanzicht van interactie met CRDL



Sinds de ontwikkeling van CRDL in 2014 hebben een aantal verkennende studies plaats gevonden naar de toepassing van CRDL bij verschillende doelgroepen, zoals ouderen met dementie en kinderen met verstandelijke beperkingen. Deze studies laten veel belovende resultaten zien op aspecten van engagement zoals verbale en fysieke responses van mensen met dementie en initiatiefname en alertheid bij kinderen met verstandelijke beperkingen.²⁻³

Het doel van de huidige studie was te onderzoeken of interventies met CRDL kunnen bijdragen aan het stimuleren van de mate van betrokkenheid bij een activiteit (in het Engels engagement genoemd) bij ouderen met vergevorderde dementie.

Methode

Design

Voor de evaluatiestudie werd een ABB-design gehanteerd, waarbij elke deelnemer zijn eigen controle vormt. Voorafgaand bepaalde de zorgprofessional die gekoppeld was aan een cliënt en die de sessies met de cliënt ging uitvoeren voor welk doel CRDL werd ingezet (interventie 1 of 2). Gedurende de A-fase werd de interventie zonder CRDL uitgevoerd passend bij de cliënt uitgevoerd (care as usual) en gedurende de B-fase werd de interventie uitgevoerd met CRDL. De B-fase heeft twee keer plaatsgevonden met tussenpozen van een of meerdere dagen. Professionals konden dit zelf indelen binnen het tijdsbestek van een maand. Aangezien er geen carry-over effect van de ene op de andere sessie te verwachten is bij deze doelgroep, waren professionals hier vrij in.

Interventies

Aan de hand van interviews met negen ervaren CRDL-gebruikers in Nederland en een brainstormsessie met professionals van de twee deelnemende verpleeghuizen zijn eerder opgedane ervaringen met CRDL in kaart gebracht en werden twee interventies gedefinieerd en beschreven in een handleiding voor professionals die vervolgens geëvalueerd werden. De eerste interventie was getiteld 'gedrag beïnvloeden' en de tweede interventie 'bevorderen van sociale interactie'. Deze interventies bestonden uit een beschrijving van het doel dat nagestreefd werd met CRDL en een beschrijving van instructies voor de uitvoering van de

interventies. De doelen van de twee interventies werden als volgt beschreven:

1. **Gedrag beïnvloeden:** het voorkomen of aanpakken van negatief gedrag of het versterken van positief gedrag door een professional (verzorgende, verpleegkundige) of naaste. Gedrag kan bijvoorbeeld zijn: roepen, huilen, loopdrang, agressie, agitatie, apathie, repeterend gedrag, positief gedrag (bekrachtigen).
2. **Bevorderen van sociale interactie:** het uitnodigen of stimuleren tot sociale interactie/contact tussen cliënt met vergevorderde dementie en bijvoorbeeld partner, familielid, vrijwilliger en/of zorgprofessional. Dit kan bijvoorbeeld zijn; oogcontact, aanraken, spreken, mimiek of non-verbale expressie.

De werking van CRDL en uitvoering van de interventies is hetzelfde. De keuze voor en afwisseling van geluiden bepaalt de zorgprofessional zelf op basis van kennis over voorkeuren en behoeften van de cliënt. De beschrijving van de uitvoering van de interventies en hierbij relevante factoren werd geformuleerd aan de hand van het ergotherapeutische PEO model (waarbij de letters verwijzen naar Person, Environment en Occupation).⁴ Instructies voor de interventie 'bevorderen van sociale interactie' waren bijvoorbeeld: kies een persoon waarbij je op zoek bent naar meer mogelijkheden voor sociale interactie, sluit aan bij de beleving van de cliënt, kies een rustige omgeving, zorg ervoor dat je tijd kunt nemen om de interventie uit te voeren, zorg dat je weet hoe CRDL werkt, probeer de ander uit te nodigen tot het initiëren van contact bijv. door de hand te reiken en oogcontact te maken, probeer actief te prikkelen en de cliënt mee te nemen in de ervaring.

Setting en studiepopulatie

De evaluatiestudie vond plaats bij ouderen met dementie en bij de betrokken professionals in twee verpleeghuizen in Zuid-Limburg. Inclusiecriteria voor deelname waren het hebben van vergevorderde dementie (fase 3 of 4) en dat er sprake was van gedragsproblemen of problemen met sociale interactie. Daarnaast dienden deze mensen in staat te zijn om CRDL aan te raken en de geluiden die CRDL produceert goed te kunnen horen. Voor elke geïnccludeerde persoon met dementie werd een betrokken professional en/of een familielid/verwant uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Zij waren vrij om te kiezen tussen welke van de twee interventies (gedrag beïnvloeden of bevorderen van sociale interactie) zij wilden uitvoeren met de cliënt op basis van de behoeften van de cliënt.

Dataverzameling

De mate van engagement, gedefinieerd als de mate van betrokkenheid bij het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten, werd gemeten met behulp van de Positive Response Schedule (PRS).⁵ De schaal heeft een goede interne consistentie (Cronbach's $\alpha = .80$) en inhoudsvaliditeit. Tien verschillende gedragingen werden gescoord op aan- of afwezigheid gedurende elke 30 seconden van de sessie. De tien items van de PRS zijn: opzettelijke lichaamsbeweging, opzettelijke hoofdbeweging, vocalisatie, blik op de omgeving, blik op de zorgprofessional, initieert interactie, betrokkenheid, blij, verdrietig en angst.

De volgende demografische gegevens van de cliënt zijn geregistreerd: leeftijd, geslacht, soort dementie, fase van dementie en relevante comorbiditeiten. Van de professional werd geregistreerd: geslacht, functie, leeftijd, aantal jaren (werk)ervaring met dementie en organisatie/locatie. Vervolgens zijn de volgende gegevens per sessie geregistreerd: keuze van de interventie, datum en tijd, duur van de sessie en eventueel opmerkingen of bijzondere omstandigheden (bijv. of cliënt ziek was).

Nadat alle sessies waren afgerond, werden aanvullend individuele interviews gehouden met elk van de deelnemende professionals. Hierin lag de focus op het verifiëren van de PRS-scores samen met de professional, het evalueren van de hanteerbaarheid van interventies, de waarde van CRDL voor de praktijk en de implementatie van CRDL.

Procedure

Er werden 30 ouderen met dementie geworven voor deelname aan het onderzoek. Dit was het maximaal aantal deelnemers gezien de beschikbaarheid van de deelnemers en de haalbaarheid van het onderzoek (tijd en budget). De wettelijk vertegenwoordigers van de ouderen met dementie werden gevraagd om toestemming te geven voor deelname van hun naaste aan het onderzoek. Per deelnemende cliënt met dementie hebben drie sessies plaatsgevonden (1x sessie A en 2x sessie B). Voorafgaand hebben de deelnemende professionals instructies gekregen in het gebruiken van CRDL en de handleiding van de interventies met hen besproken. De video-opnames van alle sessies die door de professionals zijn gemaakt, werden door twee onderzoekers (RvdH en SB) gescoord en geanalyseerd aan de hand van de PRS. Om de kwaliteit van de data-analyse te verhogen is de wijze van scoren afgestemd met een collega-onderzoeker die ervaring heeft met het gebruik van de PRS. Vervolgens hebben twee onderzoekers vier sessies onafhankelijk van elkaar gescoord (RvdH en SB). Na de scoring zijn de verschillen besproken en zijn de definities van de verschillende items nader verduidelijkt en heeft er afstemming plaatsgevonden over de interpretatie van de items. Vervolgens zijn dezelfde video opnamen op basis van deze afstemming nogmaals onafhankelijk door de twee onderzoekers beoordeeld en is een overeenstemming van 99% bereikt in de gegeven scores. Daarna werden de overige video opnamen voor scoring evenredig verdeeld over de beide onderzoekers (RvdH en SB).

Na afloop van de interventies werd voor elke cliënt 1-2 videofragmenten teruggekeken door de betrokken professional samen met de onderzoeker (RvdH), ook wel video-stimulated recall genoemd, waarbij de gedragingen werden besproken om de emoties en uitingen van de cliënten beter te kunnen begrijpen en de interpretaties van de onderzoekers te verifiëren.

Voorafgaand aan het onderzoek werd het onderzoeksprotocol voorgelegd aan de METC-Z (Zuyderland-Zuyd). Het onderzoek (nummer METCZ20180073) werd niet-WMO-plichtig bevonden. Alle wettelijk vertegenwoordigers van de geselecteerde ouderen met dementie ontvingen een informatiebrief over het onderzoek en gaven schriftelijk toestemming voor deelname van hun naaste aan het onderzoek.

Data-analyse

De continue scores op de individuele items van de PRS werden visueel geïnspecteerd voor de interventies afzonderlijk en vergeleken tussen de A en B1, en de A en B2 sessie. De scores van de A- en B-sessies werden getoetst m.b.v. een non-parametrische Wilcoxon Signed Rank Test, vanwege de relatief kleine aantallen van de subgroepen. Hierbij werd uitgegaan van een iets ruimere alpha van 0,1 ($p < \alpha$), ter exploratie van mogelijke effecten van CRDL.

Demografische gegevens en de data van de registratieformulieren zijn geanalyseerd middels beschrijvende statistiek. De data van de aanvullende interviews werden geanalyseerd aan de hand van kwalitatieve content analyse op basis van de samenvattingen van de interviews.

Resultaten

Deelnemers

In totaal hebben dertig cliënten (22 vrouwen, 8 mannen, 15 per organisatie) met verschillende vormen van vergevorderde dementie deelgenomen aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 84 jaar (range 67-100 jaar). Voor één van de deelnemers heeft slechts sessie A en B1 plaatsgevonden en is sessie B2 komen te vervallen in verband met gezondheidsproblemen.

Zes zorgprofessionals waren betrokken bij het onderzoek (5 vrouwen, 1 man); 3 coaches belevingsgerichte zorg/verpleegkundigen, 2 verzorgenden en 1 zorgcoördinator. De werkervaring met de doelgroep dementie varieerde van 2,5 tot 40 jaar. Uiteindelijk heeft slechts 1 mantelzorger (echtgenote) deelgenomen aan het onderzoek door samen met de zorgverlener de CRDL-sessie uit te voeren. Mantelzorgers gaven na uitnodiging tot deelname aan dat zij nog niet zelfstandig met CRDL aan de slag durfden; ze zagen het liefst dat eerst de professionals CRDL toepasten, waarna ze in een later stadium dit eventueel samen met een professional zouden proberen.

Gegevens van de sessies

De professionals kozen tien keer voor de interventie 'gedrag beïnvloeden' en twintig keer voor de interventie 'bevorderen van sociale interactie'. De interventies in de A-sessies zonder CRDL bleken heel gevarieerd van aard; er werd onder andere gekozen voor het maken van contact tijdens een eetmoment, het voeren van een gesprek, het werken met knuffels of met een muziekdoosje. De gemiddelde tijdsduur van sessie A was 9:23 minuten (range 3:14-23:00), voor sessie B1 was de gemiddelde tijdsduur 10:21 minuten (range 3:15-17:12), sessie B2 duurde gemiddeld 11:57 minuten (range 2:24-17:12).

Resultaten op de Positive Response Schedule (PRS)

De scores op de individuele items van de PRS voor de sessies A, B1 en B2 zijn voor beide interventies apart gepresenteerd in tabel 1. Vervolgens werden de scores vergeleken tussen sessies B1-A en sessies B2-A. De resultaten van de statistische toetsing laten statistisch significante verschillen ($\alpha=0,1$) zien voor de individuele items lichaamsbeweging (B1-A,

B2-A), hoofdbeweging (B1-A), blik op de omgeving (B1-A, B2-A), betrokkenheid (B1-A, B2-A) (zie tabel 1). CRDL laat op deze items van de PRS een positief effect zien ten opzichte van een andere interventie om gedrag te beïnvloeden. Ten aanzien van de interventie 'gedrag beïnvloeden' is er een duidelijk zichtbaar verschil in het patroon van de scores op de individuele items van de beide B-sessies in vergelijking met de A-sessie (zie figuur 2). De mate van lichaamsbeweging en hoofdbeweging is hoog in sessie A zonder CRDL en veel lager in sessies B1 en B2. De score op het item blik op de omgeving is ook lager in de B-sessie, terwijl de score op het item blik op de professional en het item mate van betrokkenheid juist veel hoger is in sessies B1 en B2 ten opzichte van de scores op deze items in sessie A.

Voor de interventie sociale interactie werden geen verschillen gevonden tussen de A-sessie en de B-sessies (tabel 1) en was er ook geen verschil zichtbaar in het patroon van de scores (figuur 3).

Tabel 1. Verschilscores in de sessies A-B1 en A-B2 voor de twee interventies

Interventie	PRS scores individuele items	Score sessie A (range 0-100) (Gemiddelde; SD)	Score sessie B1 (range 0-100) (Gemiddelde; SD)	Sessie A (range 0-100) (Gemiddelde; SD)	Score sessie B2 (range 0-100) (Gemiddelde; SD)	P-waarde B1-A Wilcoxon	P-waarde B2-A Wilcoxon
1		N=10	N=10	N=9	N=9		
	Lichaamsbeweging	73,1 (34,9)	54,3 (32,5)	71,2 (36,4)	43,8 (32,2)	0,051	0,025
	Hoofdbeweging	67,6 (37,5)	46,9 (38,5)	75,1 (30,8)	60,7 (36,5)	0,017	0,161
	Vocalisatie	73,3 (33,0)	76,3 (24,0)	72,0 (34,8)	74,1 (32,5)	0,672	0,735
	Blik op omgeving	75,3 (32,7)	34,8 (36,8)	73,1 (33,9)	43,9 (46,3)	0,011	0,091
	Blik op professional	37,4 (31,8)	62,3 (36,4)	34,9 (32,6)	59,9 (40,7)	0,110	0,161
	Initiatie interactie	25,4 (36,9)	25,7 (21,6)	26,0 (39,0)	43,1 (32,6)	0,889	0,310
	Betrokkenheid	34,6 (41,5)	68,4 (42,0)	27,8 (37,9)	57,7 (37,3)	0,059	0,097
	Blij	2,90 (7,9)	5,7 (11,5)	3,2 (8,3)	6,2 (15,5)	0,655	0,285
	Verdrietig	8,7 (14,8)	5,1 (12,5)	9,7 (15,4)	14,5 (33,1)	0,285	1,000
	Angst	1,8 (5,7)	0,6 (1,8)	2,0 (6,1)	0,0 (0,0)	0,655	0,317
2		N=20	N=20	N=20	N=20		
	Lichaamsbeweging	62,9 (42,4)	60,4 (37,4)		64,5 (34,4)	0,179	0,795
	Hoofdbeweging	62,2 (43,5)	65,7 (41,7)		60,6 (43,3)	0,363	0,917
	Vocalisatie	68,8 (35,8)	67,3 (38,7)		63,0 (37,7)	1,000	0,535
	Blik op omgeving	45,4 (39,4)	38,9 (37,7)		37,8 (37,8)	0,158	0,211
	Blik op professional	59,4 (43,1)	70,9 (37,3)		71,1 (31,7)	0,382	0,234
	Initiatie interactie	25,4 (33,1)	29,5 (32,3)		26,3 (30,1)	0,379	0,948
	Betrokkenheid	67,5 (44,2)	75,2 (35,4)		60,3 (42,3)	0,701	0,460
	Blij	8,4 (16,1)	9,9 (13,6)		12,4 (16,5)	0,722	0,213
	Verdrietig	0,4 (1,7)	1,9 (8,4)		1,0 (4,5)	0,655	0,655
	Angst	0,0 (0,0)	0,2 (0,9)		0,0 (0,0)	0,317	1,000

Figuur 2. Scores op de individuele items voor de interventie 'gedrag beïnvloeden' A, B1 en B2

Figuur 3. Scores op de individuele items voor de interventie 'sociale interactie' A, B1 en B2

Resultaten van de interviews met professionals

Uit de kwalitatieve resultaten van de aanvullende interviews blijkt dat alle professionals het als prettig hebben ervaren om met CRDL te werken en door middel van CRDL contact te maken met cliënten met dementie; zij geven aan CRDL blijvend in te willen zetten in de praktijk. CRDL is volgens sommige geïnterviewden lastig bij vergevorderde dementie, omdat ze de link tussen de aanraking en het geluid niet begrijpen. Terwijl bij minder vergevorderde dementie de gesprekken op gang komen door CRDL. De waarde van CRDL is volgens de professionals erg afhankelijk van de cliënt (CRDL is niet voor iedereen een oplossing) en de situatie waarin deze wordt ingezet (bijv. tijdstip van de dag, gedrag van de cliënt, ruimte waarin de cliënt zich bevindt). Op en piekmoment kan CRDL het gedrag bijvoorbeeld soms niet verminderen, maar op sommige momenten kan CRDL bij tijdig inzetten wel het probleemgedrag voorkomen. Op het gebied van de hanteerbaarheid bleken beide interventies volgens de professionals geschikt voor toepassing bij mensen met vergevorderde dementie. Alle deelnemende professionals gaven aan enthousiast te zijn over werken met CRDL, maar benoemden ook dat beschikbare tijd een belangrijke factor is die de implementatie in de weg zou kunnen staan. Door deelname aan het onderzoek is binnen beide deelnemende organisaties een grotere bewustwording over de mogelijkheden van CRDL ontstaan en is de interesse in werken met CRDL gegroeid.

Conclusie en discussie

De resultaten van het onderzoek laten zien dat CRDL bijdraagt aan het stimuleren van de mate van engagement bij cliënten met vergevorderde dementie. Met name voor de interventie 'gedrag beïnvloeden' was er een verschil zichtbaar tussen de sessies A en B1/B2 voor de resultaten op vier individuele items van de PRS, in het voordeel van de B-sessies met CRDL. Voor de items lichaamsbeweging, hoofdbeweging, blik op de omgeving en betrokkenheid (PRS items) was er een verbetering in het gedrag zichtbaar, hetgeen voor sommige items een afname van de score betekende en voor andere items een toename. Minder lichaamsbeweging kan bijvoorbeeld minder onrust betekenen, meer betrokkenheid kan ook minder onrust betekenen. Voor de interventie 'bevorderen van sociale interactie' werd geen verschil gevonden tussen de sessies met en zonder CRDL. De inzet van CRDL leidde hierbij tot eenzelfde mate van engagement als de andere interventies die toegepast werden in de A-sessies. Zorgverleners gaven allemaal aan het prettig te vinden om met CRDL te werken. De wisselende resultaten in de mate van engagement bij de interventie 'bevorderen van sociale interactie' zijn bij sommige professionals ook terug gehoord tijdens de interviews. Voor sommige cliënten was het bijvoorbeeld moeilijk om de rust te bewaren en te blijven zitten gedurende de interventie.

Sterke punten van het onderzoek waren de deelname van professionals van verschillende disciplines die in hun werk allen een focus op 'belevingsgerichte zorg' hebben, de inclusie van het aantal deelnemers en de beschikbaarheid van een stappenplan ten behoeve van uniforme uitvoering van de sessies. Tevens kunnen enkele kanttekeningen worden gemaakt bij de uitvoering en het interpreteren van de resultaten van dit onderzoek. Ten eerste kan, ondanks de gestandaardiseerde werkwijze, de uitvoering van de interventie per zorgverlener hebben

gevarieerd. Elke zorgverlener heeft zijn eigen stijl en manier van inzetten van CRDL en voor elke cliënt is een andere manier van benaderen gewenst. Dit is inherent aan het type interventie, maar kan tot verschillende resultaten geleid hebben. De professionals die deelnamen aan de studie hadden allemaal een hoge affiniteit met belevingsgerichte zorg, waardoor zij zeer waarschijnlijk erg open stonden voor het werken met CRDL. Een andere kanttekening die geplaatst kan worden is dat er achteraf een brede variatie aan interventies in de A-sessies van het onderzoek is toegepast. Professionals werden gevraagd om het doel van de interventie (1 of 2) te bereiken met een interventie/activiteit die ze normaal gesproken doen. De activiteiten die de professionals in deze fase uitvoerden verschilden enorm; professionals gaven aan dat ze tijdens het onderzoek bewuster met deze interventies bezig waren als gewoonlijk. Dit kan de verschillen tussen de A- en B-sessies hebben verkleind. Daarnaast is het mogelijk dat de professionals door deelname aan het onderzoek extra inzet hebben getoond; dit zou echter zowel in sessie A als in de B-sessies het geval kunnen zijn geweest.

Wanneer de resultaten van het onderzoek vergeleken worden met ander onderzoek, dan zien we dat de bevindingen van deze studie in lijn zijn met de positieve indicaties van effecten van CRDL zoals beschreven in het onderzoek van Teunissen et al. (2017).² Hierin werd beschreven dat CRDL zou kunnen helpen in het ondersteunen van zorgverleners en activiteitenbegeleiders in het maken van contact met de toevoeging dat nader onderzoek nodig is. Ook Peters-Scheffer et al. (in press) lieten met hun onderzoek voorzichtige aanwijzingen zien voor effecten van CRDL op de interacties tussen kinderen en jongvolwassenen met een ernstige meervoudige beperking en hun begeleiders.³

In de scores voor de interventie 'bevorderen van sociale interactie' was een grote variatie zichtbaar. Voor vervolgonderzoek kan worden aanbevolen om de interventie 'bevorderen van sociale interactie' verder te onderzoeken. Oorspronkelijk was het doel om bij deze interventie mantelzorgers te includeren om al dan niet samen met een professional de interventies uit te voeren. Dit bleek echter nog een te grote drempel te zijn voor mantelzorgers. Zij voelden zich niet vertrouwd genoeg om met CRDL aan de slag te gaan en zeker niet in het kader van onderzoek. Ze gaven aan dit eerst door de professionals te willen laten doen. Het betrekken van mantelzorgers bij de uitvoering van de interventie is nog een aanbeveling voor vervolgonderzoek. Daarnaast zou het ook interessant zijn om de inzet van CRDL bij andere doelgroepen en voor andere doelen verder te onderzoeken, bijvoorbeeld bij mensen met verstandelijke beperkingen of als ondersteuning voor professionals om arbeidstevredenheid te verhogen en werkdruk te verlagen. Professionals gaven aan dat zij CRDL onder andere inzetten om onrust bij cliënten met dementie voorkomen, maar ook als een vorm van zinvolle dagbesteding.

Overall laten de resultaten van het onderzoek een voorzichtig positief beeld zien voor de inzet van CRDL-interventies op de mate van engagement bij cliënten met vergevorderde dementie, vooral bij de interventie 'gedrag beïnvloeden'. Professionals blijken enthousiast over het werken met CRDL bij deze doelgroep en gaven aan dit in de toekomst graag te continueren.

Conflict of interest

CRDLT B.V. heeft in 2018 de maatwerkprijs ontvangen van Achmea. Deze prijs hield een geldbedrag in waarvoor onderzoek gedaan kon worden naar effecten van CRDL. CRDLT B.V. heeft Zuyd Hogeschool hierop gevraagd om een onderzoeksplan te schrijven en vervolgens het onderzoek uit te voeren. De auteurs verklaren dat dit onderzoek onafhankelijk van CRDLT B.V. is uitgevoerd, waarbij medewerkers van het bedrijf niet betrokken waren bij de uitvoering van de interventies tijdens de studie, de data-analyse en -verwerking.

Auteurs

- Heuvel van den, Renée J.F., PhD, docent/onderzoeker, Zuyd Hogeschool, Academie voor Ergotherapie, Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg
- Lexis, Monique A.S., PhD, senior docent/onderzoeker, Zuyd Hogeschool, Academie voor Verpleegkunde, Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg
- Daniëls, Ramon, PhD, lector, Zuyd Hogeschool, Academie voor Ergotherapie, Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg

Literatuur

1. Dröes, R., Scheltens, P., & Schols, J. (2015). Meer kwaliteit van leven: Springer.
2. Teunissen, L., Luyten, T., & de Witte, L. (2017). Reconnecting People with Dementia by Using the Interactive Instrument CRDL. *Stud Health Technol Inform*, 242, 9-15.
3. Peters-Scheffer, N., Tuenter, L., & Frankena, Y. (in press). Van aanraking via geluid naar contact: de inzet van CRDL tijdens interacties tussen mensen met EMB en hun begeleiders.
4. Law, M., Cooper, B., Strong, S., Steward, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Can J Occup Ther*, 63(1), 9-23.
5. Perrin T. (1997). The positive response schedule for severe dementia. *Aging & Mental Health*;1(2):184-91.

Beslissen over doorbehandelen na een ernstige beroerte

Het Keuze, Noodzaak, Comfort model

Eefje Sizoo, Marieke Visser, Marja Depla

Als na een ernstige beroerte de vraag rijst of doorbehandelen zinvol en gewenst is, staan artsen en familieleden vaak voor een ingewikkeld dilemma. Uit onderzoek van het Amsterdam UMC is gebleken dat artsen en familieleden dit dilemma vanuit drie invalshoeken benaderen, namelijk: de (veronderstelde) keuze van de patiënt, de medische noodzaak en het comfort van de patiënt. Op basis van dit model is een hulpmiddel gemaakt om artsen en familieleden bij de besluitvorming te ondersteunen.

Elk jaar worden ongeveer 44.000 mensen in Nederland getroffen door een beroerte. Ondanks veel ontwikkelingen in behandelmogelijkheden in de acute fase is de beroerte nog steeds de derde doodsoorzaak en de belangrijkste oorzaak van invaliditeit.¹ Van de mensen met een herseninfarct overlijdt 14% binnen 30 dagen en van de mensen met een intracerebrale bloeding is dat zelfs 50%.^{2,3} Van de mensen die overleeft blijft een aanzienlijk deel afhankelijk van anderen bij het dagelijks functioneren.⁴

Beslissen over al dan niet doorbehandelen na een ernstige beroerte is bijzonder complex. Patiënten zijn zelf doorgaans niet in staat mee te beslissen over hun behandeling, beslissingen staan onder tijdsdruk en de prognose is vaak nog niet uitgekristalliseerd.^{5,6,7} De eerste dagen na het optreden van een ernstige beroerte vormen een ingrijpende en onzekere fase. Behandelingen kunnen het leven verlengen, maar dit is bij een slechte prognose niet altijd wenselijk.⁸ Hoe kan je hierover een weloverwogen beslissing nemen? In dit artikel bespreken we de resultaten van onderzoek naar het tot stand komen van beslissingen over doorbehandelen en presenteren we een hulpmiddel voor de praktijk.

Onderzoek

Op de afdeling neurologie van drie ziekenhuizen volgden we bij zestien patiënten met een ernstige beroerte het proces van besluitvorming vanaf opname tot ontslag of overlijden. Onderzoekers observeerden overleggen tussen zorgverleners (overdracht, MDO), visites bij de patiënt en familiegesprekken; interviewden familieleden, artsen en verpleegkundigen over de besluitvorming en verzamelden aantekeningen in het medisch dossier. Analyse vond plaats middels de 'repertoire' methode, een kwalitatieve analysemethode waarmee het onderliggende patroon van waarden, kennis en handelen gestructureerd in kaart wordt gebracht.⁹

Beslissen over sondevoeding

Veel patiënten zijn na een ernstige beroerte niet in staat om te slikken. Beslissingen over sondevoeding (starten, continueren, stoppen) bleken de meeste aanleiding te geven tot discussie. Om de patiënt in leven te houden, zal sondevoeding binnen enkele dagen gestart moeten worden. Maar wat is dan het uiteindelijk te verwachten herstel? Zou de patiënt in deze situatie wel in leven gehouden willen worden? Het plaatsen van een sonde is bovendien een invasieve handeling die ongemak met zich mee brengt. De analyse spitste zich toe op het ontrafelen van de besluitvorming over sondevoeding.

Het keuze, noodzaak, comfort model

De argumenten die artsen en familieleden bleken te gebruiken om hun beslissing over sondevoeding te onderbouwen zijn terug te voeren op drie invalshoeken: de keuze van de patiënt, de (medische) noodzaak en het comfort van de patiënt.

Onder elk type argumenten ligt een ethisch principe met een bijbehorende centrale vraag. De antwoorden op deze vragen zijn veelal te vinden in een specifiek tijdsframe en bij specifieke bronnen van informatie. De resultaten zijn samen te vatten in een model voor besluitvorming rond sondevoeding: het keuze, noodzaak, comfort model (figuur 1).¹⁰

Figuur 1. Het keuze, noodzaak, comfortmodel

Keuze, Noodzaak, Comfort model

	Keuze	Noodzaak	Comfort
Ethisch principe	Respect voor autonomie	Niet laten sterven, tenzij	Lijden verminderen
Centrale vraag	Wat zou de patiënt willen?	Waarvoor is het nodig sondevoeding te geven?	Zijn er aanwijzingen dat de patiënt niet comfortabel is?
Tijd	Verleden	Toekomst	Heden
Informatie bij	Naasten en huisartsen	Neurologen en andere zorgverleners	Patiënt (observatie)

Keuze

De centrale waarde in deze invalshoek is dat men de autonomie van de patiënt respecteert: wat zou de patiënt gewild hebben als hij in staat was geweest om mee te beslissen? Om deze

vraag te beantwoorden is het nodig om op zoek te gaan naar directe of indirecte representaties van zijn wil. Is er een wilsverklaring? Heeft de patiënt zich er mondeling over uitgelaten? En zo niet, is er iets bekend over zijn visie op een leven met beperkingen? Het antwoord op deze vragen is te vinden in het recente verleden (de periode voor de beroerte) en bij personen die de patiënt in die periode goed gekend hebben (naasten, huisarts).

Noodzaak

De centrale waarde in deze invalshoek is dat men een patiënt niet laat sterven (tenzij het sterven onafwendbaar is). Dat betekent dat sondevoeding nodig is als de patiënt niet zelf kan slikken en er nog wel kans is op (enig) herstel. Voor de beoordeling van de prognose moet men de blik richten op de (nabije) toekomst en te rade gaan bij personen die over de benodigde medische deskundigheid beschikken om daar een uitspraak over te doen (artsen).

Het ethisch imperatief om een patiënt niet te laten sterven kan een meer en minder principiële stellingname zijn. Met een minder principiële stellingname bedoelen we dat de noodzaak wordt beschreven in termen van doelen die men met de sondevoeding wil bereiken. Men wil de patiënt in leven houden om iets: bijvoorbeeld om de prognose verder te laten uitkristalliseren; om de behandeling van een comorbide conditie nog een kans te geven; om de patiënt na verloop van tijd mogelijk zelf mee te laten beslissen. De vraag óf sondevoeding nodig is verandert dan in de vraag waarvoor sondevoeding nodig is; wat men met het in leven houden van de patiënt wil bereiken.

Comfort

De centrale waarde in deze invalshoek is dat men de patiënt zo min mogelijk laat lijden. Om de betekenis van sondevoeding vanuit deze waarde te beoordelen moet men op zoek gaan naar tekenen van discomfort bij de patiënt. Zijn er aanwijzingen dat hij niet comfortabel is en/of dat hij last van de sondevoeding zal hebben, of mogelijk zelfs al heeft? In het laatste geval staat de beslissing in het teken van het al dan niet continueren van sondevoeding. Informatie over het comfort is te vinden in het heden, bij de patiënt zelf; lijdt de patiënt? Omdat de patiënt vaak niet kan communiceren wordt deze informatie vooral door middel van observatie verkregen. Verpleegkundigen en familieleden kunnen hier veelal informatie over verschaffen.

Bij het analyseren van beslissingen over sondevoeding met behulp van het keuze, noodzaak, comfort model wordt duidelijk waarom deze besluitvorming regelmatig aanleiding geeft tot dilemma's. Immers, de antwoorden op de centrale vragen bij de verschillende ethische principes kunnen met elkaar botsen. Bijvoorbeeld:

- Uit uitspraken die patiënt in het verleden heeft gedaan valt af te leiden dat de patiënt waarschijnlijk niet in leven gehouden wil worden (Keuze), terwijl er medisch gezien kansen zijn op herstel die de arts graag met sondevoeding zou willen ondersteunen (Noodzaak).
- De familie is van mening dat de patiënt ten koste van alles wil blijven leven (Keuze), terwijl de arts verwacht dat de patiënt waarschijnlijk niet lang meer te leven heeft (Noodzaak).
- De familie en de arts willen graag alle kansen op herstel van de patiënt benutten

(Noodzaak), terwijl de patiënt oncomfortabel is en de sonde er keer op keer uittrekt (Comfort).

Hulpmiddel bij de besluitvorming

Het keuze, noodzaak, comfortmodel uit het onderzoek is in samenspraak met een groep van 14 experts* bewerkt tot een interactief beslismodel voor de praktijk:

www.BehandelbeleidBijBeroerte.nl. Het beslismodel helpt artsen de drie invalshoeken systematisch te verkennen en daarover met de naasten in gesprek te gaan. Het is daarbij ook mogelijk een PDF te genereren waarop alle verzamelde informatie per invalshoek op een rij staat. Via de website kan ook een e-learning gevolgd worden om te leren werken met het model.

Het beslismodel op de website is in eerste instantie gericht op beslissingen over sondevoeding. Maar de invalshoeken kunnen ook richting geven aan andere beslissingen over doorbehandelen na een ernstige beroerte, zoals (anticiperende) beslissingen over reanimatie en de wenselijkheid van het behandelen van complicaties van de beroerte.

** neurologen en arts assistenten, verpleegkundigen met aandachtsgebied neurologie en palliatieve zorg, artsen met expertise in palliatieve zorg, een ethicus, een huisarts, een jurist en familieleden van patiënten die een ernstige beroerte hebben doorgemaakt.*

Het voorbereiden van naaste

In samenwerking met patiëntenvereniging Hersenletsel.nl is op de website behandelbeleidbijberoerte.nl een pagina ingericht voor naasten zodat zij zich goed op de besluitvormende gesprekken kunnen voorbereiden. Patiëntenvereniging Hersenletsel.nl benadrukt dat indien de beroerte zo ernstig is dat over dit soort beslissingen gesproken zal worden, het essentieel is om informatie over deze besluitvorming mee te geven. Familieleden worden hiermee dan niet overvallen in het familiegesprek zelf. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen expliciet wijzen op de website en desgewenst samen met de familie op de website kijken.

Beslissen in de praktijk

Wij denken dat het systematisch verkennen van alle relevante argumenten uit de verschillende invalshoeken artsen, familieleden en verpleging kan helpen om tot een goede afweging te komen. Soms wijzen de verzamelde argumenten uit het keuze, noodzaak, comfortmodel in één duidelijke richting en versterken daarmee het besluit.

Het expliciet erkennen en benoemen van dilemma's kan bijdragen aan betere communicatie

tussen de arts en familieleden. Hierbij is het goed om bewust te zijn dat tijd kan helpen om te komen tot een goede afweging en een gedragen beslissing. Het verdient aanbeveling om in een familiegesprek evaluatiemomenten af te spreken, waarop de drie invalshoeken nogmaals doorlopen worden.

Dit onderzoek vond plaats binnen het ZonMW programma Palliantie, meer dan zorg. De onderzoeksresultaten worden gepubliceerd in Quality health research.¹⁰ Een vergelijkbaar praktijkartikel is verschenen in Pallium.

Wij danken alle patiënten, familieleden, artsen en andere zorgverleners voor hun medewerking aan dit onderzoek en danken de experts bij het vertalen van het model naar een werkversie voor de praktijk.

Auteurs

- Dr. Eefje M. Sizoo, specialist ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling ouderengeneeskunde
- Marieke C. Visser, Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling neurologie
- Marja Depla, Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling ouderengeneeskunde

Literatuur

1. www.volksgezondheidenzorg.info
2. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol*. 2009 Apr;8(4):355-69.
3. Sacco S, Marini C, Toni D et al. Incidence and 10-year survival of intracerebral hemorrhage in a population-based registry. *Stroke*. 2009 Feb;40(2):394-9. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.523209. Epub 2008 Nov 26.
4. Luengo-Fernandez R, Paul NL, Gray AM.-based study of disability and institutionalization after transient ischemic attack and stroke: 10-year results of the Oxford Vascular Study. *Stroke*. 2013 Oct;44(10):2854-61. Epub 2013 Aug 6.
5. De Boer ME, Depla M, Wojtkowiak J et al. Life-and-death decision-making in the acute phase after a severe stroke: Interviews with relatives. *Palliat Med*. 2015 May;29(5):451-7. Epub 2015 Jan 29.
6. Visvanathan A, Dennis M, Mead G. Shared decision making after severe stroke-How can we improve patient and family involvement in treatment decisions? *Int J Stroke*. 2017 Dec;12(9):920-922.
7. Creutzfeldt CJ, Longstreth WT and Holloway RG. Predicting decline and survival in severe acute brain injury: the fourth trajectory. *BMJ*. 2015 Aug 6;351:h3904.

8. Geurts M, Maclead MR, van Thiel GJ. End-of-life decisions in patients with severe acute brain injury. *Lancet Neurol*. 2014 May;13(5):515-24.
9. Pols, J. Washing the Citizen: Washing, Cleanliness and Citizenship in Mental Health Care. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2006;30, 77-104.
10. Frey I, De Boer M, Dronkert L et al. Between choice, necessity and comfort: Deciding on tube feeding in the acute phase after a severe stroke. Geaccepteerd voor publicatie in *Quality Health Research*.

De WijkKliniek: ziekenhuisbehandeling voor oudere patiënten in een VVT-instelling

Een beschrijving en tussentijdse analyse

Marthe Ribbink, Melissa Resodikromo, Hanna Willems, Monique Slee, Bianca Buurman

Het aantal ouderen met een acute zorgvraag op de spoedeisende hulp (SEH) neemt toe. Als ouderen daarna worden opgenomen in het ziekenhuis kan niet altijd de zorg geboden worden die voldoende passend is bij zowel de medische-, als geriatrische- en zorgproblematiek. Door ziekenhuiszorg dichterbij kwetsbare ouderen in de buurt te bieden kan passende zorg worden geboden en kunnen wellicht negatieve uitkomsten van ziekenhuisopname worden voorkomen.

De WijkKliniek is een afdeling voor ziekenhuiszorg in een VVT-instelling. Onder auspiciën van de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde wordt er een behandeling geboden voor veelvoorkomende acute ziektebeelden bij ouderen. De WijkKliniek kan mogelijk dienen als springplank voor het in de toekomst leveren van acute zorg aan ouderen in de eerste lijn.

Samenvatting

Achtergrond en doel

De WijkKliniek biedt medisch specialistische zorg voor ouderen in een VVT (verpleging, verzorging, thuiszorg) -instelling. Dit is een alternatief voor ziekenhuisopname en bestaat sinds 2018 in Amsterdam- Zuidoost. We beschrijven wat de WijkKliniek inhoudt, wie er werkzaam zijn en welke populatie in aanmerking komt voor opname in de WijkKliniek.

Methode

De organisatie en inhoud van de behandeling bij de WijkKliniek worden beschreven. Door middel van dossieronderzoek, hebben we gegevens zoals patiëntkarakteristieken en de reden van opname van reeds opgenomen patiënten verzameld. Het betreft een tussentijdse rapportage van een lopend gecontroleerd cohortonderzoek.

Resultaten

Tussen juli 2018 en februari 2020 werden ruim 600 patiënten opgenomen in de WijkKliniek. De gegevens van 200 patiënten werden verzameld. De gemiddelde leeftijd in dit cohort was 82

jaar. Infectieziekten, waaronder pneumonie en urineweginfecties waren de belangrijkste redenen voor opname. Daarnaast werden patiënten opgenomen in verband met exacerbaties van COPD en hartfalen. Bij een aanzienlijke restgroep (26%) was de primaire reden van opname onder andere geriatrische multiproblematiek, delirium of vallen. De mediane ligduur was 8 dagen.

Beschouwing

Het is mogelijk om ziekenhuiszorg voor ouderen in een WijkKliniek, buiten de muren van het ziekenhuis, aan te bieden. Met name ouderen met infectieziekten en exacerbaties van chronische aandoeningen met daarnaast geriatrische syndromen komen in aanmerking voor opname in de WijkKliniek. In de toekomst zou het mogelijk zijn dat er meer acute 24/7-zorg binnen eerstelijns zorgvoorzieningen geboden kan gaan worden.

Achtergrond en doel

In de komende tien jaar zal het aantal 80-plussers in Nederland met 75% toenemen.¹ Deze groep ouderen bevindt zich vaak in de laatste jaren van het leven en zij worden in die fase vaker acuut in het ziekenhuis opgenomen. Deze acute zorgvragen zijn bijvoorbeeld nieuwe acuut medische problemen, heropnames na een eerdere ziekenhuisopname, een ontregeling thuis door complexe zorgvraag, overbelasting van de mantelzorger of een palliatieve zorgbehoefte die niet onderkend is. Ziekenhuisopname bij ouderen is geassocieerd met negatieve uitkomsten zoals functieverlies.² Daarnaast zijn deze opnames ook kostbaar en is de verwachting dat het aantal acute zorgvragen bij ouderen zal gaan toenemen.³ Een deel van deze zorgvragen zou mogelijk buiten de muren van het ziekenhuis kunnen worden opgelost, zoals door betere preventieve zorg in de eerste lijn waardoor opnames voorkomen kunnen worden. Indien er toch een indicatie bestaat voor opname zou acute zorg ook in de eerste lijn geboden kunnen worden, zoals in de WijkKliniek gebeurt.

In juli 2018 is in Amsterdam Zuidoost in de locatie Eben Haëzer de WijkKliniek geopend. De WijkKliniek is een afdeling in een VVT- (verpleging, verzorging, thuiszorg) instelling waar medisch specialistische zorg wordt geboden aan oudere patiënten uit de regio Amsterdam. Dit gaat dan bijvoorbeeld om patiënten met een pneumonie, een exacerbatie COPD (chronic obstructive pulmonary disease) of ontregelde diabetes. De WijkKliniek is het resultaat van een innovatieve samenwerking tussen VVT-organisatie Cordaan, het Amsterdam UMC, locatie AMC en zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Er zijn reeds 600 patiënten opgenomen geweest in de WijkKliniek en sinds de opening is er zowel vanuit de VVT als vanuit ziekenhuizen interesse geweest in dit concept. We beschrijven daarom hoe het WijkKliniek – concept is opgebouwd en welke patiënten in aanmerking komen voor opname in de WijkKliniek.

In dit artikel zullen wij in gaan op de volgende vragen:

- Wat is het WijkKliniek concept?
- Hoe is het WijkKliniek concept georganiseerd en welke professionals heb je nodig om in een VVT- instelling ziekenhuiszorg te kunnen bieden?
- Welke groep patiënten is gebaat bij het ontvangen van ziekenhuiszorg buiten de muren van het ziekenhuis c.q. wat zijn de opnamediagnoses en patiënt karakteristieken van patiënten die behandeld kunnen worden in de WijkKliniek?
- Hoe past het WijkKliniek concept in het toekomstmodel voor acute zorg die georganiseerd wordt vanuit eerste lijn?
- Wat is de WijkKliniek - zorg voor ouderen vanuit de wijk opgebouwd met alle ketenpartners

De visie van de WijkKliniek is dat de (acute) zorg voor ouderen vanuit de wijk met alle ketenpartners in de eerste lijn (zoals huisartsen, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde en apotheek) moet worden opgebouwd. We hebben een nieuw zorgconcept ontwikkeld wat hierop aansluit en de mogelijkheid biedt om ziekenhuiszorg in de eerste lijn te organiseren. Daar waar ouderen in het ziekenhuis vooral behandeling krijgen voor hun medische problemen is er beperkte expertise in de stappen die nodig zijn voor een optimale terugkeer naar huis. De ouderen die in de WijkKliniek terechtkomen krijgen medisch specialistische zorg in de acute fase en gelijktijdig wordt gewerkt aan functiebehoud (door vroege revalidatie) en herstel met als doel zo goed begeleid mogelijk te terug te keren naar huis en het leven op te pakken. Daarbij vindt er tijdens en na de opname intensief afstemming plaats met de mantelzorgers en de eigen zorgverleners, zoals de huisarts, zodat er een optimale overdracht naar huis mogelijk is. Zie box 1 voor de redenen die aanleiding waren op het WijkKliniek concept te ontwikkelen.

De zorg in de WijkKliniek wordt bekostigd uit de basisverzekering. Samen met Zilveren Kruis hebben Cordaan en het Amsterdam UMC een beleidsregel innovatie aangevraagd bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) waardoor de WijkKliniek gedurende drie jaar als zorgproduct mag worden vergoed door zorgverzekeraars. Hierna zal worden gekeken of dit zorgproduct blijvend zal worden vergoed uit de basisverzekering.

We richten ons op het opnemen van patiënten met veelvoorkomende acute ziektebeelden en exacerbaties van chronische aandoeningen. De passende medische zorg kan dan in de WijkKliniek worden geboden: bijvoorbeeld het starten van intraveneuze medicatie zoals diuretica bij decompensatio cordis, intraveneuze antibiotica bij een pneumonie en het toedienen van zuurstof bij exacerbatie van COPD. Daarnaast wordt bij opname iedere patiënt in kaart gebracht door middel van een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA).⁴ Patiënten ontvangen multidisciplinaire zorg, onder andere door geleverd verpleegkundig specialisten, fysiotherapeuten en verpleegkundigen, onder supervisie van een klinische geriater (KG) of internist ouderengeneeskunde (IOG) (zie ook alinea 'De professionals werkzaam op de WijkKliniek'). De WijkKliniek heeft 23 bedden.

Box 1. Vier belangrijkste redenen voor deze innovatie

1. **Beter passende zorg voor ouderen met een acute zorgvraag, waarvoor in het bestaande zorgaanbod geen optimaal aanbod is**

We focussen volledig op wat voor ouderen belangrijk is: namelijk tijdens en na acute gezondheidsproblemen, en na opname weer goed begeleid thuis hun leven oppakken. Door de innovatie met de zorgverleners in de wijk op te bouwen, werken we hier actief aan. Bij een normale ziekenhuisopname ligt de focus op behandeling van de ziekte. We geloven erin dat voor kwetsbare ouderen de acute zorg zo dicht mogelijk in de thuissituatie geboden moet worden zodat er contact blijft met hun naaste omgeving en bekende zorgverleners zoals de huisarts.

2. Het is een innovatie waarbij de medisch specialistische zorg (ziekenhuisbehandeling) naar de wijk verplaatst wordt en waarmee we de capaciteit en infrastructuur voor acute ouderenzorg in de wijk opbouwen. Dit is nodig om een 24/7 zorgsysteem in de wijk op te bouwen. De zorg onderscheidt zich hiermee van innovaties als het eerstelijnsverblijf (ELV) of geriatrische revalidatiezorg (GRZ), die ingezet worden bij zorgproblemen of om te herstellen na een acute fase in het ziekenhuis.

3. Het verminderen van de druk op de SEH kan alleen door alternatieven te ontwikkelen, waarbij niet iedere oudere meer op de SEH gezien hoeft te worden. In de WijkKliniek streven we uiteindelijk naar direct opnemen van patiënten op indicatie van de huisarts zonder tussenkomst van de SEH. Daarnaast focussen we op goede begeleiding na ontslag uit de WijkKliniek, waardoor aantal heropnames zal dalen.

4. **Een extra impuls om HBO-opgeleide verpleegkundigen te interesseren voor de acute ouderenzorg**

Het aantrekken van HBO-opgeleide verpleegkundigen, die op het snijvlak van het ziekenhuis en wijk willen werken, is belangrijk doel. We zien nu al dat de WijkKliniek een andere groep verpleegkundigen aantrekt dan die nu in de ouderenzorg werkzaam zijn.

Opname in de WijkKliniek

Ouderen met een acute zorgvraag komen via de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) in het ziekenhuis terecht (figuur 1). Met de komst van de WijkKliniek is het mogelijk dat deze ouderen na melding op de SEH worden doorverwezen naar de WijkKliniek. In de toekomst willen we dat ook huisartsen rechtstreeks naar de WijkKliniek verwijzen.

Patiënten vanaf 65 jaar en woonachtig in omgeving Amsterdam worden direct vanaf de SEH in het opgenomen in de WijkKliniek. Voordat een patiënt kan worden overgedragen en opgenomen in de WijkKliniek moet er een diagnose en behandelplan zijn voor de acute

medische-specialistisch zorgvraag. Dit is nodig omdat er behalve bloedafname, ECG en mogelijkheid tot wekelijkse röntgen opnamen geen aanvullende diagnostische mogelijkheden zijn in de WijkKliniek. Zie voor de in- en exclusiecriteria voor opname Box 2. Een opname in de WijkKliniek vanaf de SEH kan 24/7 per dag. De opname verloopt via de dienstdoende KG/IOG (WijkKliniek & AMC SEH). Patiënten kunnen ook worden opgenomen vanaf de spoedeisende hulp van het VU medisch centrum (VUmc) of Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG).

Figuur 1. Opnamestroom en voorwaarden voor opname in de WijkKliniek, direct insturen door de huisarts is nu nog niet mogelijk



De professionals werkzaam in de WijkKliniek

In de WijkKliniek is dagelijks een KG of IOG aanwezig. Zij superviseren verpleegkundig specialisten, de fellow ouderengeneeskunde of de basisarts die werkzaam zijn in de WijkKliniek. Er wordt elke dag visite gelopen en eenmaal per week is er een multidisciplinair overleg gepland (MDO). Het verpleegkundig team bestaat uit hbo en mbo-verpleegkundigen, zowel met een achtergrond in het ziekenhuis als voormalig wijkverpleegkundigen. Er zijn ook fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten werkzaam in de WijkKliniek. Patiënten krijgen op indicatie een tot twee keer per dag fysiotherapie. De specialist ouderengeneeskunde is op dit moment niet werkzaam in de WijkKliniek, wel is er laagdrempelig overleg tussen de specialist ouderengeneeskunde en de KG of IOG van de WijkKliniek, bijvoorbeeld over het overplaatsen van patiënten van en naar de WijkKliniek. In de toekomst zou onderzocht kunnen worden of een specialist ouderengeneeskunde ook als supervisor op de WijkKliniek kan werken.

Onderzoek in de WijkKliniek

Methoden

Om de effectiviteit van het de WijkKliniek te meten worden ouderen die opgenomen zijn geweest in de WijkKliniek benaderd voor deelname aan dossier- en follow-up onderzoek. Zie Ribbink et al. voor een overzicht van het studieprotocol.⁵ Dit is een prospectief cohortonderzoek waarvan de data zullen worden vergeleken met een cohort van patiënten die voor vergelijkbare indicaties opgenomen waren in het ziekenhuis. Dit onderzoek is gestart in februari 2019, inclusie en follow-up zijn op dit moment nog niet afgerond.

Voor deelname aan het onderzoek dient een patiënt:

- A. Opgenomen te zijn of zijn geweest in de WijkKliniek;
- B. Toestemming, informed consent, kunnen en willen geven voor het onderzoek of een wettelijk vertegenwoordiger hebben die, namens de patiënt, toestemming kan en wil geven.

In box 2 worden de in- en exclusiecriteria voor opname in de WijkKliniek vermeld.

Box 2. In- en exclusiecriteria voor opname in de WijkKliniek

Inclusiecriteria voor opname in de WijkKliniek:

1. Patiënt uit de nabije regio Amsterdam
2. 65 jaar of ouder
3. Patiënt met een acuut medisch specialistisch somatisch probleem, bijvoorbeeld
 - Cardiologie: hartfalen
 - Longziekten: pneumonie, exacerbatie COPD
 - Interne geneeskunde: urineweginfectie, onregelde diabetes, dehydratie, milde elektrolytstoornissen
 - Neurologie: neurologische observatie, bijvoorbeeld na val
 - Chirurgie: pijnstilling en mobilisatie na val zonder operatie
4. Patiënt is hemodynamisch stabiel
5. Patiënt met één of meerdere geriatrische problemen, bijvoorbeeld:
 - Delier, dementie
 - Verhoogd valrisico
 - Verminderde zelfredzaamheid
6. Patiënt waarbij 24/7 medisch specialistische zorg en observatie nodig is zonder dat er op korte termijn diagnostiek nodig is welke niet plaats kan vinden op de WijkKliniek.

Exclusiecriteria voor opname in de WijkKliniek zijn:

1. Patiënten die na ziekenhuisopname een nazorg faciliteit nodig hebben
2. Patiënten met een monodisciplinaire problematiek zonder geriatrische problematiek

3. Patiënten die continue monitoring nodig hebben
4. Patiënten waarbij Intensive Care zorg nodig is
5. Patiënten die geopereerd moeten worden
6. Patiënten waarbij er alleen een zorgvraag is

Uitkomstmaten

Op basis van een tussentijdse analyse geven we in dit artikel een overzicht van de karakteristieken van de populatie die in de WijkKliniek werd opgenomen.

Dataverzameling

We verzamelen van alle deelnemers de demografische gegevens, zoals leeftijd, woonsituatie, sociale situatie en ziekenhuisopnames in de afgelopen zes maanden. We verzamelen de reden van opname en kijken naar het aantal comorbiditeiten door het scoren van de Charlson Comorbidity Index (CCI).⁶ Bij opname in de WijkKliniek wordt onder andere ADL- functioneren (instrument Katz-15),⁷ gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven (instrument EQ-5D)⁸ en zorggebruik in kaart gebracht. Voor de tussentijdse analyse is er een sample van 200 patiënten die tussen februari 2019 en december 2019 waren opgenomen meegenomen. Het gaat om een beschrijvende analyse.

Resultaten tussentijdse analyse

Patiëntpopulatie die zorg heeft ontvangen in de WijkKliniek

Patiënten die opgenomen werden in de WijkKliniek hadden een mediane leeftijd van 82 jaar (tabel 1). Ruim de helft (52%) was vrouw en 31% was in de afgelopen zes maanden opgenomen geweest in het ziekenhuis. Het ADL- functioneren op basis van de Katz-ADL score lag bij opname mediaan (IQR: interquartile range) op 3 (1-5). De uitgangswaarde van de Katz-ADL score, twee weken voor opname lag mediaan (IQR) op 1 (0-3) . De Charlson Comorbidity index (standaard deviatie) was 2.8 (2.0). Figuur 2 geeft een overzicht van de reden van opname in deze patiëntengroep. Infectieziekten, zoals urineweginfecties (27.5%) waren de belangrijkste reden van opname en bijna altijd was er sprake van multimorbiditeit en/of geriatrische syndromen.

Tabel 1. Patiëntkenmerken en variabelen bij opname

Variabele bij opname	Aantal (N) = 200
Leeftijd , mediaan (IQR)	82 (75-89)
Aantal vrouwen , N (%)	105 (52)
Woonsituatie voor opname , N (%)	
Zelfstandig alleen	98 (49)
Zelfstandig met anderen (bv. met partner)	66 (33)
Verzorgingshuis/serviceflat	27 (13.5)
Verpleeghuis/anders	9 (4.5)
Katz-ADL (6 item) score	
- Twee weken voor opname , mediaan (IQR)	1 (0-3)
- Bij opname , mediaan (IQR)	3 (1-5)
Polyfarmacie , ^b N (%)	149 (75)
Ziekenhuisopname in de afgelopen 6 maanden , N (%)	58 (31)
Charlson Comorbidity Index ^c , gemiddelde (SD)	2.8 (2.0)

SD, standaard deviatie; IQR, interquartile range

^aScore van 0-6, waarbij een hogere score duidt op meer ADL-afhankelijkheid

^bGebruik van 5 of meer medicijnen

^cScore van 0-31, een hogere score duidt op meer comorbiditeit

Gemiddelde opnameduur, uitstroom en terugkeer naar het ziekenhuis

Sinds de opening van de WijkKliniek ligt de opnameduur tussen de zeven en acht dagen. In de onderzochte populatie was dit mediaan acht dagen. In het onderzochte cohort ging ~84% van de patiënten bij ontslag terug naar de oorspronkelijke woonsituatie c.q. naar huis. Daarnaast ging ~10% van de patiënten met ontslag naar het ELV en de GRZ. Ongeveer 5% van de patiënten (N=9) in het cohort werd alsnog opgenomen in het ziekenhuis gedurende de opname, 6% (N=12) is ingestuurd voor diagnostiek maar kon daarna terugkeren naar de WijkKliniek.

Figuur 2. Opnameredenen in de WijkKliniek, n=200. De belangrijkste redenen van opname waren infectieziekten (totaal 28 %) , de categorie anders (26%) bevat onder andere patiënten met o.a. geriatrische multiproblematiek , vallen, delier zonder bekend focus, elektrolystoornissen als belangrijkste reden van opname



Patiënttevredenheid

Patiënten of diens vertegenwoordigers die deelnamen aan het onderzoek zijn in het algemeen tevreden over de zorg in de WijkKliniek, zij waarderen deze gemiddeld met een 8.3. Een groot deel van de patiënten had ook eerder in het ziekenhuis gelegen en zou een volgende keer graag terugkomen in de WijkKliniek, door de persoonlijke aandacht, de ruime kamer en de focus op bewegen tijdens de opname.

Belasting van de spoedeisende hulp

Waar in 2016 nog 44% van de ouderen die de SEH van het Amsterdam UMC, locatie AMC bezocht werd opgenomen, heeft er een daadwerkelijke ombuiging van zorg plaatsgevonden. In 2019 werd nog 33% van de ouderen die de SEH bezoekt opgenomen. Komend jaar gaan we ook werken aan het direct opnemen in de WijkKliniek, zonder tussenkomst van de SEH.

Beschouwing

Uit onze eerste ervaringen met de implementatie van de WijkKliniek en de gevonden resultaten blijkt dat het mogelijk is om ziekenhuiszorg voor ouderen in een WijkKliniek, buiten de muren van het ziekenhuis, aan te bieden. Met name ouderen met infectieziekten en exacerbaties van chronische aandoeningen komen in aanmerking voor opname in de WijkKliniek. Patiënten zijn relatief ADL-afhankelijk bij opname en hebben ook relatief veel comorbiditeit, terwijl het merendeel, nog in een zelfstandige, al dan niet met anderen, woonsituatie woont. Wij denken dat met name kwetsbare ouderen met een acute zorgvraag die nog thuis wonen goed kunnen worden opgenomen in de WijkKliniek. Gezien het aandeel ouderen dat thuis woont toe zal nemen in de toekomst is het mogelijk dat er meer acute 24/7 zorg binnen de eerstelijns zorgvoorziening geboden zal kunnen, en moeten worden, voor deze groep.

Toekomstvisie op acute ouderenzorg

Wij voorzien dat in de komende 5-10 jaar substitutie gaat plaatsvinden van de ziekenhuiszorg naar de eerste lijn. De grenzen tussen medisch-specialistische zorg en generalistische zorg zullen daarbij vervagen en netwerkvorming tussen gemeente, eerste lijn en ziekenhuis is essentieel. Over 5-10 jaar is de acute zorg voor ouderen vanuit de eerste lijn opgebouwd en draagt daarmee bij aan het verminderen van acute zorgvragen die leiden tot een ziekenhuisopname. Om de acute zorg vanuit de eerste lijn te kunnen bieden is het de komende jaren nodig om capaciteit op te bouwen van artsen en verpleegkundigen en sociale wijkteams die deze zorg kunnen bieden. Dit vraagt onder andere opleiden om deze zorg te kunnen bieden, aanpassing van de wet- en regelgeving en andere bekostiging (figuur 3).⁹ Met de WijkKliniek hebben we succesvol de eerste benodigde stappen gezet om deze infrastructuur voor acute zorg in een VVT-instelling op te bouwen.

9

Auteurs

- Drs. Marthe E. Ribbink, arts-onderzoeker Amsterdam UMC
- Drs. Melissa Resodikromo, klinisch geriater WijkKliniek, Amsterdam UMC en Cordaan
- Dr. Hanna Willems, klinisch geriater en internist-ouderengeneeskunde, hoofd afdeling ouderengeneeskunde Amsterdam UMC
- Drs. Monique Slee-Valentijn, directeur kortdurende zorg Cordaan
- Prof. dr. Bianca M. Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg Amsterdam UMC

Literatuur

1. StatLine Centraal Bureau voor de Statistiek. Prognose huishoudens naar type; leeftijd, burgerlijke staat, 2016-2060
<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83228NED&D1=0&D2=a&D3=0%2c95-111&D4=0&D5=0-4%2c14%2c24%2c34%2cl&HDR=T%2cG1&STB=G3%2cG4%2cG2&VW=T>. Published 2015. Accessed 17 augustus, 2017.
2. Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. PloS one. 2011;6(11):e26951.
3. de Kousemaeker G, Vandermeulen L. Ontwikkelingen Langdurige Zorg Fluent Healthcare Amsterdam 2017.
4. Stuck AE. [Multidimensional geriatric assessment in the acute hospital and ambulatory practice]. Schweizerische medizinische Wochenschrift. 1997;127(43):1781-1788.

5. Ribbink ME, Macneil-Vroomen JL, van Seben R, Oudejans I, Buurman BM. Investigating the effectiveness of care delivery at an acute geriatric community hospital for older adults in the Netherlands: a protocol for a prospective controlled observational study. *BMJ Open*. 2020;10(3):e033802.
6. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of chronic diseases*. 1987;40(5):373-383.
7. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1983;31(12):721-727.
8. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 1996;37(1):53-72.
9. Buurman- van Es BM. Kortdurende zorg bij ouderen als antwoord op spoedzorg. *Huisarts & Wetenschap*. 2019;2020(1):37-40.

COVID-19 onder medewerkers in het verpleeghuis met verkoudheidsklachten, maar zonder koorts

Eerste bevindingen

Mariska Luttje, Felix Geeraedts, Jan Visschedijk

In dit onderzoek werd de prevalentie van COVID-19 onderzocht onder verpleeghuismedewerkers met verkoudheidsklachten, maar zonder koorts. Van de groep van 70 medewerkers hadden zeven (10%) een positieve test. Bijna al deze medewerkers werkten op een afdeling waar een COVID-19 positieve patiënt werd verpleegd. Opvallend is dat de medewerkers op verschillende afdelingen werken. De meest gerapporteerde klachten waren verkouden zijn en hoesten, zowel in de gehele groep als in de positief geteste groep. Ondanks dat dit onderzoek onder grote tijdsdruk is gedaan, kunnen we toch concluderen dat een deel van de zorgmedewerkers die met verpleeghuisbewoners in aanraking komt geïnfecteerd is met COVID-19.

Op 27 februari werd Nederland opgeschrikt door het nieuws van de eerste COVID-19 positieve patiënt.¹ Inmiddels is duidelijk dat reeds voordat deze patiënt bekend werd, er al mensen waren met klachten passend bij COVID-19 welke later als positief getest zijn. Het nieuwe humane coronavirus, severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV- 2), kan de ziekte COVID-19 veroorzaken, en geeft met name luchtwegklachten, zoals hoesten en neusverkoudheid.²⁻⁵ De klachten zijn echter wisselend van persoon tot persoon. De exacte besmettelijkheid is tot op heden onduidelijk. Wel is bekend dat de patiënt in ieder geval besmettelijk is tijdens de symptomatische fase, zowel bij milde als ernstige klachten.^{3,6} De behandeling van geïnfecteerden bestaat vooralsnog vooral uit supportieve care, aangezien er nog geen geregistreerde medicijnen ter behandeling zijn. Uit de gegevens van eigen en andere landen is bekend dat de infectie met COVID-19 bij personen >70 jaar een ernstiger beloop heeft en de mortaliteit hoog is.⁷ Dit betekent dat de VVT-sector bij infecties hard getroffen zal worden. Het is dan ook belangrijk om preventief te handelen en besmetting te voorkomen.

Om besmetting in verpleeghuizen te beperken werden specifieke maatregelen genomen. Op 19 maart jl. maakte minister Hugo de Jonge (VWS) namens het kabinet bekend dat verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg vanaf 20 maart jl. gesloten zijn voor bezoekers en anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg. Deze landelijke maatregel duurt vooralsnog tot en met 28 april en is bedoeld om de kwetsbare bewoners beter te beschermen tegen het coronavirus (COVID-19).

Ook werden maatregelen ten aanzien van zorgmedewerkers genomen om overdracht te reduceren. Het advies van het RIVM op dat moment was om medewerkers met koorts (temperatuur boven de 38°C) niet te laten werken. Zorgmedewerkers zonder koorts, maar met verkoudheidsklachten konden gewoon doorwerken.¹ Ondanks deze maatregelen zagen wij op 23 en 24 maart de eerste vijf bewoners met een COVID-19 infectie. De vraag hierbij rees of er in de populatie van medewerkers met verkoudheidsklachten, maar zonder koorts, ook potentiële besmettingsbronnen aanwezig zouden kunnen zijn voor onze verpleeghuisbewoners. Vanaf 25 maart bood de richtlijn van het RIVM wel de mogelijkheid om zorgmedewerkers te testen bij verkoudheidsklachten in afwezigheid van koorts. Om te beoordelen of deze medewerkers, die eerder geadviseerd werden om te blijven werken, het virus bij zich droegen en daardoor eventueel bewoners konden besmetten, werd bij de groep geteste medewerkers met enkel verkoudheidsklachten een onderzoek verricht naar de aanwezigheid van het virus.

Methode

Carintreggeland is een grote zorgorganisatie voor ouderen in Twente met 21 locaties en bijna 1000 bedden voor verpleeghuiszorg. Aan haar zorgmedewerkers met regelmatige patiënt contacten en tevens verkoudheidsklachten, maar zonder koorts, werd gevraagd of zij bereid waren om een COVID-19 test te laten afnemen. Op 26 en 27 maart 2020 werden in een drive-through setting COVID-19 PCR testen afgenomen door middel van een keel- en nasopharynxuitstrijk. De uitstrijken werden afgenomen door twee leden van de medische vakgroep die reeds enige ervaring hadden opgedaan met afnemen van deze uitstrijken. De testen werden verricht in het Laboratorium Microbiologie Twente Achterhoek (LabMicTA). Het betreft een moleculaire test waarbij het genetisch materiaal van het virus wordt aangetoond.⁸

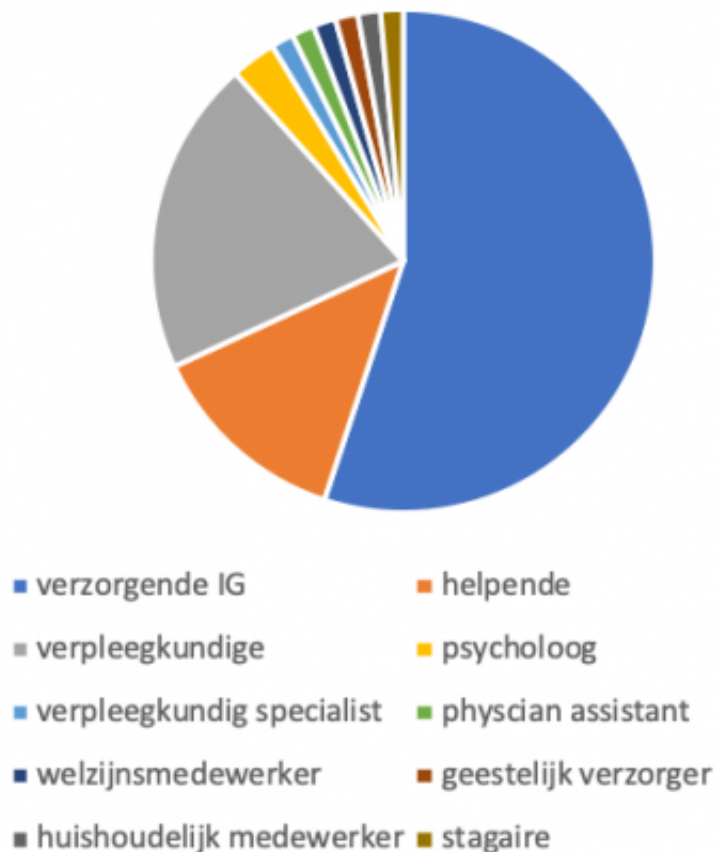
Bij afname van de uitstrijken werd door middel van een interview een vragenlijst ingevuld met daarin de leeftijd en geslacht van de medewerker, het type verkoudheidsklachten en de duur van de klachten. Ook werd gevraagd of deze medewerker tijdens de klachten gewerkt had, of er gezinsleden of andere bekenden ziek waren, en of er op de woning waar de medewerker werkte een COVID-19 positieve patiënt verbleef. Naast een schriftelijk consent voor afname van test, werd expliciet gevraagd of de medewerkers akkoord gingen met het anoniem verwerken van de vragenlijst voor dit onderzoek en met een individuele terugkoppeling over de uitslag van de test. De vragenlijsten werden ingevoerd en geanalyseerd in Office Excel. Er werd geen toestemming gevraagd bij een medisch ethische toetsingscommissie, omdat er werd gehandeld volgens de geldende richtlijnen van het RIVM.

Resultaten

Gedurende twee dagen werden in totaal 71 medewerkers van de verpleeghuizen onderzocht. Bij één medewerker kon de test niet betrouwbaar worden afgenomen doordat de nasopharynxuitstrijk als te onprettig werd ervaren. De leeftijd van de betrokken medewerkers, allen vrouw, lag tussen de 17 en 64 jaar, met een gemiddelde van 42. Zij werkten voornamelijk

als verzorgende IG (54%) en verpleegkundige (20%), zie figuur 1. De meest voorkomende klachten waren hoesten (70%), verkouden (60%) en keelpijn (59%), zie tabel 1.

Figuur 1: Functies van geteste medewerkers



Tabel 1. Gerapporteerde klachten door medewerkers (doordat meerdere klachten aanwezig kunnen zijn komt het totale % boven de 100)

Van de 70 medewerkers werden zeven medewerkers (10%) positief getest, zes van hen werkten op een woning waar een COVID-19 positieve patiënt verbleef. Voor de functies van de medewerkers, zie figuur 2. Bij twee medewerkers waren er ook gezinsleden ziek, bij drie van hen waren er andere bekenden waarmee zij in aanraking waren gekomen ziek. Bij de COVID-19 positief geteste medewerkers waren de meest voorkomende klachten hoesten en verkouden zijn, beide 71%, zie tabel 2. De duur van deze klachten varieerde tussen de één en tien dagen voor afname van de test met een gemiddelde van zes dagen. Medewerkers die positief getest zijn werden geadviseerd niet te werken tot zij 24 uur klachtenvrij zijn, volgens de richtlijn van het RIVM.

Figuur 2: Functies positief geteste medewerkers



door COVID-19 positieve medewerkers (zie eerder)

hoesten	71%
verkouden	71%
hoofdpijn	71%
verhoging	29%
rugpijn	14%
spierpijn	14%
geen reuk/smaak	14%

Discussie en conclusie

In dit onderzoek werd de prevalentie van COVID-19 onderzocht onder verpleeghuismedewerkers met verkoudheidsklachten maar zonder koorts. Van de groep van 70 medewerkers hadden zeven (10%) een positieve test. Bijna al deze medewerkers werkten op een afdeling waar een COVID-19 positieve patiënt werd verpleegd. Opvallend is dat de medewerkers allen op verschillende afdelingen werken. De meest gerapporteerde klachten waren verkouden zijn en hoesten, zowel in de gehele groep als in de positief geteste groep.

Helaas waren er, zover wij hebben kunnen nagaan, op het moment van schrijven geen vergelijkbare publicaties ten aanzien van medewerkers in verpleeghuizen, zodat het niet mogelijk was deze resultaten met andere studies te vergelijken. In een Amerikaans onderzoek werd een uitbraak van COVID-19 in een instelling voor langdurige zorg beschreven.⁷ Een maand nadat de eerste bewoner in deze instelling klachten kreeg waren er 144 bewoners besmet, van wie 33% was overleden. Ook veel personeelsleden waren besmet, waaronder onder andere verpleegkundigen, paramedici en huishoudelijk personeel. Opvallend is dat de medewerkers op verschillende plaatsen werkten, waardoor er een snelle besmetting was naar andere instellingen. Aangezien in Nederland veelal wordt gewerkt met kleinschalig wonen in verpleeghuizen, lijkt de transmissie hier minder snel te gaan. Binnen de kleinschalig wonen units, gaat de transmissie echter van bewoner op bewoner wel snel.

In Nederland is er een studie uitgevoerd naar de prevalentie onder 1097 ziekenhuismedewerkers met klachten, waarbij ook de medewerkers met koorts zijn getest.⁹ Hieruit bleek 3,9% van de ziekenhuismedewerkers het COVID-19 positief te zijn. De percentages verschilden per ziekenhuis en lagen tussen de 0 en 10%. Een recent Chinees onderzoek gaf aan dat een grote groep COVID-19 positieve patiënten geen koorts had.² Bij opname in het ziekenhuis had slechts 44% van de patiënten een okseltemperatuur 37.5°C of hoger, vergelijkbaar met 38°C rectaal.

Een beperking van de huidige studie is dat we niet konden nagaan of betrokken medewerkers eerder of later klachten kregen dan de COVID-19 positieve patiënten. Bovendien hebben we geen informatie t.a.v. relevante viruskenmerken van de zorgmedewerkers en van de bewoners. Daardoor kunnen we ook niets concluderen over de richting van de eventuele transmissie. Meer specifiek moleculair onderzoek is nodig om het risico en de richting van besmetting tussen zorgmedewerkers en bewoners vast te stellen.

Verder zijn over de exacte sensitiviteit en specificiteit van de gebruikte test nog geen gegevens bekend, maar deze worden vooralsnog hoog geschat wanneer er ook symptomen zijn.⁸ Desalniettemin kan de test soms negatief uitvallen door bijvoorbeeld inadequate afname van de keel of nasopharynxuitstrijk, of slechte transportcondities. In ons onderzoek hebben we de test laten afnemen door leden van medische vakgroep met ervaring in het afnemen van een nasopharynx-uitstrijk, waardoor de kans op een adequate uitslag was toegenomen. Als

desondanks de afname niet altijd adequaat zou zijn geweest, zou dit alleen maar betekenen dat het aantal medewerkers met een COVID-19 infectie nog hoger uit zou vallen. We hebben verder geen reden om aan te nemen dat er vals-positieven zijn, omdat de huidige PCR-test een hoge specificiteit heeft als het wordt uitgevoerd in een microbiologisch laboratorium.⁸ Wel is de test natuurlijk een momentopname, en kan men hiermee geïnfecteerden die nog in de incubatiefase zitten en nog geen symptomen hebben missen.

Ondanks dat dit onderzoek onder grote tijdsdruk is gedaan, kunnen we toch concluderen dat een deel van de zorgmedewerkers die met verpleeghuisbewoners in aanraking komen geïnfecteerd is met COVID-19 zonder het te weten. Meer onderzoek is nodig om te bepalen in hoeverre zorgpersoneel het virus overdraagt naar de bewoners of andersom. Daarbij is het ook belangrijk in te schatten hoe groot dit risico is en welke bewoners vooral besmet worden. Ook is het nodig om meer onderzoek te doen naar interventies die besmetting tussen bewoners en zorgmedewerkers kunnen reduceren.

Uit dit onderzoek kan niet onomstotelijk worden geconcludeerd dat zorgmedewerkers kwetsbare ouderen besmetten. Er zijn wel zorgmedewerkers met een aantoonbare COVID-19 infectie die met verpleeghuisbewoners hebben gewerkt, zonder dat zij koorts hebben. Het lijkt daarom verstandig om zorgmedewerkers met verkoudheidsklachten zo veel mogelijk te testen op de aanwezigheid van COVID-19 en hen minimaal een mondkapje te laten dragen.

Auteurs

- Dr. ir. Mariska P. Luttje, arts in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, Carintreggeland, Hengelo
- Dr. Felix C.G. Geeraedts, arts-microbioloog, Laboratorium Microbiologie Twente Achterhoek, Hengelo
- Dr. Jan H.M. Visschedijk, specialist ouderengeneeskunde, Carintreggeland, Hengelo

Literatuur

1. COVID-19 LCI Richtlijn. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2020.
2. Guan WJ, Ni Z, Hu Y, et al. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med 2020 Feb 28.
3. Huang C, Wang Y, Li X, et al. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020 Feb 15; 395 (10223): 497-506.
4. Wang Y, Wang Y, Chen Y, Qin Q (2020). Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19) implicate special control measures. J Med Virol 2020 Mar 5. [Epub ahead of print].

5. Haagmans BL, Timen A, Koopmans MPG (2020). Nieuw van de markt? Coronavirusuitbraak in Wuhan. Ned Tijdschr Geneeskd 2020; 164: D4847.
6. Zhang W, Du RH, Li B et al.(2020). Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. Emerg Microbes Infect2020 Feb 17; 9(1): 386-389.
7. McMichael, T. M., Currie, D. W., Clark, S., Pogosjans, S., Kay, M., Schwartz, N. G., ... & Ferro, J. (2020). Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. New England Journal of Medicine.
8. Corman, V. M., Landt, O., Kaiser, M., Molenkamp, R., Meijer, A., Chu, D. K., ... & Mulders, D. G. (2020). Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. Eurosurveillance, 25(3).
9. <https://www.rivm.nl/nieuws/resultaat-steekproef-4-ziekenhuismedewerkers-heeft-coronavirus>

Organisatie van de 24-uurs medische spoedzorg voor Wlz-cliënten met behandeling

Het moet anders...want dat kan niet anders!

Nancy Lenaerts, Lenneke Schols, Jet Wiechers

De invulling van de medische spoedzorg in de ouderenzorg staat steeds meer onder druk. Dit neemt in de toekomst alleen maar toe vanwege het groeiende aantal 80-plussers. Op veel plaatsen wordt geëxperimenteerd met alternatieve invullingen. Vrijwel overal speelt een toenemende mate van samenwerking daarbij een rol. Die initiatieven moeten goed gefaciliteerd worden om succesvol te kunnen zijn, maar in de praktijk worden ze belemmerd door onduidelijke, elkaar tegensprekende en weinig onderbouwde kaders in wetten en richtlijnen. Overzicht krijgen is daarom lastig. Novicare ontwikkelde een factsheet die daarbij moet helpen. Ook wordt aangegeven waar verduidelijking noodzakelijk is om tot effectieve oplossingen te komen.

Spoedzorg kraakt in de voegen

Voor de acute medische zorg aan ouderen in woonzorglocaties waar Wlz met behandeling wordt geboden is er de structuur van 24-uurs medische bereikbaarheid en beschikbaarheid. Het gaat daarbij om spoedeisende situaties in avonden, nachten en weekenden waarbij niet gewacht kan worden tot de volgende werkdag. Voor specialisten ouderengeneeskunde is die structuur steeds lastiger te realiseren, door onder andere krapte op de arbeidsmarkt en de toenemende zorgvraag. Een aanzienlijk aantal specialisten ouderengeneeskunde wil, om diverse redenen, niet meer deelnemen aan de ANW-diensten.¹⁻³ Daar komt nog bij dat het aantal 80-plussers de komende tien jaar met 50% toeneemt en het aantal specialisten ouderengeneeskunde dit absoluut niet bij kan houden.⁴ De laatste raming van het capaciteitsorgaan laat zien dat hiervoor een instroom nodig is van 223 tot 334 aios per jaar, terwijl die de afgelopen jaren in werkelijkheid tussen de 90 en 126 lag. Er waren meer plaatsen, maar die zaten niet vol.⁵

Alternatieve invulling roept vragen op

Om de medische behandeling in de ANW-diensten te borgen zijn verschuivingen zichtbaar. De taakherschikking die tijdens reguliere werktijden plaatsvindt bijvoorbeeld wordt in toenemende mate ook in de ANW-situatie toegepast. Dit betekent dat er basisartsen of verpleegkundig

specialisten (VS'en) in de voorwacht werken. In verpleeghuizen worden ook externe partijen ingeschakeld voor de 24-uurs medische spoedzorg. Die werken vaak met huisartsen of basisartsen, met een specialist ouderengeneeskunde als achterwacht. Ook zijn er lokale experimenten in samenwerking met de ambulancedienst of huisartsenpost (HAP).

In alle situaties ontstaan vragen over de kaders vanuit wetgeving, richtlijnen en veldnormen. Er is verduidelijking nodig op verschillende gebieden:

- de definities van spoed en triage
- verantwoordelijkheden
- responstijden
- wie ingezet mag worden

Een overzicht van de huidige definities en kaders volgt, met suggesties voor welke verduidelijking noodzakelijk is.

Wat is medische spoedzorg?

Een eenduidige definitie van het begrip medische spoedzorg ontbreekt. Om verwachtingen te verhelderen is dat wel wenselijk. In de huidige situatie lopen opvattingen en verwachtingen over medische spoedzorg uit elkaar. Onder zorgmedewerkers bestaat soms de indruk dat een arts binnen 30 minuten ter plaatse moet zijn als daarom gevraagd wordt. Dit kan leiden tot onnodige frustratie en klachten.⁶ Het is dan ook belangrijk om onderscheid te maken tussen spoedbeleving en medische urgentie. In de huisartsengeneeskunde blijkt bij de huisartsenpost slechts 7% van de vragen van de hoogste urgentie te zijn. 60% van de vragen is medisch niet urgent en 40% kan telefonisch worden afgehandeld.⁷ Onderzoeksgegevens in de verpleeghuiszorg zijn niet voorhanden. Een eenduidig triage-instrument helpt om verwachtingen rondom medische spoedzorg op één lijn te krijgen.

De huisartsengeneeskunde maakt gebruik van de Nederlandse triagestandaard.⁸ De urgentiegraden variëren van U0 (reanimatie) en U1 (direct levensgevaar) tot U5 (geen kans op schade, volgende werkdag). De context van de patiënt bepaalt ook onder andere de uitkomst van de triage, zoals beperkingen in het behandelbeleid. In de ouderenzorg zijn wel diverse triage-hulpmiddelen voorhanden.⁹⁻¹³ Maar er is geen algemeen geaccepteerd instrument dat ook uitspraken doet over de gewenste responstijden.

Een goede afbakening van medische spoedzorg ontbreekt. Daarvoor is nodig:

- Onderscheid tussen spoedbeleving (subjectief) en medische urgentie (objectief).
- Bepalen van de medische urgentie door ontwikkeling van een uniform landelijk triage instrument toepasbaar in het verpleeghuis.

Wie heeft welke verantwoordelijkheid?

Zorginstellingen en artsen hebben elk een verantwoordelijkheid binnen de ANW- diensten. Het kwaliteitskader, de KNMG en de wet BIG doen hierover uitspraken.

- Het Kwaliteitskader stelt dat de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van een arts primair bij de zorginstelling ligt. En daarmee valt onder de verantwoordelijkheid van de bestuurder.^{14,15}
- De KNMG geeft aan dat ook de arts een verantwoordelijkheid heeft: “De arts is er verantwoordelijk voor dat continuïteit van de hulpverlening en een goede bereikbaarheid verzekerd zijn, onverlet de verantwoordelijkheid die hiervoor bij de instelling ligt waar hij werkzaam is”.¹⁶⁻¹⁸
- Voor het uitvoeren van medische zorg heeft elke BIG-geregistreerde behandelaar een duidelijk vastgelegde bevoegdheid en daarnaast eigen professionele verantwoordelijkheid voor zijn bekwaamheid. Het is de verantwoordelijkheid van de behandelaar dat hij de grenzen van zijn bekwaamheid bewaakt.^{19,20}

In de praktijk zijn een basisarts, aios of VS gekoppeld aan een specialist ouderengeneeskunde voor supervisie of consultatie. Bij een aios is de supervisor medeverantwoordelijk om zich te vergewissen van de bekwaamheid van de supervisant.²¹ In instellingen waar basisartsen, aios en VS'en als voorwacht werken zijn daarom vaak interne (werk)afspraken gemaakt in welke situaties de voorwacht moet overleggen met de specialist ouderengeneeskunde-achterwacht. Afhankelijk van het bekwaamheidsniveau kan dit per voorwacht verschillen.

- De zorginstelling (bestuurder) is verantwoordelijk voor de organisatie van 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van een arts.
- De arts is verantwoordelijk voor een goede bereikbaarheid tijdens zijn of haar dienst, en is verantwoordelijk voor de continuïteit van medische zorg op dat moment.
- Iedere (basis)arts, VS of PA is verantwoordelijk voor het bewaken van eigen grenzen ten aanzien van bevoegdheden en bekwaamheden. In het geval van aios heeft de opleider hierin een extra verantwoordelijkheid.

Responstijden

Voor de responstijden geven het Kwaliteitskader, Verenso en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) enige kaders:

- Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg stelt dat er binnen 30 minuten een arts aanwezig moet kunnen zijn. Er is niet expliciet vermeld dat dit een specialist ouderengeneeskunde moet zijn. Ook is opgenomen dat 24/7 'aanvullende voorzieningen' beschikbaar moeten zijn voor vragen of toenemende complexiteit, zoals 'inroepen specialist ouderengeneeskunde', 'overleg gedragskundige', 'inschakelen CCE'. Er is niet gedefinieerd wat 'beschikbaar zijn' inhoudt.²²
- Verenso (vereniging van specialisten ouderengeneeskunde) stelt dat de specialist ouderengeneeskunde bij een spoedoproep binnen 30 minuten ter plaatse dient te zijn.²³ In 2017 stelde Verenso dat ook basisartsen, aios ouderengeneeskunde en de VS gedurende de dienst altijd terug moeten kunnen vallen op een geregistreerd specialist ouderengeneeskunde als achterwacht, die direct telefonisch te bereiken is en binnen 30 minuten ter plaatse kan zijn.²⁴ Hiervoor ontbreekt de onderbouwing. Ook wordt geen rekening gehouden met de mate van urgentie.
- De IGJ heeft op vragen van Novicare geantwoord dat bij ervaren basisartsen de norm voor de aanrijtijd van de achterwacht kan worden verlengd tot twee uur.²⁵ In overleg met aios en ervaren basisartsen wordt dit bij Novicare in de praktijk zo gehanteerd.

Interessant is ook het standpunt van de artsen verstandelijk gehandicapten, die hun zorg vergelijken met verpleeghuiszorg en zich conformeren aan de aanrijtiden binnen de acute huisartsgeneeskundige zorg.²⁶ Op basis van de U-triage wordt hier een aanrijtijd voor niet levensbedreigende zaken aanbevolen van 'binnen enkele uren'.²⁷

In medische noodsituaties kan in de ANW ook de ambulancedienst worden ingeschakeld. Dit komt in de ouderengeneeskunde voor als er een actief behandel- en instuurbeleid is of bij twee acute situaties tegelijk. Bij de hoogste urgentie moet de ambulance in 95% van de gevallen binnen 15 minuten aanwezig kunnen zijn.²⁸

- Het Kwaliteitskader en Verenso stellen dat een **voorwacht binnen 30 minuten aanwezig moet kunnen zijn**. Er is bij partijen echter geen uniformiteit over de invulling van die voorwacht en de aanrijtijd van een achterwacht.
- Aanrijtiden zouden bepaald moeten worden door de mate van spoed, die weer bepaald moet worden met behulp van een uniform triage-instrument geschikt voor de verpleeghuiszorg. Dit is er helaas nog niet.

Wie mag worden ingezet?

Er is behoefte aan een omschrijving in de wet of richtlijnen welke behandelaar waarvoor ingezet mag worden voor medische spoedzorg. Bevoegd en bekwaam conform de wet BIG is een algemeen uitgangspunt voor het verlenen van medische zorg. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de inzet van VS'en, physician assistants, basisartsen en huisartsen mogelijk is. In de praktijk zullen specialisten ouderengeneeskunde met hen in overleg moeten gaan over hoe ze hun bekwaamheid ervaren en wat nodig is om op een verantwoorde wijze deel te nemen aan ANW-diensten.

- De basis-EHBO kan worden verleend door alle daarvoor opgeleide zorgmedewerkers.
- Er is geen actueel standpunt van Verenso over taakherschikking.²⁹ De Handreiking Taakherschikking wordt (januari 2020) herzien, omdat de oude niet meer voldoet.³⁰
- Partijen gericht op dienstverlening in de ANW zoals Gericall, ANW Nederland en medTzorg hebben interne opleidingsprogramma's om de bekwaamheid van basisartsen of huisartsen in de spoedzorg voor ouderen te vergroten.

Met het oog op efficiëntie is de vraag of de triage tijdens de dienst überhaupt wel door een arts gedaan moet worden. Sommige organisaties hebben als noodoplossing de triage uitbesteed aan verpleegkundige 'voorwachten'. Dat is voor de arts misschien efficiënt, maar ook aan verpleegkundigen is schaarste in de ouderenzorg. Huisartsen en HAPs daarentegen werken met centralisten; veelal doktersassistenten die onder andere specifiek opgeleid zijn voor triage. Hier zien wij ook voor de ouderenzorg kansen.

- Er is behoefte aan een omschrijving in de wet of richtlijnen welke behandelaar waarvoor ingezet mag worden in de medische spoedzorg. Het juridisch kader vanuit de wet BIG is hiervoor onvoldoende. In de praktijk is dit nu per organisatie ingeregeld door werkafspraken.

Praktische ondersteuning helpt

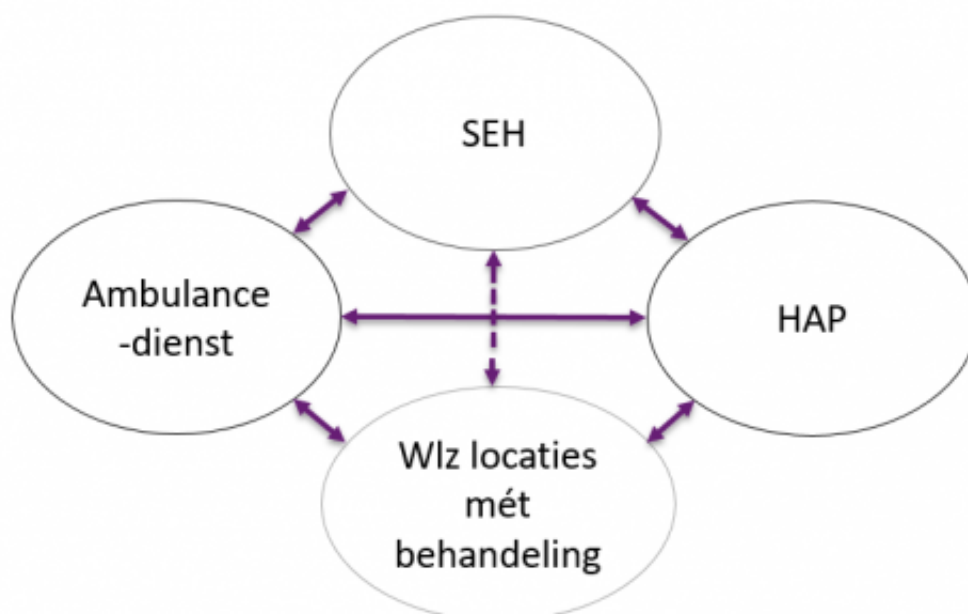
Alle oplossingen voor de krapte in de medische spoedzorg gaan over een toegenomen mate van samenwerking. In samenwerking spoedzorg invullen vraagt altijd meer professionele ondersteuning dan wanneer een kleine groep artsen dit doet die elkaar en de cliënten kent. Zorgprofessionals hebben bij een spoedoproep van een locatie of cliënt die zij niet kennen behoefte aan goede en vaak hele praktische informatie. Als dit niet goed georganiseerd is, leidt samenwerken in spoedzorg tot negatieve ervaringen bij betrokken behandelaren. Dat is jammer, omdat dit eenvoudig te voorkomen is door goede ondersteuning. Sommige ANW-organisaties werken al met geavanceerde ondersteunende systemen.³¹ Ook optimaal op elkaar aansluiten van elektronische dossiers kan de efficiency in de ANW-diensten enorm verbeteren.³²

Visie Novicare

Het komt erop neer dat artsen in de ouderenzorg een ontwikkeling moeten doormaken die huisartsen al achter de rug hebben. De tijd van allemaal zelfstandig de spoedzorg regelen ligt achter ons. Door te leren van de ervaring van huisartsen met het proces van regionale organisatie van spoedzorg kunnen artsen in Wlz-organisaties snel slagen maken. Daarbij kan worden samengewerkt met organisaties in de gehandicaptenzorg.

Dat is ook nodig om aan te blijven sluiten op de landelijke ontwikkelingen rondom spoedzorg. Daarin sluiten de verschillende 'subsystemen' (SEH, HAPs, ambulances e.a.) steeds nauwer op elkaar aan. Zoals een voorbeeld waarin de voorwacht wordt gedaan door een specialist ouderengeneeskunde en een ambulanceverpleegkundige uitrijdt als dat nodig is, maar de regie over het behandelbeleid en al dan niet insturen bij de specialist ouderengeneeskunde blijft liggen. Daar zit mogelijk veel winst in.

Eén volledig geïntegreerd systeem van spoedzorg lijkt wellicht een mooie stip op de horizon, maar heeft ook risico's. Zo'n systeem kan makkelijk te groot en complex worden om het echt efficiënt in te richten. Een goede eerste stap voor Wlz-organisaties is in ieder geval om zo snel mogelijk onderling te gaan samenwerken. En vervolgens als Wlz -spoedzorg nauw samen te werken met de overige spoeddiensten. Verschillende hulpmiddelen en goede voorbeelden liggen klaar.



Auteurs

- Nancy Lenaerts, specialist ouderengeneeskunde - Novicare
- Lenneke Schols, specialist ouderengeneeskunde – Novicare
- Jet Wiechers, directeur - Novicare

Literatuur

1. <https://www.captise.nl/zorg-ouderen/ArtMID/509/ArticleID/3899/Opleidingsplaatsen-voor-specialist-ouderengeneeskunde-blijven-open-staan-tekort-dreigt>
2. Bron Verenso tijdschrift, ANW is het gras groener bij de burens
3. Interne enquête Novicare eerste kwartaal 2018
4. CBS, statline
5. Capaciteitsorgaan 2021-2024 deelrapport specialist ouderengeneeskunde, capaciteitsorgaan, december 2019
6. Klachten intern Novicare
7. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/nhg-standpunt_huisarts_en_spoedzorg.pdf
8. <https://de-nts/basisprincipes-nts/>
9. <http://www.platformouderenzorg.nl/bestanden/Handboek%20Triage%20%202018.pdf>
10. <https://trriage.cordaan.nl/trriage-verpleegkundige>
11. <https://trriage.cordaan.nl/inhoud/handleiding-trriage-voor-verzorgenden-en-algemeen-verpleegkundigen>
12. <https://www.verpleegkundigetriage.nl/nl/gezondheidsproblemen>
13. <https://www.verenso.nl/magazine-november-2019/no-5-november-2019/congres-abstracts/buikbaarheid-early-warning-score-in-het-verpleeghuis>
14. Factsheet Verenso
15. <https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg#kwaliteitskader-verpleeghuis>
16. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/medische-professionaliteit.htm>
17. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/verantwoordelijkheidsverdeling.htm>
18. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2019-07-01>
19. <https://www.bigregister.nl/registratie/nederlands-diploma-registreren/wet--en-regelgeving> > Artikel 3-beroepen
20. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:sEvsbqWu1skJ:https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragsregels-van-artsen.htm+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>
21. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/supervisor-verantwoordelijk-voor-aos.htm>
22. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>

23. https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/kwaliteit/VER-002-8-persleidr-bw-intDEF.pdf
24. https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/VER_handrTaakherschikking_int_2017.pdf
25. E-mail inspectie
26. <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2019/03/2011-11-aanrijtijden.pdf>
27. <https://de-nts.nl/nts/basisprincipes-nts/>
28. Voor meer informatie over de acute zorg op de SEH, huisartsenpost en ambulancezorg zie de monitor acute zorg 2018 van de NZA https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_260889_22/1/
29. https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/VER_handrTaakherschikking_int_2017.pdf
30. <https://www.verenso.nl/magazine-juni-2019/no-3-juni-2019/wetenschap/physician-assistants-en-verpleegkundig-specialisten-in-verpleeghuizen>
31. Gericall, Geriforce
32. MedTzorg, ervaringen in de samenwerking

Meer ouderenzorgkennis nodig op de spoedeisende hulp

Yvonne Schoon

Met het stijgen van de leeftijd hebben ouderen vaker een spoedvraag, zeker in hun laatste levensfase.¹⁻³ De vergrijzing alleen lijkt hier niet de enige verklaring voor te zijn.⁴ Vermindering van institutionele zorg voor ouderen en een afname van professionele zorg thuis zullen hier hoogstwaarschijnlijk aan bijdragen. Daarnaast neemt de complexiteit van de oudere patiënt toe waardoor een eerstelijns zorgprofessional zich mogelijk eerder genoodzaakt voelt om te verwijzen naar een ziekenhuis. Op de spoedeisende hulp (SEH) is ongeveer 25% van de bezoekers een 70-plusser.^{2,3} Bij de regionale ambulance voorzieningen (RAV) is één op de drie patiënten zelfs 75 jaar of ouder.⁵ In dit artikel wordt in het kort de kenmerken van de oudere spoedpatiënt genoemd, de complexiteit voor de SEH-professional geschetst en de rol van de specialist ouderengeneeskunde in relatie tot de spoedzorg beschreven.

Kenmerken van de oudere spoedpatiënt

Uit recent nationaal onderzoek blijkt dat ouderen zich frequenter opnieuw melden bij dezelfde hulpverleners en vaker contact hebben in de spoedzorgketen dan patiënten van 20-64 jaar.⁶ Daarnaast presenteren ouderen zich relatief vaker met atypische en levensbedreigende ingangsklachten en meer ernstige diagnoses.⁶ De doorlooptijd in de spoedzorgketen is voor ouderen extra lang, ze worden vaker opgenomen in het ziekenhuis en overlijden vaker na een spoedvraag.⁶ Een hoog aantal consulten en veel diagnostiek bepalen onder andere de lange ligduur op een SEH.⁷

Complexiteit van de oudere spoedpatiënt

De problematiek waarmee ouderen zich presenteren in de spoedzorg is vaak een combinatie van somatische, psychische, sociale en functionele problemen. Daarnaast is de heterogeniteit onder ouderen groot door diverse factoren zoals variatie in multimorbiditeit, polyfarmacie, biologische leeftijd, kwetsbaarheid en veerkracht. Bij kwetsbare ouderen is de verwachte zorguitkomst door onvoorziene interacties tussen deze componenten regelmatig slechter dan de zorgprofessional verwacht, wat zich bijvoorbeeld vertaalt in frequent optredende (postoperatieve) complicaties zoals delier, urineweginfectie, pneumonie, enzovoorts. Daarbij komt dat ouderen gemiddeld meer waarde geven aan kwaliteit van leven dan aan overleving. Hierdoor zijn ouderen voor de SEH-professional een complexe doelgroep met multiple problemen waaronder de acute problematiek en een atypische presentatie van klachten. De nu

toegepaste SEH-triage code is echter bijna altijd te laag, waardoor de urgentie van deze casuïstiek systematisch onderschat wordt. Momenteel resulteert dit voor kwetsbare ouderen in: onnodig lang verblijf op de SEH en veel (overmatige) diagnostiek, met het gevaar van ongewenste stapeling van behandelpaden of ontslag met onontdekte problemen, ongevroegde toevalsbevindingen en een hoger aantal SEH herbezoeken dan andere patiënten.

De spoedeisende hulpen in Nederland zien daardoor steeds meer oudere patiënten bij wie wordt vermoed dat in het vervolgtraject te vaak niet goed passende, niet doelmatige ziekenhuiszorg wordt geboden.

Wat is er nodig?

De nieuwe voorgenomen norm uit het Kwaliteitskader Spoedzorg zorgt ervoor dat binnen een paar jaar voor elke oudere patiënt 7x 24 uur inzet van een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde op de SEH is gegarandeerd in Nederland.⁸ Dit neemt niet weg dat de kennis over ouderen bij de SEH-professional moet toenemen om hoogkwalitatieve spoedzorg voor ouderen te garanderen.⁹⁻¹¹ In de opleiding tot SEH-arts of SEH-verpleegkundige is geen aandacht voor 'Geriatric Emergency Medicine'. Uit een recent uitgevoerde enquête onder SEH-artsen in Nederland vindt 39% dat zij meer kennis en vaardigheden nodig hebben om geriatrische problematiek bij oudere patiënten te herkennen. Juist als generalist in de acute opvang van oudere patiënten is de SEH-arts bij uitstek de eerste persoon die zich tijdig moet afvragen of het inzetten van diagnostiek en/of behandeling van de acute zorgvraag wel wenselijk is. Pas bij tijdige onderkenning door de SEH-arts (of SEH-verpleegkundige) en directe beschikbaarheid van de klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde profiteert de oudere patiënt doordat gezamenlijk bekeken kan worden wat proportioneel is om aan diagnostiek en/of behandeling bij deze individuele oudere patiënt uit te voeren.¹⁰⁻¹² Daarom is het wenselijk dat iedere SEH-professional over de benodigde competenties beschikt om hoogkwalitatieve ouderenzorg te kunnen leveren (zie tabel 1).

Tabel 1. De benodigde competenties van een SEH-professional op de spoedeisende hulp om hoogkwalitatieve ouderenzorg te kunnen leveren.*

Generieke competenties	Geriatric competenties
Zich bewust zijn van de situatie	Onderscheid delier en dementie
Snelle beoordeling	Kennis asymptomatische bacteriurie
Risicobeoordeling	Valbeoordeling
Communicatievaardigheden	Medicatiereview
Teamspel	Kennis over behandeling chronische ziekten
Leiderschap	Palliatie

***de volgorde van de competenties is willekeurig en zegt niets over mate van belangrijkheid**

Weinig gedegen bewijs is aanwezig om SEH 'overbelasting' door ouderen te reduceren, de bewezen effectieve interventies zijn: de aanwezigheid van een geriater op de SEH, een snelle geriatriche beoordeling en een multidisciplinaire beoordeling van de oudere patiënt op de SEH.¹³

Om de spoedzorg voor ouderen bereikbaar, beschikbaar en van voldoende kwaliteit te houden is zorg op maat noodzakelijk en proactieve afstemming met de oudere over behandelwensen en –grenzen en meer afstemming met andere professionals in de (spoed)zorgketen.

De specialist ouderengeneeskunde kan hieraan bijdragen door: kennis te hebben wat bij een verwezen kwetsbare oudere op een SEH gebeurt, wat de mogelijke risico's van een SEH-bezoek, eventuele operatie en ziekenhuisopname voor deze oudere zijn, en zich centraal de vraag te stellen 'wat een verwijzing naar de SEH voor de cliënt op dat moment toevoegt'. Bij voorkeur heeft de eigen behandelaar voldoende helder aangegeven in het behandelplan van de cliënt wat te doen bij een acute gebeurtenis, en met name wanneer een verwijzing naar de SEH zinvol kan zijn. Bijvoorbeeld om wel/niet te bevestigen dat sprake is van een fractuur zodat daarmee zowel de (palliatieve) behandeling als ook de prognose verduidelijkt wordt. Vervolgens is het verstandig om naar de klinisch geriater in het ziekenhuis te verwijzen, juist bij verdenking op een (heup)fractuur, zodat de generalistische visie en persoonsgerichte zorg geborgd zijn.

Met de toenemende consultatievraag in de eerste lijn voor de specialisten ouderengeneeskunde is het wel goed zich te realiseren dat een snelle toegang tot medisch specialistische zorg in een ziekenhuis (bijv. poliklinische beoordeling) heel wenselijk kan zijn om tijdig te ondersteunen in het diagnosticeren en prioriteren van de problematiek om (verdere) functionele en/of cognitieve achteruitgang bij een oudere patiënt te voorkomen.

Auteur

- Dr. Yvonne Schoon, geriater, afdeling Geriatrie, Radboudumc, Nijmegen; afdelingshoofd, afdeling spoedeisende hulp, Radboudumc, Nijmegen

Literatuur

1. Jansen T, Smits M, Verheij R. Zorg op de huisartsenpost: jaarcijfers 2016 en trendcijfers 2013-2016. Utrecht: NIVEL; 2017.
2. Marktscan Acute Zorg. Den Haag: Nederlandse Zorgautoriteit; 2017.
3. Stam C, Blatter B. Letsels 2017, Kerncijfers LIS. Amsterdam: VeiligheidNL; 2018.
4. Bloemhoff A, van den Berg K, Berben S. Trends in de vraag naar acute zorg in Acute Zorgregio Oost in de periode 2014-2017. Nijmegen: Acute Zorgregio Oost; 2018.
5. Tabellenboek 2017. Zwolle: Ambulancezorg Nederland; 2018.
6. Berben SAA, Bloemhoff A, Habets KCF, Liefers J, Hensens CJM, van Grunsven PM, Schoon Y, van den Berg HAM. Monitor Acute Zorgketen: ouderen hebben intensief en lang ketencontact, een retrospectieve cohort studie. Ned Tijdschr Geneeskd. 2019 Jul 29;163.
7. Sir Ö, Hesselink G, Van Den Bogaert M, Akkermans RP, Schoon Y. Risk factors for prolonged length of stay of older patients in an academic emergency department: a retrospective cohort study. Emerg Med Int. 2019;49:37827.
8. Kwaliteitskader Spoedzorgketen. www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/spoedzorg.
9. Hesselink G, Demirbas M, Rikkert MO, Schoon Y. Geriatric education programs for emergency department professionals: a systematic review. J Am Geriatric Soc. 2019;67(11):2402-9.
10. Ringer T, Dougherty M, McQuown C, et al. White paper?geriatric emergency medicine education: current state, challenges, and recommendations to enhance the emergency care of older adults. AEM Educ Train. 2018;2:S5? S16.
11. Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, et al. Optimal older adult emergency care: introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. J Am Geriatr Soc. 2014;62:1360?3.
12. Seuren LM, Stommel W, van Asselt D, Sir Ö, Stommel M, Schoon Y. Multidisciplinary meetings at the emergency department: a conversation-analytic study of decision-making. Soc Sci Med. 2019;242:112589.
13. Hesselink G, Sir Ö, Schoon Y. Effectiveness of interventions to alleviate emergency department crowding by older adults: a systematic review. BMC Emerg Med. 2019;19(1):69.

Van de redactie



Ingeborg Jansen



Anita Wandel

Redactie

Ook in COVID-19-tijden is er iets wat ongewijzigd doorgaat, en dat is acute zorg. Deze thema-uitgave focust zich dan ook op Acute ouderenzorg. In deze editie vertellen **STAR(t)class-docenten** hoe aios ouderengeneeskunde en ook specialisten ouderengeneeskunde goed voorbereid kunnen worden op acute situaties. Specialist ouderengeneeskunde Nancy Lenaerts neemt ons mee in de **huidige organisatie van de 24-uurs medische spoedzorg in de verpleeghuissector**.

Daarnaast hebben we bijdragen over diagnostische testen in het verpleeghuis waarbij vragen worden onderzocht als: levert **POCT-CRP testing** bij een verdenking op een lage luchtweginfectie meer gerechtvaardigd antibioticagebruik op? En kun je met een simpele bedside test zoals de **patellar pubic percussion test (PPPT)** heupfracturen diagnosticeren? Ook hebben we bijdragen over besluitvormingsprocessen in acute situaties. Zo worden handvatten geboden voor het **beslissen over doorbehandelen na een ernstige beroerte**, en worden we meegenomen in het concept van veerkracht wat kan helpen het herstelvermogen van ouderen te voorspellen na een (acuut) event.

Vanuit het verpleeghuis gaan we naar de spoedeisende hulp (SEH). Wat gebeurt er met onze ouderen op een SEH? Hoe is het eigenlijk gesteld met de **kennis over ouderenzorg op de SEH**? En hoe draagt het **APOP-screeningsprogramma op de SEH** bij aan het herkennen van - en acteren op - kwetsbaarheid bij ouderen die daar gezien worden? Ook krijgen we een

(wetenschappelijk) kijkje achter de schermen bij [De WijkKliniek](#), waar ziekenhuisbehandeling voor oudere patiënten wordt gegeven in een VVT-instelling.

Zoals altijd hebben we ook in een themanummer ruimte voor enkele niet-themagerelateerde bijdragen zoals een Hora-est waarin het proefschrift '[Nothing is wrong with me](#)' van specialist ouderengeneeskunde Ineke Gerridzen wordt besproken.

En last but not least, toch een [COVID-19-artikel](#): de eerste bevindingen betreffende COVID-19 onder verpleeghuismedewerkers met verkoudheidsklachten, maar zonder koorts.

Blijf gezond en wij wensen u veel leesplezier!

Uw redactioneel hier? Dat kan!

Wij zijn op zoek naar een [hoofdredacteur](#) en [redactieleden](#).

Meer informatie: redactie@verenso.nl

Estafette ... Heleen Driever



Nienke Fleuren

In de Estafette interviewen we enthousiaste specialisten ouderengeneeskunde en aios. Dit is de zesde editie, dit keer met Heleen Driever. Zij kreeg het estafettestokje overgedragen van Marijanne van der Schalk.

Heleen is aios bij Gerion en loopt haar laatste stage bij Warande in Zeist. Eind 2020 hoopt ze de opleiding af te ronden.

1. Hoe kwam je voor het eerst in aanraking met de ouderengeneeskunde?

Eerst dacht ik dat ik kinderarts wilde worden, maar dat viel tegen. Na anderhalf jaar dacht ik: dan ik word huisarts. Ter voorbereiding zocht ik een baan in een verpleeghuis. Zo ben ik in 2014 bij Amstelring gaan werken als anios. Dat was zo leuk dat ik bij de ouderengeneeskunde ben gebleven. Ik heb nog wel een dag meegelopen met een huisarts, maar toen dacht ik: "never nooit dat ik dit ga doen"!

Waarom ik het zo leuk vind? Vooral vanwege de tijd en aandacht die je voor je patiënt kunt hebben. En je kijkt naar de hele mens, zowel naar alle gebieden in het lichaam als het mentale en sociale vlak. Dat brede spreekt me heel erg aan.

2. Wat vind je zo mooi aan ons vak?

In de ouderengeneeskunde heb je de tijd en ruimte om iemand echt te leren kennen. Het is mooi om samen met de patiënt en de familie te kijken naar haalbare doelen. Daarmee sluit je aan bij het concept 'positieve gezondheid', iets wat me heel erg aanspreekt. Want onze patiënten hebben allemaal beperkingen, maar ondanks die beperkingen kun je toch een goede kwaliteit van leven bereiken. En bovendien is het echt teamwork. Ik hou ervan om met verzorging en verpleging en alle paramedici samen iets op te bouwen.

3. Hoe zie je de toekomst van de ouderengeneeskunde?

Tijdens de opleiding deed ik een keuzestage bij Verenso. Toen heb ik een oriënterend onderzoek gedaan naar hoe specialisten ouderengeneeskunde de toekomst van het vak zien. Sindsdien ben ik er zelf ook over gaan nadenken. In de toekomst zie ik een intensieve samenwerking met de eerste lijn. De ouderengeneeskunde moet zich volgens mij los van het verpleeghuis ontwikkelen. Er zijn niet genoeg specialisten ouderengeneeskunde voor het groeiend aantal ouderen, dat is het probleem. Het is leuk om al die huisartsgeneeskundige dingen wél te doen, maar dan kun je niet iedereen behandelen. We moeten onze kennis en expertise gebruiken voor kwetsbare ouderen die onze brede blik nodig hebben. Anders vallen er ouderen buiten de boot, dat zou ik jammer vinden.

4. Als je geen geneeskunde had gestudeerd, wat dan wel?

Ik denk dat ik geschiedenis had gestudeerd. Of een taal, bijvoorbeeld Spaans of Chinees. Of een combinatie van geschiedenis met een taal. Dan was ik na mijn studie gaan lesgeven op een middelbare school, aan een klas vol pubers. Ik hou wel van de frisse blik van jongeren. Het geeft me energie om mensen iets te leren.

5. Hoe kijk je zelf aan tegen het ouder worden?

Dat voelt als nog heel ver weg! Ik hoop vooral dat mijn hoofd het nog lang blijft doen. Ik wil nog lang genieten van mijn gezin, familie, vrienden, een boek, muziek. En daarin wil ik ook wat kunnen bijdragen aan het contact. Als ik dementie zou krijgen, hoop ik dat ik rustig en vriendelijk blijf, maar ik kan me er nog niet zo heel veel bij voorstellen.

Ik geef het stokje door aan ...

Margo Wielinga, de vaste groepsdocent van mijn eerstejaars aios-groepje, omdat zij een goede, enthousiaste en open-minded specialist ouderengeneeskunde is en bovendien erg aardig.

Woord Bestuur

Een sprong in het diepe



Lotje Oosterbaan

“Trek je het nog een beetje, Mark?”. Met een biertje in de hand en een vermoeide blik zit de minister-president bij een strandtent voor zich uit te staren. Ik betrap hem op zijn eerste grijze haren. “Het begint toch wel vermoeiend te worden, Lot”, hij slaakt een zucht. Ik wens hem succes en ren richting zee. Met kleren en al neem ik een duik, voel het koude water en zonder adem te hoeven halen bereik ik de diepe bodem van de zee. In de verte hoor ik vaag: “Lotjeehh..”.

Als ik mijn ogen open doe hangt mijn vriend met mijn dochter boven mijn hoofd te bungelen. “Ze heeft weer honger”. Ik schrik wakker, het is 03:50 en ik heb haar niet gehoord. Haar zusje schreeuwt vanuit de hoek van de kamer dat ook zij broodnodig gevoed moet worden. Sinds kort heb ik twee kleine meisjes om voor te zorgen. Zestien maart 2020, de dag dat Mark Rutte ons uitlegde waarom de intelligente lockdown inging, beviel ik van een tweeling.

Bovenop het feit dat ik net moeder ben geworden, heb ik ook nog eens het mooiste artsenvak dat er is. Ik was 24 toen ik als basisarts per ongeluk in het verpleeghuis belandde en ik ben er

nooit meer weggegaan. Aangetrokken door de volle breedte van de geneeskunst, de creativiteit die er dagelijks van ons gevraagd wordt en de eerlijkheid en communicatievaardigheden die het “niet-altijd-alles-zeker-weten” met zich meebrengt. Maar vooral ook de diversiteit aan interesses, vaardigheden en persoonlijkheden die onze vakgroepen herbergen. Wat ons bindt? Dat we allemaal streven naar de beste kwaliteit van leven, en van zorg, voor onze patiënten.

Onze beroepsgroep sluit naadloos aan bij mijn voorliefde voor diverse pluimage, met hier en daar een échte paradijsvogel; een perfecte groep mensen om ook buiten kantooruren mee over de ouderenzorg door te bomen. Daaruit werd de ‘jonge-klaren-borrel’ geboren, maar ook denktanks en etentjes na onze congressen. Naast het initiëren van dit soort activiteiten, krijg ik ook energie van het schrijven over ons vak en het overbrengen van mijn enthousiasme op onze jonge (en hopelijk toekomstige) collega's als ambassadeur van de ouderengeneeskunde.

Sinds deze winter heb ik de eer om ‘bestuurder kwaliteit’ van onze beroepsvereniging te mogen zijn. Deze vacature sprak mij aan door de breedte van de opdracht en de nog nader in te vullen uitvoering van deze functie. Dat maakt het soms ook wel extra spannend, want wat wordt er eigenlijk bedoeld met kwaliteit? Welke activiteit valt nu wel, of juist niet, onder ‘kwaliteitsbeleid’? Kwaliteit van de zorg voor onze patiënten, van ons werk, van ons eigen persoonlijk functioneren? En kan het niet altijd beter?

In de huidige crisis wordt het al helemaal duidelijk dat kwaliteit een moeilijk begrip is. Streven wij niet altijd naar kwaliteit van leven? En is dit niet iets waarop bijvoorbeeld is ingeboet tijdens het sluiten van de verpleeghuizen? Of spelen er soms ook andere factoren die de uiteindelijke kwaliteit bepalen? Deze en talloze vragen gaan de komende tijd ongetwijfeld gesteld worden. En juist nú blijkt onze vereniging gelukkig een gevestigd platform waarvandaan wij onze expertise onder de aandacht kunnen brengen, inspraak kunnen borgen en maatschappelijke verantwoordelijkheid kunnen nemen. Nu zo duidelijk blijkt dat wij een belangrijk integraal onderdeel van het zorgstelsel zijn, is een gezamenlijk geluid nog nooit zo belangrijk geweest. En dat maakt mij nog meer trots om mij volop in te mogen zetten voor ons vak als één van de nieuwe bestuurders.

Want iets heeft kwaliteit als het goed is. Als het voldoet aan de gestelde normen, maar ook aan onze idealen. Die normen, die bepalen wij met elkaar. En die idealen, die hebben wij! Het mooie aan kwaliteit vind ik dat het bepaald wordt door de expertise en input van ons allemaal. En ik neem daarin graag een voorbeeld aan onze eigen lands-bestuurder, over wie ik blijkbaar graag droom, met zijn huidige oproep tot gezamenlijke verantwoordelijkheid. Om hem te citeren uit zijn speech die hij hield op die – voor mij de meest bijzondere dag uit mijn leven - 16e maart; “We moeten het met z’n allen doen.”

Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO)

Onderzoeken en handvatten voor in de ouderenzorgpraktijk

Eveline Korving, Marcella Tam, Hanneke Smaling

De vertaling van onderzoeksresultaten naar de praktijk is een mooie uitdaging. De academische netwerken in de ouderenzorg zoals het Universitair Netwerk voor de Care sector (UNC-ZH) hebben het voordeel wetenschap en praktijk dicht bij elkaar te hebben. Een academisch ziekenhuis slaat in dit netwerk de handen ineen met verpleeghuizen om onderzoek te stimuleren en te begeleiden en naar de praktijk te brengen. Samen kennis maken, delen én toepassen.

In dit artikel van het UNC-ZH brengen we twee onderzoeken met eindproducten voor het voetlicht, het 'Oog voor naasten' en 'Namaste Familieprogramma'. Deze producten zijn ook interessant voor de specialist ouderengeneeskunde. Het project Oog voor Naasten richt zich op de naasten vóór en na het overlijden van een dierbare. De Namaste-studie onderzocht de effecten van een zorgprogramma voor mensen met ernstige dementie om nader contact te maken. Twee onderzoekers van deze projecten vertellen hieronder meer over deze onderzoeksprojecten.

Oog hebben voor naasten, essentieel voor goede palliatieve zorg

Interview met Marcella Tam, projectleider bij het Oog voor Naasten-project, coördinator palliatieve zorg, UNC-ZH

Waar richt dit project zich op?

Zowel in het kwaliteitskader Palliatieve zorg als door de WHO wordt aandacht voor en steun aan naasten benoemd als onderdeel van goede palliatieve zorg. In het Oog voor Naasten-project onderzochten we hoe het staat met de zorg voor naasten vóór en na het overlijden van een dierbare en wat minimaal nodig is om goede zorg aan hen te leveren. Het onderzoek vond plaats in vijf verpleeghuizen en drie ziekenhuizen in Zuid-Holland. Uit een eerste inventarisatie bleek dat zorgverleners over het algemeen wel aandacht en steun willen geven, maar dat zij dat niet altijd structureel doen en vaak niet goed weten hoe dit precies te doen.

Uit onderzoek onder experts, zorgverleners en naasten kwam een duidelijk beeld naar voren wat minimaal aan voorzorg en nazorg geboden moet worden om te kunnen spreken van goede zorg. Deze informatie is verwerkt tot de Oog voor Naasten-methodiek, die is getest in de deelnemende ziekenhuizen en verpleeghuizen. De methodiek helpt zorgverleners en zorgteams stap voor stap in het geven van voor- én nazorg. Zo is er een informatiefolder voor naasten zelf die zorgverleners aan hen kunnen geven. Deze folder helpt naasten in het beter zorgen voor zichzelf, in het gesprek met de zorgverlener en in het krijgen van de nodige informatie en ondersteuning. Daarnaast is er een handleiding voor zorgverleners over hoe je goede zorg aan naasten kan geven.

Tips voor goede zorg uit het project Oog voor Naasten

Goede voorzorg

- Vraag regelmatig: “Hoe gaat het met u?” en “Wat kan ik voor ú doen?”
- Geef informatie:
 - Wat is de verwachting rondom het beloop van de ziekte en de medische behandelingen? Hebben naasten hier nog vragen over?
 - Hoe is zorg in jouw instelling georganiseerd? Welke faciliteiten zijn er voor naasten?
 - Wat wordt er van naasten verwacht? Vraag ook wat naasten van jou verwachten.
- Vertel wat er voor de patiënt/bewoner gedaan wordt, zodat het zichtbaar is voor naasten.

Goede nazorg

- Laat de meest betrokken zorgverlener binnen twee weken na overlijden (telefonisch) contact opnemen.
- Bied een (telefonisch) nagesprek vijf tot zes weken na overlijden.
- Geef informatie over het rouwproces. Bespreek mogelijkheden voor aanvullende (professionele) ondersteuning. De naastenfolder uit de methodiek geeft hier informatie over.

Wat kunnen specialisten ouderengeneeskunde hiermee?

Uit de evaluatie van de Oog voor Naasten-methodiek werd duidelijk dat de methodiek zorgverleners daadwerkelijk helpt om contact met naasten te maken, en hen meer kennis en vaardigheden verschaft om voor- en nazorg te geven. Deze zorg is teamwerk, waar specialisten ouderengeneeskunde in verpleeghuizen bijvoorbeeld een stimulerende en ondersteunende rol in kunnen spelen.

Op de werkvloer is de aanwezigheid van Oog voor Naasten-ambassadeurs daarbij onmisbaar.

Zij scholen en begeleiden zorgverleners in het geven van voor- en nazorg. Er moeten goede onderlinge afspraken gemaakt worden, zodat de naasten van alle patiënten de aandacht en steun krijgen waar behoefte aan is. En door als teamgenoten elkaar te steunen in het omgaan met moeilijke en zelfs verdrietige momenten met naasten, zijn zorgverleners beter in staat deze zorg te geven.

Als je als specialist ouderengeneeskunde al in het begin spreekt over de ziekte en de prognose (bijvoorbeeld bij dementie) en de wensen rondom het levenseinde, en daarbij naasten betreft en hoort, is dat al een belangrijke stap. Veel zorgverleners vinden het lastig om met naasten over het aanstaande overlijden van hun geliefde te praten, met name als dit moment van overlijden naar verwachting nog enkele maanden kan duren. Toch is dit voor naasten van belang.

In een vervolgproject willen wij de Oog voor Naasten-methodiek uitbreiden met producten waardoor zorgverleners nog beter in staat zijn om om te gaan met de behoeften van naasten, ook als er sprake is van cultuurverschillen, beperkte gezondheidsvaardigheden of een taalbarrière. Deze uitgebreide methodiek wordt vervolgens ook aangepast aan de manier van werken van zorgverleners van patiënten met een levensverkortende ziekte die thuis verblijven, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen en thuiszorg. Oog voor Naasten is vrij eenvoudig in de praktijk toe te passen. Het vergt enige basiskennis die het programma zelf ook beschikbaar stelt. Iemand die deze zorg ter harte neemt is al snel een goede ambassadeur die collega's kan ondersteunen.



Deze methodiek is te vinden op www.unc-zh.nl in de online Bibliotheek Palliatieve zorg.

Persoonsgerichte palliatieve zorg voor mensen

met gevorderde dementie, het Namaste Familieprogramma

Interview met Hanneke Smaling, senior onderzoeker UNC-ZH

Waar richt dit project zich op?

Mensen met gevorderde dementie kunnen vaak moeilijk zelf activiteiten initiëren en meedoen aan reguliere activiteitenprogramma's en lopen daardoor het risico geïsoleerd te raken. Dit heeft een negatieve impact op hun kwaliteit van leven. Het ontbreken van betekenisvolle activiteiten is één van de belangrijkste factoren die bijdraagt aan onbegrepen gedrag bij deze doelgroep. Er is behoefte aan psychosociale interventies voor mensen met gevorderde dementie. Interventies die de zorg kan inzetten tot het einde van het leven om bij hun cliënten de kwaliteit van leven te verhogen en onbegrepen gedrag te verminderen.

De review van Volicer uit 2019² beschrijft vier programma's die hieraan voldoen. Eén daarvan is het dagelijkse Namaste Familieprogramma, deze is ontwikkeld door de Amerikaanse Joyce Simard. Het programma gaat uit van een persoonsgerichte en palliatievezorgbenadering voor het vergroten van de kwaliteit van leven. Het aanbieden van activiteiten die passen bij de voorkeuren van de persoon met dementie zijn een manier om betekenisvol contact te maken.

Het Namaste Familieprogramma is niet alleen voor medewerkers: familie en vrijwilligers worden actief betrokken bij de uitvoering van het programma. Het biedt hen handvatten om (weer) betekenisvol contact te maken met hun naaste. In de Namaste-studie hebben wij het programma vertaald en aangepast aan de Nederlandse situatie. In 19 verpleeghuizen onderzochten wij de effecten van het programma op de kwaliteit van leven van de mensen met dementie en op positieve zorgervaringen van de familie.¹ Deze [video](#) geeft u een goed beeld van het Namaste Familieprogramma.

Korte samenvatting Namaste Familieprogramma

Het Namaste Familieprogramma

- Gericht op kwaliteit van leven en comfort
- Contact staat centraal
- Persoonsgerichte en palliatievezorgbenadering
- In een huiselijke ruimte, samen met andere bewoners
- Eenvoudige middelen
- Geen extra personeel, maar andere manier van werken
- Met familie en vrijwilligers

Wat kunnen specialisten ouderengeneeskunde hiermee?

Goede persoonsgerichte, palliatieve zorg voor mensen met gevorderde dementie is onmisbaar. Het Namaste Familieprogramma biedt handvatten om hiermee aan de slag te gaan. Als specialist ouderengeneeskunde kunt u hierin een stimulerende rol spelen. In onze studie vonden we minder tekenen van ongemak en minder intercurrente aandoeningen in de Namaste groep.

Andere studies hebben aangetoond dat het programma kan zorgen voor minder onbegrepen gedrag en een afname in medicatiegebruik.³ Bij een eenmalige follow-upmeting vonden we minder pijn in de Namaste-groep buiten het programma vergeleken met de controlegroep. Buiten de positieve effecten op de bewoner, bleek uit interviews met medewerkers, vrijwilligers en familie dat zij het programma ook als waardevol ervoeren.⁴



Aan de slag met het Namaste Familieprogramma? De Namaste toolkit vindt u op www.unc-zh.nl in de online Bibliotheek Kwaliteit van leven bij dementie.

Dit is namens de Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO) een bijdrage van het UNC-ZH, een samenwerkingsverband van het LUMC en 12 ouderenzorgorganisaties. De academische netwerken ouderenzorg vormen een belangrijke brug tussen wetenschappelijk onderzoek en de zorgpraktijk: onderzoekers werken samen met professionals uit de ouderenzorg aan (zorg)innovaties en nieuwe kennis. Andere academische netwerken ouderenzorg zijn die van Groningen (UNO-UMCG), Amsterdam (UNO-VUmc), Nijmegen (UKON), Maastricht (AWO-ZL) en Tilburg (Tranzo).

Auteurs

- Eveline Korving – Coördinator Kennis & Communicatie UNC-ZH
- Marcella Tam – Coördinator Palliatieve zorg bij dementie UNC-ZH, lid onderzoeksteam Oog voor Naasten
- Hanneke Smaling – Senior onderzoeker UNC-ZH, lid onderzoeksteam Namaste Familieprogramma

Literatuur

Referenties Oog voor Naasten

1. Nielsen, et al., Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement, *Clinical Psychology Review* 44 (2016) 75–93.

Referenties Namaste Familieprogramma

1. Smaling, H. J., Joling, K. J., Van de Ven, P. M., Bosmans, J. E., Simard, J., Volicer, L., ... & van der Steen, J. T. (2018). Effects of the Namaste Care Family programme on quality of life of nursing home residents with advanced dementia and on family caregiving experiences: study protocol of a cluster-randomised controlled trial. *BMJ open*, 8(10), e025411.
2. Smaling, H., Joling, K., Doncker, S., Achterberg, W., & van der Steen, J. (2019). Perceived Impact of the Namaste Care Family Program on People with Advanced Dementia, Nursing Staff, and Family Caregivers: A Qualitative Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(3), B31.
3. Bray, J., Brooker, D. J., & Garabedian, C. (2019). What is the evidence for the activities of Namaste Care? A rapid assessment review. *Dementia*, 1471301219878299.
4. Volicer, L. (2019, June). Review of programs for persons facing death with dementia. In *Healthcare* (Vol. 7, No. 2, p. 62). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.