

Cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD: een overzicht

F.A.H.M. Cleutjens^a, D.J.A. Janssen^a, C. Gijsen^a, J.B. Dijkstra^b, R.W.H.M. Ponds^b, E.F.M. Wouters^{a,c}

Cognitive impairment in patients with COPD: a review

COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) is a respiratory disease characterized by progressive and largely irreversible airway limitation and extrapulmonary problems. The prevalence of COPD increases with age. Mental health problems, including cognitive capacity limitations, occur frequently. Patients with COPD may have problems with cognitive functioning, either globally or in single cognitive domains, such as information processing, attention and concentration, memory, executive functioning and self-regulation. Possible causes are hypoxemia, hypercapnia, exacerbations and decreased physical activity. Cognitive problems in these patients may be related to structural brain abnormalities, such as gray matter pathologic changes and the loss of white matter integrity. Because of the negative impact on health and daily life, it is important to assess cognitive functioning in patients with COPD in order to optimize patient-oriented treatment and to reduce personal discomfort, hospital admissions and mortality.

Keywords: brain, cognition, elderly, lung, self-management
Tijdschr Gerontol Geriatr 2014; 45: 1-9

Samenvatting

COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) is een chronische aandoening van de luchtwegen, gekenmerkt door progressieve en deels irreversibele luchtwegvernauwing. COPD komt frequent voor bij ouderen en kan gepaard gaan met extrapulmonale aandoeningen.

Psychologische problemen, waaronder cognitieve beperkingen komen regelmatig voor. Er kan zowel sprake zijn van een globale cognitieve achteruitgang als beperkingen in afzonderlijke cognitieve domeinen zoals informatieverwerking, aandacht en concentratie, geheugen, executief functioneren en zelfsturing. Mogelijke oorzaken zijn

^a Program Development Centre, CIRO+, expertisecentrum voor chronisch orgaanfalen, Hornerheide 1, 6085 NM, Horn, The Netherlands

^b Afdeling Medische Psychologie, Maastricht UMC+/School for Mental Health and Neurosciences (MHeNS), Maastricht, The Netherlands

^c Afdeling longziekten, Maastricht UMC+, Maastricht, The Netherlands

Correspondentie: F.A.H.M. Cleutjens, Program Development Centre, CIRO+, expertisecentrum voor chronisch orgaanfalen, Hornerheide 1, 6085 NM, Horn, The Netherlands, Email: fionacleutjens@ciro-horn.nl

hypoxemie (zuurstoftekort in het bloed), hypercapnie (te hoog koolzuurgehalte van het bloed), exacerbaties (verergering van klachten en symptomen) en een verminderde lichaamsactiviteit. De cognitieve beperkingen die worden aangetroffen bij deze patiënten zijn mogelijk gerelateerd aan structurele afwijkingen in de hersenen, zoals pathologische veranderingen in de grijze stof en het verlies van integriteit van de witte stof. Vanwege de negatieve gevolgen voor de gezondheid en dagelijkse activiteiten van de patiënt met COPD, is het belangrijk om alert te zijn op cognitieve beperkingen. Door rekening te houden met cognitieve beperkingen, kan de behandeling en begeleiding beter afgestemd worden op de individuele mogelijkheden en behoeften van de patiënt en kunnen persoonlijke hinder, ziekenhuisopnames en sterfte worden gereduceerd.

Trefwoorden: cognitief functioneren, chronisch orgaanfalen, ouderen

Inleiding

Chronisch obstructieve longziekten (*chronic obstructive pulmonary disease*; COPD) omvatten chronische bronchitis en emfyseem en zijn een chronische aandoening van de luchtwegen, gekenmerkt door progressieve en deels irreversibele afwijkingen in de bronchiën, bronchioli en het longparenchym.¹ De meest voorkomende oorzaak van COPD is de blootstelling aan sigarettenrook en andere schadelijke stoffen, deeltjes of gassen. COPD is de vierde doodsoorzaak wereldwijd.² Een onderzoek onder volwassenen in de omgeving van Maastricht toonde aan dat de prevalentie van COPD ongeveer 24% is en stijgt met leeftijd en aantal pakjaren van roken.³ De meest gerapporteerde klachten zijn kortademigheid bij inspanning en, bij verdere progressie van COPD, ook kortademigheid in rust, een verminderde inspanningstolerantie, vermoeidheid, chronische hoest, opgeven van sputum en afgenomen levenskwaliteit. De zogeheten GOLD-indeling (*Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease*) onderscheidt vier verschillende stadia van luchtwegvernauwing (licht, matig, ernstig en zeer ernstig).¹ In Nederland lijdt bijna 20% van de patiënten met gediagnosticeerd COPD aan ernstig tot zeer ernstig COPD.⁴ Vroeger werd COPD uitsluitend gezien als een longziekte. Tegenwoordig is duidelijk dat COPD een systeemziekte is. Zo kan bij patiënten met COPD gewichtsverlies, afname van de spiermassa en afgenomen kracht en uithoudingsvermogen

worden aangetroffen. Tevens kunnen extrapulmonale aandoeningen optreden zoals osteoporose, hartfalen, angst, depressie en cognitieve beperkingen.¹ Uit een recent overzichtsartikel blijkt dat er een specifiek patroon van cognitieve beperkingen bestaat bij patiënten met COPD.⁵ Dit suggereert dat COPD gepaard gaat met specifieke afwijkingen in de hersenstructuur. Deze cognitieve beperkingen hebben een nadelige invloed op functionele, sociale, emotionele, affectieve en communicatieve vaardigheden. Tegenwoordig wordt COPD in toenemende mate gezien als een aandoening met zowel lichamelijke gevolgen alsmede gevolgen voor de hersenen en daarmee het psychisch en cognitief functioneren. Toch wordt er in de behandeling en in wetenschappelijk onderzoek nog steeds weinig rekening gehouden met de cognitieve veranderingen die kunnen optreden bij COPD.

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de bestaande kennis over cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD. Achtereenvolgens zullen cognitief functioneren in het algemeen en bij patiënten met COPD, mogelijke oorzaken en gevolgen van cognitieve beperkingen en de klinische consequenties van cognitieve beperkingen bij COPD worden beschreven.

Cognitief functioneren

Cognitief functioneren omvat alle processen die betrokken zijn bij de opname en verwerking van informatie, waarmee ons gedrag aangepast kan worden aan veranderende omstandigheden. Cognitief functioneren kan worden onderverdeeld in verscheidene domeinen, zoals informatieverwerking, aandacht en concentratie, geheugen, executief functioneren en zelfsturing. Elk domein omvat verschillende specifieke functies (Tabel 1) die gezien kunnen worden als basisvermogens die de inhoud en hoeveelheid aan intellectuele begaafdheid, kennis en vaardigheid van een persoon beïnvloeden.⁶ Door deze cognitieve functies kunnen we bijvoorbeeld lezen, een telefoonnummer onthouden, een gezicht herkennen, autorijden en beslissingen nemen. De executieve functies kunnen worden gezien als de 'hogere' cognitieve functies die betrokken zijn bij de regulatie en het onder controle houden van 'lagere' cognitieve functies, zoals complexe cognitieve activiteiten, doelgericht en toekomst georiënteerd gedrag. Hierbij kan gedacht worden aan plannen en problemen oplossen.⁷ Zelfsturing omvat bewuste pogingen van een individu gericht op gedragsverandering, zoals het onderdrukken van impulsen en het weerstaan van verleidingen. Via zelfcontrole wordt getracht gedachten, reacties

Tabel 1 Cognitieve domeinen en specifieke functies	
Cognitief domein	Functies
Informatieverwerking	Auditieve verwerking en andere zintuiglijke verwerking (sensorische informatieverwerking), organisatorische vaardigheden, verwerkingscapaciteit, verwerkingsnelheid van informatie
Aandacht en concentratie	Selectieve aandacht, verdeelde aandacht, wisselende aandacht, volgehouden aandacht
Geheugen	Consolidatie, codering, episodisch geheugen, herkennen, herinneren, opslag, oriëntatie, prospectief geheugen
Executief functioneren	Doelgericht gedrag plannen en reguleren, flexibel gebruik maken van informatie, planning, probleemoplossend vermogen, responsinhibitie, time-management
Zelfsturing	Metacognitie, zelfbewustzijn, zelfevaluatie, zelf-initiatie, zelfcontrole

en gedragingen af te stemmen op gewenst doelgedrag.⁸ Voor het onderzoek van het cognitief functioneren is een breed scala van neuropsychologische tests beschikbaar.⁹ Tot op heden ontbreekt een universeel geaccepteerde definitie van cognitieve beperkingen die kan worden toegepast bij patiënten met COPD. In dit artikel zal deze term worden gehanteerd wanneer er sprake is van significant verminderde testresultaten op gestandaardiseerde neuropsychologische tests vergeleken met een controlegroep of referentiepopulatie.

COPD: COgnitive-Pulmonary Disease?

In 1992 hebben Grant et al. middels neuropsychologisch onderzoek laten zien dat 42% van de patiënten met COPD, matig tot ernstige cognitieve beperkingen hadden vergeleken met 14% bij controlepersonen zonder COPD. De verminderde testresultaten werden met name gevonden op executieve functie tests.¹⁰ De incidentie van cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD varieert in verschillende studies van 12% tot 88%.¹¹ Cognitieve beperkingen lijken bij patiënten met ernstig tot zeer ernstig COPD geassocieerd met de ernst van de luchtwegvernauwing,¹² terwijl andere studies geen relatie tussen FEV₁ (Forced Expiratory Volume in één seconde) en cognitief functioneren laten zien.⁵ Een andere studie toonde aan dat COPD-patiënten met een exacerbatie, slechtere scores hadden op cognitieve maten dan stabiele patiënten met COPD, onafhankelijk van de aanwezigheid van hypoxemie, vasculaire risicofactoren, het aantal pakjaren en zelfs de ernst van COPD (één pakjaar wordt berekend als het aantal sigaretten per dag vermenigvuldigd met aantal jaren roker, gedeeld door 20).¹³ Incalzi et al. lieten zien dat de gemiddelde prestaties op cognitieve testen van patiënten met COPD vergelijkbaar waren met de prestaties van

patiënten met vasculaire dementie. Er werden wel verschillen op cognitieve domeinen met betrekking tot verbaal vermogen, verbaal geheugen en visuele aandacht waargenomen.¹⁴ Helaas wordt in dit artikel niet vermeld in welk stadium van vasculaire dementie de proefpersonen zich bevonden. Cognitieve problemen kunnen voorkomen in verschillende cognitieve domeinen.⁵ Echter, de huidige literatuur geeft geen eenduidig beeld van het patroon van cognitieve beperkingen bij COPD. Discrepancies in de huidige literatuur kunnen verklaard worden door verschillende methodologische beperkingen van eerdere studies, zoals een onbekend of zelf geschat premorbide cognitief functioneren,¹³ een te beperkt neuropsychologisch onderzoek,¹⁵ de diagnose COPD gesteld door middel van zelfrapportage,¹⁶ gebruik van controlegroepen die niet gematcht zijn op opleidingsniveau en overige confounders,⁹ of uitsluitend inclusie van COPD-patiënten zonder comorbiditeiten waardoor de bevindingen niet generaliseerbaar zijn.¹⁷ Mogelijke oorzaken en (klinische) consequenties van cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD zullen nader worden uitgewerkt (Figuur 1).

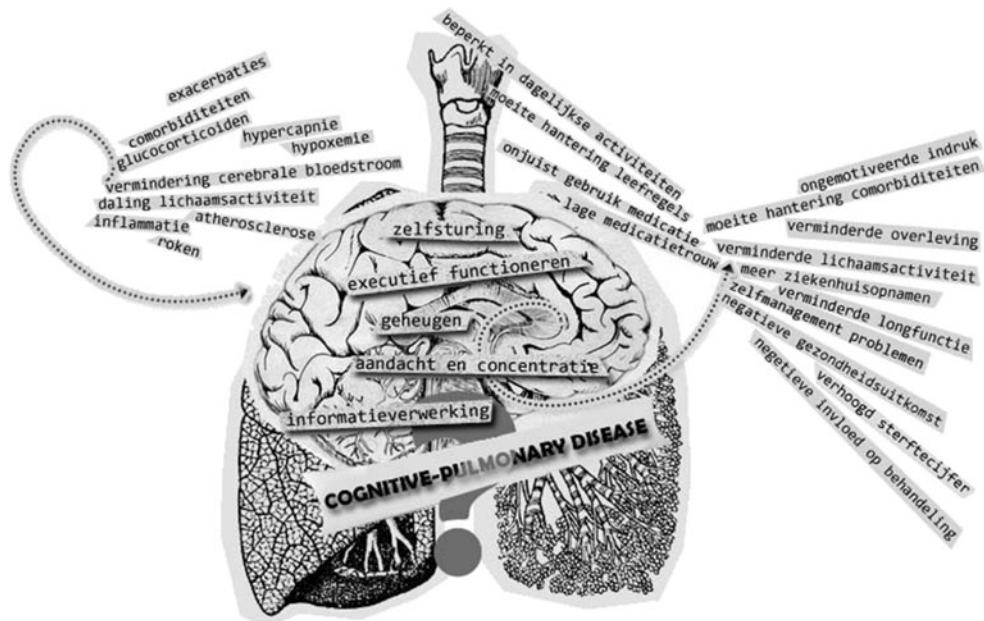
Oorzaken cognitieve beperkingen

De laatste jaren worden in de literatuur verschillende mogelijke oorzaken voor de cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD beschreven waaronder hersenschade, verminderde lichamelijke activiteit en exacerbaties.

Hersenschade en mogelijke oorzaken

Atrofie

Verondersteld wordt dat de cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD gerelateerd



Figuur 1 *Cognitive-Pulmonary Disease?* Patiënten met COPD en cognitieve beperkingen; mogelijke oorzaken en (klinische) consequenties

zijn aan structurele afwijkingen in de hersenen. Uit een recente studie, waarbij gebruik gemaakt werd van *voxel-based morphometry* (VBM), bleek dat stabiele COPD-patiënten in tegenstelling tot gezonde controles van vergelijkbare leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, een verminderde dichtheid van de grijze stof hadden in de limbische en paralimbische hersengebieden. Dit was gecorreleerd met een afname van het arteriële zuurstofgehalte, toename van de ziekteduur en slechtere prestaties op visuele taken.¹⁸ Ryu et al. hebben aangetoond dat patiënten met ernstig COPD verlies van integriteit van witte stof (verminderde fractionele anisotropie) en een hogere trace waarde (index voor watertransport door de celmembranen) in grijze en witte stof vertonen, in tegenstelling tot leeftijd- en geslacht gematchte controlepersonen. Tevens werd een verminderde fractionele anisotropie gevonden in de prefrontale kwabben van patiënten met matige COPD.¹⁹ Het verlies van integriteit van witte stof was geassocieerd met de ernst van COPD en suggereert een correlatie met verminderde prefrontale cognitieve functies, zoals doelgericht gedrag en planning, in patiënten met ernstig COPD.¹⁸ Met behulp van een *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT)-scan bij COPD-patiënten zonder hypoxemie werd een verminderde perfusie in de linker frontale gebieden van de hersenen waargenomen terwijl bij COPD-patiënten met hypoxemie een verminderde perfusie in zowel de frontale als pariëtale gebieden werd gevonden. Hoewel de causaliteit niet werd onderzocht, was de

vermindering van hersenperfusie gecorreleerd met beperkingen in cognitieve domeinen met betrekking tot verbaal geheugen, uitgesteld geheugen en aandacht.²⁰ De afwijkingen in hersenregio's bij patiënten met COPD worden ook gevonden bij chronisch hypoxische ziekten zoals het obstructieve slaapapneusyndroom (een slaapstoornis waarbij tijdens de slaap perioden van ademstilstand of ernstig verzwakte ademhaling voorkomen) en het congenitale centrale hypoventilatiesyndroom (een afwijking in de respons op koolstofdioxide- en zuurstofinhalatie). Mogelijke oorzaken van structurele afwijkingen in de hersenen bij COPD zijn sigarettenrook, inflammatie, hypoxemie, atherosclerose, hypercapnie en nachtelijke desaturatie (zuurstoftekort in het bloed) (*vide infra*).

Sigarettenrook

De belangrijkste oorzaak van COPD is roken. In het algemeen zijn er aanwijzingen dat sigarettenrook de integriteit van de witte stof van de hersenen aantast en atherosclerose en cerebrale hypoxemie bevordert.²¹ De microstructurele integriteit van de witte stof kan worden aangetast door het stimulerend effect van nicotine op nicotinerceptoren en kan leiden tot cerebrale ziekte van de kleine vaten.¹⁹ Bijgevolg kan het cognitief functioneren worden belemmerd. Cognitieve beperkingen die geassocieerd zijn met roken worden onder andere gevonden in verwerkingssnelheid en verbaal geheugen. Er zijn studies die een verband hebben aangetoond tussen longfunctie

en cognitief functioneren zowel afhankelijk als onafhankelijk van rookstatus.⁵

Inflammatie

Naast sigarettenrook kan ook inflammatie (ontsteking) de integriteit van de witte stof aantasten.¹³ Er worden verschillende vormen van inflammatie onderscheiden. Chronische cerebrale inflammatie wordt gekarakteriseerd door een toename van het serumclusterine. Systemische inflammatie wordt gekenmerkt door een verhoogd TNF-receptor type-1-gehalte (TNF=tumor necrosis factor). Bij patiënten met COPD zijn de effecten van acute, chronische en systemische inflammatie geassocieerd met cognitieve beperkingen.^{5,13,22,23}

Hypoxemie, hypoxie en nachtelijke desaturaties

Hypoxemie (zuurstoftekort in het bloed), hypoxie (deprivatie van zuurstofvoorziening aan een bepaald orgaan) en nachtelijke desaturaties kunnen aanleiding geven tot cognitieve beperkingen. Deze processen kunnen leiden tot de vorming van vrije radicalen, de vorming van zuurstofafhankelijke enzymen en ontstekings-gemedieerde neurotoxische effecten met als gevolg neuronale schade in de hersenen.¹⁹ Bij patiënten met COPD kan dit resulteren in een gebrekkige zuurstofvoorziening van de hersenen waardoor er cognitieve beperkingen kunnen zijn in aandacht, abstract redeneren, geheugen, taalvermogen en verwerkingsnelheid.²⁰ Hoewel een aantal studies een zwakke tot geen correlatie hebben gevonden tussen cognitief functioneren en hypoxemie, zijn er ook studies die laten zien dat patiënten met COPD en hypoxemie meer cognitieve beperkingen vertonen dan COPD-patiënten zonder hypoxemie.^{10,12} Het obstructieve slaapapneusyndroom, gekenmerkt door cyclische hypoxemie en slaapfragmentatie, kan leiden tot cognitieve beperkingen zoals vermindering in aandacht en waakzaamheid, fonologische problemen, executieve functietekorten en problemen met het langetermijngeheugen.²⁴ Ook bij patiënten met hartfalen zijn cognitieve beperkingen in aandacht, geheugen, executieve functies en psychomotorische snelheid vaak voorkomend. Hierbij wordt verondersteld dat de structurele afwijkingen in de hersencortex en witte stof het gevolg zijn van cerebrale hypoperfusie en/of micro-embolieën met als gevolg hypoxie.²⁵ Recent werd ook vastgesteld dat overlevenden van het acute *respiratory distress syndrome* frequent cognitieve beperkingen ervaren en dat de belangrijkste risicofactor daarvoor de mate van hypoxemie was.²⁶ Reeds 30 jaar geleden is aangetoond dat zuurstofsuppletie bij COPD-

patiënten met hypoxemie een gunstig effect kan hebben op het cognitief functioneren.^{15,27}

Atherosclerose

Een ziekteproces waarbij zowel een chronische inflammatie van de vaatwand als hypoxemie optreedt is atherosclerose. Een gedeelte van de hersenvasculatuur kan door atherosclerose partieel dan wel volledig verstopt raken, met als gevolg dat de hersencellen achter deze vaatjes onvoldoende worden voorzien van zuurstof, minder goed kunnen functioneren dan wel afsterven, waardoor geheugenbeperkingen kunnen ontstaan. Bij patiënten met een cardiovasculaire aandoening is de dikte van de halsslagader, een maat voor atherosclerose, geassocieerd met verminderde resultaten op cognitieve taken met betrekking tot aandacht, executieve functies en psychomotorische vaardigheden.²⁸ COPD kan een faciliterende rol spelen bij het atherosclerotisch proces van de bloedvaten in het gehele lichaam via onder andere oxidatieve stress, hypoxemie, hypoxie en systemische inflammatie.²⁹

Hypercapnie

Over de relatie tussen hypercapnie (verhoogd gehalte aan koolstofdioxide in het bloed) en cognitieve beperkingen is weinig bekend bij patiënten met COPD. Hoewel een correlatie tussen een verhoogde arteriële kooldioxidespanning (PaCO₂) en verminderd cognitief functioneren in onder andere aandacht en geheugen is aangetoond,³⁰ wordt niet altijd een correlatie gevonden tussen cognitief functioneren en hypercapnie.³¹

Verminderde lichamelijke activiteit

Leeftijds- en ziektegerelateerde daling van lichamelijke activiteit is geassocieerd met cognitief functioneren.³² Lichamelijke activiteit heeft een positief effect op het cognitief functioneren bij patiënten met COPD door het beïnvloeden van mediërende factoren zoals angst, depressie, voeding en slaapkwaliteit.³³ Een verbetering in cognitief functioneren na lichamelijke activiteit werd gemeten met behulp van een cognitieve test die de verbale vloeiendheid (*fluency*) detecteert.³⁴ Mogelijk is er bij COPD sprake van een vicieuze cirkel van deconditionering waarbij cognitieve beperkingen leiden tot een daling van lichamelijke activiteit omdat de patiënten moeite hebben met het initiëren van activiteiten of het belang van bewegen niet inzien. Dit kan mogelijk leiden tot meer cognitieve beperkingen.

Exacerbaties

Tijdens exacerbaties nemen hypoxemie en systemische inflammatie toe, waardoor cognitieve beperkingen verklaard kunnen worden. Dodd et al. toonden aan dat COPD-patiënten met een exacerbatie, vergeleken met leeftijdsgematchte controles, slechtere cognitieve prestaties leveren op tests die het episodisch geheugen, executieve functies, visuo-spatiele functies, werkgeheugen en verwerkingsnelheid meten. Ook scoren ze slechter dan stabiele COPD-patiënten met uitzondering van cognitieve tests die episodisch geheugen en executief functioneren meten. Tevens scoorden COPD-patiënten met een exacerbatie lager wat betreft cognitief functioneren vergeleken met normwaarden van een gezonde vergelijkingsgroep. De gemiddelde scores van stabiele patiënten met COPD lagen binnen de normale range vergeleken met de gezonde vergelijkingsgroep.¹³ Een studie laat zien dat het cognitief functioneren niet was verbeterd drie maanden na de exacerbatie, terwijl andere studies aantonen dat de cognitieve vaardigheden zich na zes maanden herstelden.^{13,35,36}

Discrepanties en onduidelijkheden

Hoewel er aanwijzingen zijn gevonden voor bovenstaande factoren als oorzaken voor de cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD blijven er onduidelijkheden en discrepanties en kunnen deze factoren niet alle cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD verklaren.⁵ Tot op heden is het nog onbekend welke andere factoren een rol spelen. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat cerebrovasculaire aandoeningen een deel van de variantie in cognitieve beperkingen in COPD-patiënten met een exacerbatie verklaren.¹³ Het obstructieve slaapapneusyndroom kan een comorbide aandoening bij COPD zijn. Ook depressie kan een comorbide aandoening zijn. Slaapapneu en depressie zijn beide gerelateerd aan cognitieve beperkingen, waardoor het mogelijk is dat deze comorbiditeiten ook een gedeelte van de variantie in cognitieve beperkingen bij COPD verklaren.^{37,38} De oorzaak van cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD is waarschijnlijk multifactorieel.

De consequenties van cognitieve beperkingen bij COPD

De mate waarin iemand problemen ondervindt in het dagelijks leven ten gevolge van cognitieve beperkingen, is onder andere afhankelijk van

welke functies er zijn aangedaan. In theorie beïnvloedt de werking van de 'hogere' cognitieve functies de werking van de 'lagere' cognitieve functies. Er kunnen drie consequenties van cognitieve beperkingen bij COPD worden onderscheiden. Ten eerste bestaat er de directe hinder voor de patiënt, zoals geheugenproblemen en problemen met aandacht en concentratie.⁵ Ten tweede kunnen cognitieve beperkingen het vermogen tot zelfmanagement negatief beïnvloeden. Bijgevolg kan een goed zelfmanagement in het gedrang komen. Ten derde is het cognitief functioneren van invloed op de duur en frequentie van ziekenhuisopnames en sterfte.³⁹

Zelfmanagement van COPD heeft betrekking op het monitoren van en het adequaat reageren op klachten en symptomen, behandeling, fysieke- en psychosociale gevolgen van de ziekte, en veranderingen in leefstijl die gepaard gaan met de chronische aandoening. De patiënt wordt actief bij zelfmanagement betrokken door te leren beter met de ziekte en de gevolgen ervan om te gaan, op cognitief, emotioneel en gedragsmatig niveau.⁴⁰ Aan een patiënt met COPD wordt geadviseerd te stoppen met roken, medicatie te gebruiken volgens voorschrift en een actieve levensstijl te onderhouden. Om deze leefregels na te streven is het van belang dat de patiënt de meerwaarde hiervan inziet, voldoende informatie heeft, een weloverwogen beslissing hierin kan nemen en vervolgens tot handelen kan overgaan.⁴¹ Door deze benadering neemt de gezondheidsstatus toe en daalt de frequentie en de duur van ziekenhuisopnames.⁴⁰

Tevens worden cognitieve beperkingen gerelateerd aan meer beperkingen in dagelijkse activiteiten.⁴² In een meer recente studie waren patiënten met COPD en lage prestaties op cognitieve testen veelal afhankelijk bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Bij COPD-patiënten met milde cognitieve beperkingen was er sprake van een grote variabiliteit in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten.⁴³ Het activiteitpatroon van patiënten met COPD ligt veelal lager dan de patiënt lichamelijk gezien aan zou kunnen.⁴⁴ Een mogelijke verklaring is dat deze patiënten met COPD cognitieve beperkingen hebben waardoor ze moeilijk activiteiten kunnen initiëren en/of het belang van activiteiten zoals beweging niet inzien. Executieve functietekorten bij patiënten met COPD leiden in de praktijk tevens tot onjuist gebruik van (inhalatie)medicatie, moeilijkheden in het omgaan met comorbiditeiten en moeite met het hanteren van leefregels. Daarnaast kunnen patiënten

met executieve functietekorten ongemotiveerd overkomen omdat ze zich niet aan de opgelegde leefregels houden, terwijl ze misschien niet over de mogelijkheden beschikken om tot een goed zelfmanagement te komen.⁴⁵ Wanneer hiermee geen rekening wordt gehouden, kunnen cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD een eventuele behandeling negatief beïnvloeden. Andere studies vonden een verband tussen een verminderd verbaal geheugen en een verminderde medicatietrouw. Slechte naleving van medicatie verhoogt het risico op een acute exacerbatie, welke vervolgens resulteert in een slechtere gezondheidsuitkomst.¹³

Ziekenhuisopnames en sterfte

Een prospectieve studie toonde over een periode van drie jaar aan dat het samengaan van COPD en cognitieve beperkingen een additief effect heeft op luchtweggerelateerde ziekenhuisopnames en sterfte.³⁹ De oorzaak hiervan is niet duidelijk. Een mogelijke verklaring is dat cognitieve beperkingen mogelijk meer voorkomen bij patiënten met ernstige COPD, hypoxemie, inflammatie of comorbide aandoeningen. Een andere verklaring is dat patiënten met cognitieve beperkingen door onvoldoende zelfmanagement vaker worden opgenomen in het ziekenhuis dan patiënten met COPD zonder cognitieve beperkingen. Ook de opnameduur in ziekenhuizen is gecorreleerd met cognitieve functies, zoals verwerkingssnelheid, onmiddellijke visuele herkenning en verbale vloeiendheid (*fluency*).¹³ Het cognitief functioneren is omgekeerd gerelateerd aan het sterftecijfer van patiënten met COPD.⁴⁶ Een retrospectieve studie toonde een relatie aan tussen het cognitief functioneren van patiënten met COPD en de overleving na drie jaar. Patiënten die na drie jaar nog in leven waren hadden bij de start van het onderzoek een betere prestatie op cognitieve testen van visueel-motorische vaardigheden en verwerkingssnelheid. Ondanks deze samenhang tussen cognitief functioneren en driejaarsoverleving bij COPD maakt cognitief functioneren geen deel uit van de huidige prognostische indexen, zoals de BODE-index.⁴⁷

Klinische consequenties van cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD en conclusies

Cognitieve beperkingen die voorkomen bij patiënten met COPD kunnen beperkend zijn voor de gezondheid en het dagelijks functioneren.

Nader onderzoek naar de mate van cognitieve beperkingen, het ontstaan en de gevolgen hiervan, is van belang om de klinische zorg, behandeling en begeleiding van patiënten met COPD te optimaliseren, symptomen zo lang mogelijk uit te stellen, exacerbaties en ziekenhuisopnames te reduceren, overleving te optimaliseren en de kwaliteit van leven te behouden. Onderzoek naar de veranderingen in hersenmorfologie en klinische- en demografische karakteristieken van patiënten met COPD en cognitieve beperkingen geeft mogelijk meer inzicht in de risicofactoren en oorzaken van functiebeperkingen in specifieke cognitieve domeinen, waardoor er rekening kan worden gehouden met de bijbehorende beperkingen in het dagelijks leven. Dit kan onder andere door aanpassing van de omgeving aan de persoonlijke behoeften van de patiënt. Ook kan educatie over gezondheidbevorderende activiteiten en therapietrouw worden verschaft en kan de patiënt leren om zelf beslissingen te nemen. Om de motivatie van de patiënt te behouden is het belangrijk dat het zelfvertrouwen van de patiënt wordt bevorderd en een faciliterende sociale omgeving wordt opgezet of onderhouden. Het monitoren van de emotionele toestand van de patiënt en een goede communicatie met zorgverleners, partners en naasten is hierbij van belang. Inzet van dit gehele systeem, sociale steun, kennis over de ziekte en zorg, coping en zelfmanagementvaardigheden bij patiënten met COPD en cognitieve beperkingen kunnen een bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg en begeleiding van deze patiënten. Zelfmanagement kan worden gericht op de individuele behoeften en problemen in de dagelijkse praktijk, kennis over de longaandoening en lichamelijke activiteit. Om te onderzoeken of er sprake is van een specifiek patroon van cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD is het belangrijk dat prospectieve gegevens aangaande geobjectiveerde cognitieve beperkingen worden verzameld bij deze populatie. Het premorbide cognitief functioneren, kan vervolgens vergeleken worden met het cognitief functioneren in de tijd. Daarnaast dienen deze gegevens vergeleken te worden met een vergelijkingsgroep, vergelijkbaar qua beroep, geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Prospectieve studies maken het mogelijk om naar de causaliteit te kijken tussen

cognitie en COPD. Het hoofddoel blijft dat toekomstige studies zich richten op interventies

met als doel het cognitief functioneren van patiënten met COPD te optimaliseren.

Literatuur

- Vestbo J, Hurd SS, Agusti AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. [Review]. 2013 Feb 15;187(4):347–65.
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2095–128.
- Vanfleteren LE, Franssen FM, Wesseling G, Wouters EF. The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Maastricht, the Netherlands. *Respir Med*. 2012 Jun;106(6):871–4.
- Hoogendoorn M, Feenstra TL, Schermer TR, Hesselink AE, Rutten-van Molken MP. Severity distribution of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Dutch general practice. *Respiratory medicine*. [Research Support, Non-U.S. Gov't], 2006; 100(1):83–6.
- Dodd JW, Getov SV, Jones PW. Cognitive function in COPD. *Eur Respir J*. 2010 Apr;35(4):913–22.
- Baltes PB, Lindenberger U, Staudinger UM. Life-span theory in developmental psychology. In: Lerner RM, editor. *Handbook of child psychology*. 6th ed. New York, NY: Wiley; 2006. p. 569–664.
- Cummings JL, Miller BL. Conceptual and clinical aspects of the frontal lobes. The human frontal lobes: Functions and disorders. New York, NY, US: Guilford Press; 2007.
- Hofmann W, Schmeichel BJ, Baddeley AD. Executive functions and self-regulation. *Trends Cogn Sci*. 2012 Mar;16(3):174–80.
- Lezak M. *Neuropsychological assessment*. 4 ed. New York: Oxford University Press; 2004.
- Grant I, Heaton RK, McSweeney AJ, Adams KM, Timms RM. Neuropsychologic findings in hypoxemic chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*. 1982 Aug;142(8):1470–6.
- Hynninen KM, Breivite MH, Wiborg AB, Pallesen S, Nordhus IH. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review. *Journal of psychosomatic research*. [Review]. 2005 Dec;59(6):429–43.
- Stuss DT, Peterkin I, Guzman DA, Guzman C, Troyer AK. Chronic obstructive pulmonary disease: effects of hypoxia on neurological and neuropsychological measures. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1997 Aug;19(4):515–24.
- Dodd JW, Charlton RA, van den Broek MD, Jones PW. Cognitive Dysfunction in Patients Hospitalized with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Chest*, 2013.
- Incalzi RA, Gemma A, Marra C, Muzzolon R, Capparella O, Carbonin P. Chronic obstructive pulmonary disease. An original model of cognitive decline. The American review of respiratory disease. 1993 Aug;148(2):418–24.
- Thakur N, Blanc PD, Julian LJ, Yelin EH, Katz PP, Sidney S, et al. COPD and cognitive impairment: the role of hypoxemia and oxygen therapy. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2010;5:263–9.
- Hung WW, Wisnivesky JP, Siu AL, Ross JS. Cognitive decline among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009 Jul 15;180(2):134–7.
- Janssen DJ, Spruit MA, Uszko-Lencer NH, Schols JM, Wouters EF. Symptoms, comorbidities, and health care in advanced chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure. *J Palliat Med*. 2011 Jun;14(6):735–43.
- Zhang H, Wang X, Lin J, Sun Y, Huang Y, Yang T, et al. Grey and white matter abnormalities in chronic obstructive pulmonary disease: a case-control study. *BMJ Open*. 2012;2(2):e000844.
- Ryu CW, Jahng GH, Choi CW, Rhee HY, Kim MJ, Kim SM, et al. Microstructural change of the brain in chronic obstructive pulmonary disease: a voxel-based investigation by MRI. *Copd*. 2013 Jun;10(3):357–66.
- Ortapamuk H, Naldoken S. Brain perfusion abnormalities in chronic obstructive pulmonary disease: comparison with cognitive impairment. *Ann Nucl Med*. 2006 Feb;20(2):99–106.
- Schneiderman G, Goldstick TK. Carbon monoxide-induced arterial wall hypoxia and atherosclerosis. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.], 1978; 30(1):1–15.
- Borson S, Scanlan J, Friedman S, Zuhr E, Fields J, Aylward E, et al. Modeling the impact of COPD on the brain. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2008;3(3):429–34.
- Li J, Huang Y, Fei GH. The Evaluation of Cognitive Impairment and Relevant Factors in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiration*. 2012.
- Lal C, Strange C, Bachman D. Neurocognitive impairment in obstructive sleep apnea. *Chest*. [Review]. 2012 Jun;141(6):1601–10.
- Dardiotis E, Giamouzis G, Mastrogiannis D, Vogiatzi C, Skoularigis J, Triposkiadis F, et al. Cognitive impairment in heart failure. *Cardiol Res Pract*. 2012;2012:595821.
- Lin GM, Chen YJ, Li YH, Jaiteh LE, Han CL. The effect of hypoxia-hypercapnia on neuropsychological function in adult respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. [Comment Letter]. 2012 Dec 15;186(12):1307; author reply p -8.
- Heaton RK, Grant I, McSweeney AJ, Adams KM, Petty TL. Psychologic effects of continuous and

- nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of internal medicine*. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 1983 Oct;143(10):1941-7.
28. Haley AP, Forman DE, Poppas A, Hoth KF, Gunstad J, Jefferson AL, et al. Carotid artery intima-media thickness and cognition in cardiovascular disease. *Int J Cardiol*. 2007 Oct 1;121(2):148-54.
29. Agusti A. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease: what we know and what we don't know (but should). *Proceedings of the American Thoracic Society*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2007 Oct 1;4(7):522-5.
30. Parekh PI, Blumenthal JA, Babyak MA, LaCaille R, Rowe S, Dancel L, et al. Gas exchange and exercise capacity affect neurocognitive performance in patients with lung disease. *Psychosom Med*. 2005 May-Jun;67(3):425-32.
31. Grant I, Prigatano GP, Heaton RK, McSweeney AJ, Wright EC, Adams KM. Progressive neuropsychologic impairment and hypoxemia. Relationship in chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of general psychiatry*. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 1987 Nov;44(11):999-1006.
32. Foglio K, Carone M, Pagani M, Bianchi L, Jones PW, Ambrosino N. Physiological and symptom determinants of exercise performance in patients with chronic airway obstruction. *Respir Med*. 2000 Mar;94(3):256-63.
33. Spirduso W, Poon L, Chodzko-Zajko W. Exercise and its mediating effects on cognition. Champaign, IL US: Human Kinetics; 2008.
34. Emery CF, Schein RL, Hauck ER, MacIntyre NR. Psychological and cognitive outcomes of a randomized trial of exercise among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychol*. 1998 May;17(3):232-40.
35. Ambrosino N, Bruletti G, Scala V, Porta R, Vitacca M. Cognitive and perceived health status in patient with chronic obstructive pulmonary disease surviving acute on chronic respiratory failure: a controlled study. *Intensive Care Med*. 2002 Feb;28(2):170-7.
36. Kirkil G, Tug T, Ozel E, Bulut S, Tekatas A, Muz MH. The evaluation of cognitive functions with P300 test for chronic obstructive pulmonary disease patients in attack and stable period. *Clin Neurol Neurosurg*. 2007 Sep;109(7):553-60.
37. Potter GG, Steffens DC. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *Neurologist*. 2007 May;13(3):105-17.
38. Walker MP. Sleep-dependent memory processing. *Harv Rev Psychiatry*. 2008;16(5):287-98.
39. Chang SS, Chen S, McAvay GJ, Tinetti ME. Effect of coexisting chronic obstructive pulmonary disease and cognitive impairment on health outcomes in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Oct;60(10):1839-46.
40. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PD, van der Palen J, van Herwaarden CL, Partidge MR, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(4):CD002990.
41. Bourbeau J. Making pulmonary rehabilitation a success in COPD. *Swiss Med Wkly*. 2010;140:w13067.
42. Incalzi RA, Corsonello A, Pedone C, Corica F, Carbonin P, Bernabei R. Construct validity of activities of daily living scale: a clue to distinguish the disabling effects of COPD and congestive heart failure. *Chest*. 2005 Mar;127(3):830-8.
43. Incalzi RA, Chiappini F, Fuso L, Torrice MP, Gemma A, Pistelli R. Predicting cognitive decline in patients with hypoxaemic COPD. *Respir Med*. 1998 Mar;92(3):527-33.
44. Bourbeau J. Activities of life: the COPD patient. *COPD*. 2009 Jun;6(3):192-200.
45. Schillerstrom JE, Horton MS, Royall DR. The impact of medical illness on executive function. *Psychosomatics*. 2005 Nov-Dec;46(6):508-16.
46. Fix AJ, Daughton D, Kass I, Bell CW, Golden CJ. Cognitive functioning and survival among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Neurosci* 1985;27:13-7.
47. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2004 Mar 4;350(10):1005-12.

Gegrepen door de ouderengeneeskunde, maar niet tijdens de studie geneeskunde! *Keuze voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde*

A. A. Meiboom^a, H. de Vries^b, B. A. M. Hesselink^c, C. M. P. M. Hertogh^d, F. Scheele^e

Drawn towards a career in elderly care medicine, but not till after medical school. *Elderly care medicine as a career choice*

In order to develop strategies for raising the interest of medical students in a career in elderly care medicine (a specialty in The Netherlands) we should start by gaining more insight into the process influencing career choices among medical students and graduates. In this qualitative study we conducted three focus group discussions with trainees in elderly care medicine and two focus group discussions with obstetrics and gynaecology trainees. We found that all trainees made their career choice after clinical exposure in the field. The elderly care medicine trainees did not make their choice until after graduation, working in temporary employment in a nursing home. The obstetrics and gynaecology trainees made their specialty choice during medical school after their clerkship. Almost all focus group participants had a very negative perception during medical school about geriatrics and elderly care medicine. Once they were employed in a nursing home they changed their minds. They came to realize the work was more interesting, more difficult, more intensive and more meaningful than they had initially thought.

Keywords: elderly care medicine, residents, medical students, career choice, perception geriatrics

Tijdschr Gerontol Geriatr 2014; 45: 10-18

^a Hoofd Sectie Studentenonderwijs Discipline Ouderengeneeskunde, Afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, VU Medisch Centrum te Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

^b Hoogleraar, Hoofd Sectie Studentenonderwijs, Afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, VU Medisch Centrum te Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

^c Universitair Docent Sectie Studentenonderwijs Ouderengeneeskunde, Afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, VU Medisch Centrum Te Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

^d Hoogleraar ouderengeneeskunde en ethiek van de zorg, Hoofd Ouderenonderzoek, Afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, VU Medisch Centrum te Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

^e Hoogleraar Obstetrie en Gynaecologie in Het Bijzonder Voor Onderwijs, VU Medisch Centrum te Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

Correspondentie: A. A. Meiboom, Hoofd Sectie Studentenonderwijs Discipline Ouderengeneeskunde, Afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, VU Medisch Centrum te Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands, Phone: +31-20-4449363; Email: aa.meiboom@vumc.nl

Samenvatting

Om strategieën te ontwikkelen om de instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde te vergroten hebben we meer inzicht nodig in het keuzeproses van medisch studenten en afgestudeerde artsen met betrekking tot ouderengeneeskunde. In dit kwalitatieve onderzoek zijn drie focusgroepdiscussies gehouden met arts-assistenten in opleiding tot specialist (AIOS) aan het begin van hun opleiding en, ter contrast, twee focusgroepdiscussies met AIOS en arts-assistenten niet in opleiding (ANIOS) van gynaecologie. Zowel de AIOS ouderengeneeskunde als de AIOS en ANIOS gynaecologie werden gegrepen door het vak na blootstelling aan het vakgebied, de meeste AIOS ouderengeneeskunde als zij, na hun studie, eenmaal werkzaam waren in het verpleeghuis, in een tijdelijke baan. De AIOS en ANIOS gynaecologie maakten hun keuze ten tijde van hun studie. Vrijwel alle focusgroepparticipanten hadden als geneeskundestudent een negatief beeld van het specialisme ouderengeneeskunde. Eenmaal werkzaam in het verpleeghuis werd het beeld bijgesteld. Ze vonden het veel leuker, moeilijker, intensiever en zinvoller dan gedacht.

Trefwoorden: opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, carrière keuze, geneeskundestudenten, beeld ouderengeneeskunde

Inleiding

Wereldwijd bestaat een steeds grotere vraag naar artsen gespecialiseerd in de medische zorg voor oudere patiënten, door een toename van het aantal ouderen. In Europa zal in 2025 meer dan 20 procent van de bevolking 65 jaar of ouder zijn.¹

Bij de medische zorg voor complexe oudere patiënten zijn diverse specialismen betrokken. In de meeste landen zijn dit geriaters of huisartsen met een aanvullende opleiding. In Vlaanderen en Nederland hebben we respectievelijk de specialist in de geriatrie en de klinisch geriatr of de internist-ouderengeneeskunde voor de complexe oudere patiënt in het ziekenhuis. Daarnaast is er in Nederland de specialist ouderengeneeskunde voor de complexe patiënten in het verpleeghuis. Zie Figuur 1.

Terwijl de vraag naar artsen gespecialiseerd in de medische zorg voor oudere patiënten toeneemt, blijft de instroom in de opleidingen daarbij achter. In de

Verenigde Staten bleef in academisch jaar 2008–2009 een derde deel van de opleidingsplaatsen in geriatrie onopgevuld.²

In Nederland is de laatste jaren het aantal beschikbare opleidingsplaatsen voor het specialisme ouderengeneeskunde niet volledig benut. Internationaal onderzoek naar de belangstelling voor een carrière in geriatrie onder medisch studenten laat zien dat deze belangstelling erg laag is.^{3–6} Het lijkt dus van belang het enthousiasme van geneeskundestudenten en afgestudeerde artsen voor een carrière in ouderengeneeskunde te vergroten.

Om gerichte maatregelen te kunnen nemen hebben we meer inzicht nodig in het keuzeproses van geneeskundestudenten en afgestudeerde artsen met betrekking tot ouderengeneeskunde.

Onderzoek naar carrièrekeuze in het algemeen onder medisch studenten laat zien dat carrière- en patiëntgerelateerde aspecten, evenals werktijden een rol spelen bij de specialisatiekeuze.^{7,8}

Retrospectief is in Groot-Brittannië gekeken naar de carrièrekeuze van geriaters. Van hen had slechts 4% als medisch student voor deze specialisatie gekozen. De belangrijkste reden om voor geriatrie te kiezen waren de klinische aspecten van het vak.⁹

Hiermee weten we nog weinig van het lange en ingewikkelde proces dat uiteindelijk geleid heeft tot een keuze voor geriatrie, of in Nederland voor het specialisme ouderengeneeskunde.

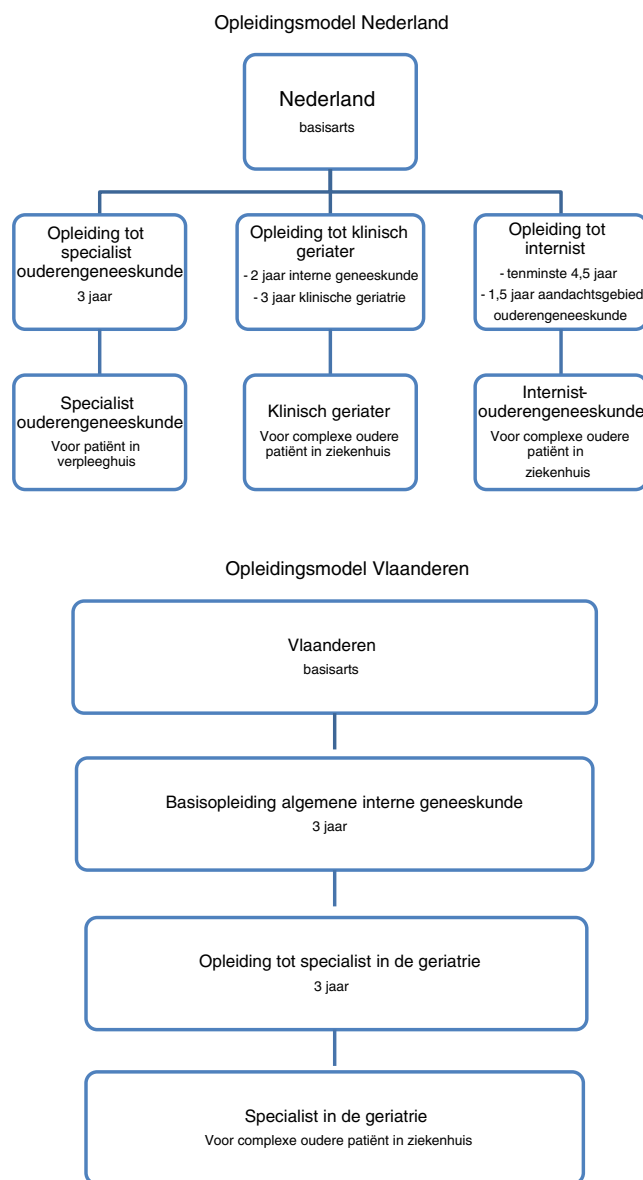
Daarom hebben wij een exploratief onderzoek gedaan naar het keuzeproses van recent ingestroomde arts-assistenten in opleiding ('AIOS') tot specialist ouderengeneeskunde met de volgende vraagstelling:

- Hoe en wanneer is de keuze voor ouderengeneeskunde tot stand gekomen?
- Welke factoren hebben daarbij een rol gespeeld?

Methode

Design

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek met behulp van focusgroepen omdat beroepskeuze een ingewikkeld proces is, waarbij verschillende overwegingen, motivaties, gevoelens en waarderingen een rol spelen. In het groepsgepraak bij focusgroepen kunnen gedeelde



Figuur 1 Opleidingsmodellen Nederland en Vlaanderen

ervaringen gevonden worden door met elkaar te praten over hun keuzeproces en elkaar daarover vragen te stellen.¹⁰

Participanten

Er is gebruik gemaakt van focusgroepen met artsen in opleiding tot specialist (AIOS) van het specialisme ouderengeneeskunde, aan het begin van hun opleiding. Omdat zij hun keuze gemaakt hebben en deze keuze nog dichtbij ligt kunnen ze het beste verwoorden wat hierbij een rol gespeeld heeft. Ook is gekozen voor AIOS gynaecologie aan het begin van hun opleiding of arts-assistenten niet in opleiding tot specialist (ANIOS) die binnenkort met de opleiding gaan starten, om te horen van belangstellenden van een heel

ander vakgebied hoe zij tot hun keuze gekomen zijn en welke visie zij op ouderengeneeskunde hadden.

Focusgroepen

Van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde VU medisch centrum (VUmc) zijn eerstejaars AIOS geselecteerd, die als student aan verschillende universiteiten hadden gestudeerd. Drie focusgroepen werden gevormd van acht tot tien AIOS.

Arts-assistenten gynaecologie zijn geselecteerd in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ), een opleidingsziekenhuis geaffilieerd met het VUmc. Twee focusgroepen werden gevormd, bestaande uit respectievelijk vier ANIOS en één AIOS met drie ANIOS.

De focusgroepen werden geleid door een moderator die geen specialist ouderengeneeskunde is en verder niet bij het onderzoek betrokken was. De moderator maakte gebruik van een script met enkele hoofdvragen en thema's. De moderator was niet als docent of groepsbegeleider betrokken bij de geïnterviewde AIOS of ANIOS.

De focusgroepen werden gehouden in het VUmc en het SLAZ.

Alle focusgroepen werden op audio tape opgenomen en volledig getranscribeerd. De dataverzameling vond plaats tussen 2009 en 2011.

Analyse

De analyse is gedaan volgens de methode van inductieve thematische analyse, waarbij de volgende stappen gevolgd zijn: vertrouwd raken met de data, open codering, zoeken naar thema's, herlezen van het transcript, bijstellen van de thema's, discussie over de thema's en uiteindelijk definiëring en benoeming van de thema's. Om de validiteit en betrouwbaarheid te vergroten hebben twee onderzoekers (AM en BH) onafhankelijk van elkaar de data gecodeerd en thema's gezocht en dat vervolgens met elkaar vergeleken. Over verschillen werd gediscussieerd tot er consensus was bereikt. Dit proces werd vervolgens bediscussieerd met een derde onderzoeker (HdV).

Resultaten

Analyse van de resultaten resulteerde in enkele thema's en subthema's. Hieronder staan ze schematisch weergegeven.

Thema's:

- exposure
- beeld
 - verpleeghuis
 - vakgebied
 - oudere patiënten
- hoe is het beeld ontstaan
 - ervaringen voor of buiten de studie
 - ervaringen tijdens de studie
- beeld bijgesteld
 - boeiend werk
 - zinvol werk
 - intensief werk
 - het verpleeghuis

Exposure

Klinische blootstelling aan het vakgebied is voor alle focusgroepeelnemers doorslaggevend geweest in hun specialisatiekeuze.

Van de AIOS ouderengeneeskunde zijn er een paar enthousiast geworden na een keuze co-assistentenschap (coschap) of oudste coschap verpleeghuisgeneeskunde. Maar het merendeel werd pas gegrepen door het vak toen ze eenmaal, na hun geneeskundestudie, werkzaam waren in het verpleeghuis. Een deel van hen kwam daar terecht door een bewuste stap, om tijdelijk in het verpleeghuis te werken, op weg naar een opleiding van een ander specialisme, zoals huisartsgeneeskunde. Eenmaal werkzaam in het verpleeghuis kwamen ze tot de ontdekking dat het erg leuk was en besloten ze in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde te gaan. Een ander deel kwam er hetzij tijdens de coschappen hetzij later, na een periode als ANIOS in het ziekenhuis, achter dat het ziekenhuis voor hen belangrijke nadelen met zich meebracht. Dan nog dachten ze niet aan het specialisme ouderengeneeskunde. Via één of meer tussenstappen als huisartsgeneeskunde, revalidatiegeneeskunde, jeugdgezondheidszorg, verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg en arts voor verstandelijk gehandicapten kwamen ze in het verpleeghuis terecht, min of meer toevallig of getipt door een ander. Dan werd ontdekt dat het veel leuker was dan gedacht.

AIOS specialisme ouderengeneeskunde ('SO') 1-B. 'Ik wist dat het vakgebied bestond. Ik was er een jaar tussenuit geweest in verband met zwangerschap en een verbouwing, toen dacht ik, ik zal even mijn cv up-to-date maken, en via BKV [een uitzendbureau] kwam ik twee maanden in het verpleeghuis terecht. En op dat moment ben ik wel eens gaan nadenken over een opleiding. Want toen bleek dat het een veel leuker vak was dan ik daarvoor ooit gedacht had'.

SO 3-J. 'Wat er al eerder gezegd is over het ziekenhuis, ja, toch de hoge werkdruk, het gericht zijn op de ziekte niet op de mens die de ziekte heeft, niet zozeer. Ja, toen merkte ik dat het minder bij me paste. En ik ben in eerste instantie toen in de geestelijke gezondheidszorg aan de slag gegaan. Toen in de verstandelijke gehandicaptenzorg gerold en ik merkte dat die gebieden, dat ik dat waanzinnig interessant vond, maar dat ik daar ook de somatiek wel wat in miste, en toen ben ik hier aan de slag gegaan'.

De AIOS en ANIOS gynaecologie zijn allemaal ten tijde van hun studie gegrepen voor dit vakgebied. Na cursorisch onderwijs werden zij

enthousiast en na het coschap gynaecologie wisten zij zeker gynaecoloog te willen worden.

AIOS/ANIOS Gynaecologie (Gyn) 2-A. 'Ook tijdens mijn coschap inderdaad [. . .]. En überhaupt tijdens de studie vond ik het eigenlijk ook wel interessant. Maar tijdens het coschap was ik echt heel enthousiast geworden [. . .], ik vond het zo leuk, helemaal mijn stage op de verloskamer[. . .].'

Beeld

Bijna alle focusgroepdeelnemers, zowel van ouderengeneeskunde als van gynaecologie, hadden ten tijde van hun studie geneeskunde een negatief beeld van het verpleeghuis of de ouderengeneeskunde. Over de oudere patiënt waren de meesten neutraal.

Verpleeghuis

Bij grootouders of patiënten zagen ze dat die er alles aan deden om niet in het verpleeghuis terecht te komen, waaruit het beeld ontstond dat het verpleeghuis iets vreselijks moest zijn.

SO 1-B. 'Ik heb in de thuiszorg gewerkt, en daar werd ook echt alles aan gedaan, als je maar niet naar die instelling hoeft.'

Een groot deel van de focusgroepdeelnemers had een kort bezoek aan het verpleeghuis gebracht, ofwel als familielid, ofwel als student. Het verpleeghuis was bij hen overgekomen als een deprimerend oord. Er werd gesproken van: "heel triest voor de bewoners", "alleen maar kommer en kwel".

SO 3-J. '[. . .] het was ook een heel oud gebouw, en de mensen slapen er met zes man op een zaal [. . .] werd ik niet heel erg enthousiast van'.

Gyn 1-2. 'Ik vond ook gewoon een beetje depressieve sfeer hangen, ik werd er gewoon echt ongelukkig'.

Vakgebied

Over het vakgebied bestonden vooral negatieve ideeën. Voor de AIOS ouderengeneeskunde gold dit ten tijde van hun studie en voor de AIOS en ANIOS gynaecologie ook nog ten tijde van de focusgroepdiscussie. Genoemd werd: het stelt niet veel voor, er gebeurt niet veel, alleen pappen en nathouden, niet ambitieus, voor als je nergens wordt aangenomen, geen geneeskunde, geen genezing voor patiënten, alleen sederen, veel Alzheimer, onderbezetting met artsen, het sociale staat er meer op de voorgrond dan het medische.

SO 1-A. '[. . .] omdat mijn idee echt was, ze doen daar echt helemaal niks, ja, het is pappen en nathouden'.

Gyn 1-C. 'Ja, mijn grootouders zaten in een verpleeghuis. Waar ik overigens ontzettend lieve verpleeghuisartsen had, maar [. . .]. Nou ja, goed, dan was mijn omaatje weer overvuld of weer ondervuld of dan zat ze weer te stoned voor woorden van al die pammetjes [benzodiazepinen] die de mensen krijgen. Nee, ik vind het echt, nee, ik vind het geen geneeskunde'.

Maar ook werd door twee focusgroepdeelnemers gynaecologie gezegd: "helemaal zo'n slecht vak nog niet" en "een heel belangrijk vak, maar niet voor mij". Zij wisten wel enkele positieve kenmerken van het vak te noemen, als: puzzelen, ethisch, als een huisarts, maar dan met meer ingewikkelde problematiek, specialist ouderengeneeskunde functioneert als coördinator, veel levensbeëindiging en pijnbestrijding, variatie. Maar, voor hen was het te beschouwend, te weinig actie, en een te internistische manier van denken die omschreven werd als "rustig uitzoeken, twee maanden wachten of het beter gaat".

Oudere patiënten

De meesten hadden niet specifiek iets met of tegen oudere patiënten. Zowel bij de focusgroepdeelnemers ouderengeneeskunde als gynaecologie waren er enkelen die juist een voorkeur hadden voor de oudere patiënt vanwege hun levenswijsheid en verhalen.

SO 1-A. '[. . .] ik heb altijd een fascinatie gehad voor levenswijsheid en ouderen, [. . .] en die fascinatie, dat heeft een rol gespeeld voor dit vak te kiezen.'

Bij sommige van hen was dat mede bepalend geweest voor hun keuze voor ouderengeneeskunde. Bij anderen had dat geen effect op hun beroepskeuze. Enkelen gaven aan dat ten tijde van de studie de dood afschrok of patiënten met de ziekte van Alzheimer eng waren.

SO 2-J. 'Kinderen hebben genoeg leven voor zich, dat heeft iets heroïsch, je hebt iets te redden of zo. Dat is bij ouderen een stuk minder en ik vond vroeger de dood ook eng en juist bij ouderen gaat het heel erg over vergankelijkheid en leven tot de dood, dat vond ik ook iets naars om mee bezig te zijn.'

Hoe is het beeld ontstaan

Ervaringen voor of buiten de studie

Enkele focusgroepdeelnemers hadden een familielid werkzaam als professional in het

verpleeghuis. Bij een van hen had dit een positief beeld van het verpleeghuis gegeven dat had meegespeeld bij de specialisatiekeuze. Bij de anderen had dit juist bijgedragen aan een negatief beeld.

Ook waren er focusgroepdeelnemers, zowel van ouderengeneeskunde als gynaecologie, die tijdens hun studie in de thuiszorg veel met ouderen hadden gewerkt. Dat had hen een positief beeld van de oudere patiënt gegeven. Bij sommige focusgroepdeelnemers ouderengeneeskunde heeft ook persoonlijk contact met oudere mensen die in het medische circuit terecht kwamen, bijgedragen aan hun interesse voor ouderengeneeskunde.

SO 3-H. *‘Ja, ik ben ook op zich al wel veel langer met het idee in mijn hoofd om verpleeghuisarts te worden, [. . .]. En dat komt ook wel doordat mijn moeder als nachthoofd in het verpleeghuis werkt [. . .] Dus dan heb je gewoon op een hele andere manier er wel ervaring mee[. . .] Voor mij was het verpleeghuis inderdaad niet per definitie een onheilsoord of zo[. . .]’*

SO 1-J. *‘Mijn oom was verpleeghuisarts en toen ik daar was, dacht ik nou, dat is niks voor mij, er is geen genezing, het is een beetje pappen en nat houden, iedereen is om vier uur al naar huis, er is geen ambitie.’*

Ervaringen tijdens de studie

De meeste focusgroepdeelnemers hadden geen of nauwelijks cursorisch onderwijs gehad in de ouderengeneeskunde. Voor hen had dat bijgedragen aan de negatieve beeldvorming. Een deel gaf aan dat het onderwijs dat zij wel gehad hadden te eenzijdig was, bijvoorbeeld alleen palliatieve zorg of ethiek. Ook werd genoemd dat in een van de curricula wel een cursus had gezeten over oudere patiënten, maar dat daarbij alleen onderwijs gegeven werd door een klinisch geriater en ze de specialist ouderengeneeskunde gemist hadden.

SO 2-J. *‘Maar ik vind, daar is ook negatieve beeldvorming tenminste op de universiteiten’.*

SO 2-E. *‘Omdat er geen aandacht aan besteed wordt, hè, het is maar, ja. . .’.*

Gyn 2-R. *‘Ik wist niet eens dat het een vakspecialisme was.’*

Degenen die wel onderwijs hadden gehad van een specialist ouderengeneeskunde noemden zowel positieve als negatieve voorbeelden. Een college waarbij studenten ingewikkelde casuïstiek moesten oplossen werd positief

gewaardeerd. Een college waarin het vak gepromoot werd, kwam negatief over. Ook werd onderwijs gegeven door specialisten ouderengeneeskunde die afgeknapt waren op het praktische werk. Bij een bezoek aan een verpleeghuis benoemde een specialist ouderengeneeskunde de praktische voordelen van het werk, zoals bijvoorbeeld de mogelijkheid om parttime te werken. Echter, focusgroepdeelnemers gaven aan dat je als student geïnteresseerd bent in de medische aspecten van het vak, waarbij een dergelijke boodschap negatief overkomt.

SO 3-F. *‘[. . .] Ik weet dat er één, dat ik gedurende mijn hele opleiding één keer een college heb gehad van een verpleeghuisarts en het enige dat ik daarvan weet is dat er een man in een witte jas voor de collegezaal stond die heftig stond te roepen dat verpleeghuizen toch zo geweldig waren, maar wat eerder heel erg wanhopig overkwam.’*

SO 2-D. *‘Maar er waren dus ook mensen die afgeknapt waren, dus dat levendige is er dan überhaupt een beetje af.’*

SO 1-H. *‘En het was hartstikke interessant [. . .] één ziekte was het, van één patiënt in het verpleeghuis met urineweginfectie, delirium en [onverstaanbaar]. Je moet met een klein groepje alles oplossen. En voor mij was het de [onverstaanbaar] mee om voor het vak te kiezen. Op de manier waarop hij zichzelf presenteert, maar ook dat bediscussieert!’.*

De focusgroepdeelnemers die hun verpleeghulpstage in het eerste jaar in een verpleeghuis hadden gelopen hadden daar een negatief beeld aan overgehouden.

SO 1-E. *‘Een zorgstage in het eerste jaar gehad, ja dan ben je 18 jaar, en dat kost je twee weken en wat je daarvan bijstaat, dan zit je op zo'n kamer met alleen maar CVA patiënten met afasie en die gingen altijd huilen als je met ze begon te praten en dat beeld stond je bij’.*

Geen van allen had een verplicht coschap ouderengeneeskunde gehad, waardoor ze onwetend waren over het vak, wat volgens hen bijdroeg aan de negatieve beeldvorming. Enkelen hadden een keuze coschap of oudste coschap verpleeghuisgeneeskunde en/of geriatrie gelopen. Dat heeft bijgedragen aan de keuze voor ouderengeneeskunde, maar, dat keuze coschap werd gelopen omdat er al belangstelling was voor ouderengeneeskunde. Eén heeft het juist als een stoffige stage ervaren waarmee de belangstelling afnam.

[moderator: “Hoe komt het dat het beeld van de ouderengeneeskunde negatief is?”]

SO 2-E. *'Ik denk grotendeels onwetendheid. Dat je tijdens je studie eigenlijk, ja, tijdens je studie zijn er twee weken over ouder worden en dat is alles wat je over de ouderengeneeskunde krijgt'.*

SO 2-A. *'Geen coschappen, niets'.*

Niet alleen door het onderwijs ouderengeneeskunde of het ontbreken daarvan werden onbedoeld negatieve beelden overgedragen. Ook negatieve uitlatingen door artsen van andere specialismen hebben bijgedragen aan de negatieve beeldvorming.

SO 2-F. *'Er waren werkelijk een aantal, met name chirurgen, die dan college gaven en zeiden van, nou, degenen die huisartsgeneeskunde of verpleeghuisgeneeskunde gaan doen die mogen nu gaan slapen. Voor serieuze dokters gaan we nu weer verder. Ja, dat is een beeld dat geschept wordt en eh ik vind het heel kwalijk maar het heeft wel zijn weerslag'.*

Beeld bijgesteld

Boeiend werk

Eenmaal werkzaam in het verpleeghuis werd het beeld van het vak en van het verpleeghuis bijgesteld. Er werd genoemd dat het veel leuker en veel moeilijker was dan gedacht. In plaats van pappen en nathouden bleek juist dat er goed gekeken en geanalyseerd werd. Het werk werd interessanter gevonden dan gedacht, zelfs interessanter dan het werk in een ziekenhuis. Er werd genoemd dat je juist in het verpleeghuis weer echt dokter kon zijn, waarbij je conclusies verbindt aan het lichamenlijk onderzoek. Ook werd genoemd dat het minder protocollair werken is en er steeds afwegingen gemaakt moeten worden over wel of niet behandelen. Ook wordt er meer geëist van je communicatieve vaardigheden.

SO 3-C. *'Ja, toen veranderde mijn beeld enorm, dus het was geen pappen en nathouden, het was juist heel goed kijken en analyseren. En dat vond ik een echte uitdaging. Ja, toen dacht ik van nou, dit is het'.*

SO 2-A. *'[...]dat je niet gewoon maar wat iets uit de kast ruikt maar dat je elke keer afvraagt van, wat is daar eigenlijk de meerwaarde van voor die ene patiënt. En dat je dat ook mag, dat je niet gewoon denkt van, nou ja, volgens de richtlijnen moet ik dit en dit doen en dan is het klaar'.*

SO 1-A. *'Nou, als je in je opleiding zit, dan ben je ook bezig met het leren van het lichamenlijk onderzoek, welke conclusies kun je trekken aan heel beperkte dingen, hè, je stethoscoop, reflexhamer, lampje, dan heb je het zo'n beetje gehad. En zodra je in het ziekenhuis komt, raakt dat heel erg op de*

achtergrond, want oké, je zet de stethoscoop erop, maar vervolgens is het volgende wat je doet, dat je even het formuliertje voor de X thorax invult. Dus je hoeft niet luisteren om er een conclusie aan te verbinden. Die komt zo duidelijk wel van de foto. Dus dat stuk zou je ook moeten benadrukken in die lessen in het basiscurriculum. Want in het verpleeghuis verbind je wel degelijk conclusies aan je lichamenlijk onderzoek. Dat is was voor mij een van de doorslaggevende redenen om dit vak te kiezen, dat je echt dokter kon zijn. In plaats van iemand die heel goed was in het snel uitschrijven van formulieren'.

SO 2-A. *'En het eist ook veel meer van je communicatieve vaardigheden, daar heb ik me ook een beetje op verkeken [...] en dat vind ik ook heel leuk [...]'*

Zinvol werk

Daarnaast werd het werk in het verpleeghuis als zinvoller gezien dan het werk in het ziekenhuis.

SO 2-A. *'Ja, ik vind dat we daardoor [het geconfronteerd worden met de kwaliteit van leven van de patiënt en de vraag wel of niet te behandelen] ook wel naar mijn idee veel zinvoller werk is dan in het ziekenhuis. Want ik heb nu het idee, ik ben nog nooit zo zinvol bezig geweest dan nu'.*

Intensief werk

Ook bleek het beeld van een makkelijk 9-5 baantje niet te kloppen. De bereikbaarheidsdiensten, waarbij je er 's nachts uit moet en de volgende dag weer door moet werken, maken het zwaar, maar ook leuk.

SO 2-F. *'Ik vind het veel intensiever dan ziekenhuis, achteraf gezien, wat ik nu in 8 uur per dag moet doen, daar werd ik veel moeier van dan van wat ik in het ziekenhuis 12 uur per dag deed. Omdat het veel dicht bij jezelf komt, omdat je veel meer geconfronteerd wordt met, wat is voor jou kwaliteit van leven en ga je wel of ga je niet behandelen, hoe vang je mensen op en in het ziekenhuis, op dat moment gaan de deuren gewoon dicht en wordt er gewoon behandeld, want medisch moet je dat behandelen'.*

Het verpleeghuis

Wat betreft het verpleeghuis zelf, bleek het niet alleen kommer en kwel te zijn, maar bleken de mensen het juist wel naar hun zin te hebben.

SO 1-E. *‘Dat het mensen toch wel iets te bieden had eigenlijk, dat die mensen het nog wel heel erg naar hun zin hebben eigenlijk [...] dat het ook wel verbeterd kan worden [...]’.*

Discussie

Met dit onderzoek hebben wij gekeken naar de vraag hoe en wanneer de keuze voor ouderengeneeskunde tot stand is gekomen en welke factoren daarbij een rol hebben gespeeld. De resultaten laten zien dat de meeste AIOS ouderengeneeskunde hun keuze hebben gemaakt na hun studie geneeskunde. Klinische blootstelling aan het vakgebied was doorslaggevend. Ten tijde van de studie geneeskunde hadden de meesten een negatief beeld van de ouderengeneeskunde en van het verpleeghuis. Zowel ervaringen voor of buiten de studie als tijdens de studie hebben daaraan bijgedragen. Eenmaal werkzaam in het verpleeghuis werd het beeld in positieve zin bijgesteld en kozen velen voor de opleiding.

De AIOS en ANIOS gynaecologie zijn tijdens hun studie gegrepen voor dit vakgebied, cursorisch onderwijs wekte de belangstelling en het coschap was doorslaggevend.

Blootstelling aan het vakgebied lijkt dus noodzakelijk om de keuze te kunnen maken.

Ook in een retrospectieve studie onder geriaters in Groot-Brittannië werd gevonden dat de beslissing om te kiezen voor een carrière in de geriatrie relatief laat na de geneeskunde studie genomen werd.¹¹ Van hen had slechts 10% klinisch onderwijs gedurende de geneeskunde opleiding genoten. Mogelijk is met het invoeren van een verplicht coschap ouderengeneeskunde het enthousiasme voor het specialisme ouderengeneeskunde te vergroten en eerder te wekken. Onderzoek naar het effect van een coschap geriatrie laat zien dat de belangstelling voor geriatrie direct na het coschap groter is.^{6,12} Het is echter niet duidelijk of dit ook daadwerkelijk de instroom in de opleiding doet toenemen.

Het beeld dat de focusgroepeleden ten tijde van de studie hadden van de ouderengeneeskunde bestond uit “pappen en nathouden”, geen geneeskunde en geen uitdaging. Iets soortgelijks is gevonden in een kwalitatieve studie van Bagri naar de perceptie van geriatrie onder medisch studenten in de Verenigde Staten waarin genoemd werd dat ze het frustrerend vonden geen genezing te bereiken en ze in het vak geen intellectuele uitdaging zagen, terwijl ze aan de andere kant de geriatrische patiënt te complex vonden.¹³

Het negatieve beeld van de ouderengeneeskunde is deels ontstaan door factoren buiten de studie gelegen, maar ook door de studie geneeskunde zelf. Bij een deel kwam dit door het ontbreken van onderwijs ouderengeneeskunde. Bij anderen had het onderwijs ouderengeneeskunde hen niet aangesproken of werden daarmee impliciet en onbedoeld verkeerde beelden overgedragen.

Ook zagen we dat negatieve opmerkingen van andere artsen mede het beeld van de ouderengeneeskunde bepaalden. Uit de literatuur is bekend dat de attitudes van medisch studenten zich ontwikkelen in interactie met de attitudes van de professionals die hen opleiden.¹⁴

Met deze methode van kwalitatief onderzoek hebben we een beter beeld gekregen van het proces dat leidt tot de uiteindelijke keuze voor het specialisme ouderengeneeskunde en naar de factoren die daarin belangrijk waren. Dit levert een genuanceerder beeld op dan mogelijk was geweest met vragenlijsten. Retrospectief onderzoek heeft echter altijd de beperking in zich dat mensen geen volledig zicht hebben op alle cognitieve processen die geleid hebben tot beslissingen.

Ter contrast hebben we ook naar het keuzeproces gekeken van AIOS en ANIOS gynaecologie, een snijdend vak, gericht op één orgaansysteem. We weten hiermee echter niet of het keuzeproces van bijvoorbeeld AIOS interne geneeskunde, een breder vakgebied, hiermee vergelijkbaar is.

Mogelijk is er enige bias opgetreden doordat de eerste auteur specialist ouderengeneeskunde is. We hebben het risico hierop echter zo klein mogelijk gemaakt door het gebruik van een externe moderator en door discussie en feedback gedurende het hele proces met de overige auteurs, waaronder een doctor in de geneeskunde die geen arts is (BH), een huisarts (HdV) en een gynaecoloog (FS).

Implicaties voor onderwijs

In het onderwijs zou meer voor het voetlicht moeten komen voor welke intellectuele uitdaging de complexe oudere patiënt de arts stelt, waarbij verbeteringen te bereiken zijn voor de patiënt door medisch handelen van de arts. Een verplicht coschap ouderengeneeskunde zou kunnen laten zien dat het ‘echt dokteren’ is in het verpleeghuis in plaats van ‘pappen en nathouden’. Rolmodellen, die enthousiasme voor het vak uitstralen, zonder het te dik erbovenop te leggen, kunnen helpen voor een overdracht

van positieve beelden. Een vroege verpleeghulpstage, waardevol voor professionele ontwikkeling, kan misschien beter in ziekenhuizen gesitueerd worden.

Implicaties voor onderzoek

Uit nader onderzoek zal moeten blijken of een groter percentage studenten dat een verplicht coschap ouderengeneeskunde gehad heeft, kiest voor de opleiding specialisme ouderengeneeskunde of geriatrie en of ze daar wellicht in een vroeger stadium voor kiezen.

Ten aanzien van onderwijs ouderengeneeskunde in de bachelorfase moet

onderzocht worden op welke manier de waarde van ouderengeneeskunde, de uitdaging en de voldoening die het kan geven overgebracht kan worden op de veelal nog jonge student die nog erg gericht is op genezen en heroïek.

Meer inzicht is nodig naar de mate en de effecten van het verborgen curriculum, het neveneffect van onderwijs zoals het (onbedoeld) overbrengen van normen en waarden of overtuigingen, die de beeldvorming van ouderengeneeskunde beïnvloeden.

Met dank aan dr. S.J. van Luijk en dr. M.T. Muller voor het optreden als moderator.

Literatuur

1. <http://ec.europa.eu/health/population—groups/elderly/index—nl.htm>. Geraadpleegd 11-10-13
2. <http://www.americangeriatrics.org/advocacy—public—policy/workforce—issues/>. 2011. Ref Type: Generic
3. Chua MPW. Attitudes of first-year medical students in Singapore towards older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. 2008 Nov.
4. Diachun LL. Interest in geriatric medicine in Canada: how can we secure a next generation of geriatricians? 2006 Mar.
5. Golden AG. A fourth-year medical school clerkship that addressed negative attitudes toward geriatric medicine. 2010 Apr.
6. Hughes NJ. Medical student attitudes toward older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. 2008 Feb.
7. Maiorova T, Stevens F, Scherpbier A, van der ZJ. The impact of clerkships on students' specialty preferences: what do undergraduates learn for their profession? *Med Educ* 2008 Jun;42(6):554–62.
8. van der Horst K, Siegrist M, Orlow P, Giger M. Residents' reasons for specialty choice: influence of gender, time, patient and career. *Med Educ* 2010 Jun;44(6):595–602.
9. Briggs S, Atkins R, Playfer J, Corrado OJ. Why do doctors choose a career in geriatric medicine? *Clin Med* 2006 Sep;6(5):469–72.
10. Pope C, van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care* 2002 Jun;11(2):148–52.
11. Barker WH, Williamson J. Survey of recently appointed consultants in geriatric medicine. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986 Oct 4;293(6551):896–9.
12. Peach H, Pathy MS. Attitudes towards the care of the aged and to a career with elderly patients among students attached to a geriatric and general medical firm. *Age Ageing* 1982 Aug;11(3):196–202.
13. Bagri AS. Medical student perspectives on geriatrics and geriatric education. 2010 Oct.
14. Coccaro EF, Miles AM. The attitudinal impact of training in gerontology/geriatrics in medical school: a review of the literature and perspective. *J Am Geriatr Soc* 1984 Oct;32(10):762–8.

Mediatieve therapie in de thuiszorg: Onbekend en onbenut

R.J.G.M. Geelen^a, S.P.J. van Alphen^b

Mediative therapy in home care for older adults: unknown and unused

Little is known concerning specific psychological interventions in home care for older adults with behavioral problems. This case study of a male with offensive verbal behaviour gives an impression of a targeted psychosocial intervention program. Interventions in which irrational cognitions are detected and challenged, and replaced with more helpful attitudes, were trained in role-playing. Psychosocial interventions are of importance in home care. The dependency and vulnerability of the elderly patient make explicit principles relevant, which are outlined in this article.

Keywords: home care, mediative therapy, cognitive therapy
Tijdschr Gerontol Geriatr 2014; 45: 19-24

Samenvatting

Psychologische interventies zijn nog weinig verkend in de thuiszorg voor ouderen met probleemgedrag. In deze gevalbeschrijving uit een mannelijke patiënt zich krenkend jegens zorgverleners, die dit gedrag willen laten ophouden. Na observatie zijn via teamleden concrete interventies ingezet, welke vooraf werden ingeoefend met rollenspel. Niet-helpende gedachten die bij het oefenen opkwamen, werden uitgedaagd en vervangen door helpende varianten. Psychosociale interventies kunnen in de thuiszorg voor

ouderen vruchtbaar zijn, als de onderliggende principes zijn afgestemd op de afhankelijkheid en kwetsbaarheid van de doelgroep. Enkele relevante vertrekpunten hierin worden beschreven.

Trefwoorden: thuiszorg, mediatieve therapie, cognitieve therapie, Socratische methode

Probleemgedrag in de thuiszorg

Onder probleemgedrag verstaan we alle gedrag van de patiënt dat door de patiënt zelf en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt

^a Thebe Breda, Verpleeghuis Lucia, Breda, The Netherlands

^b Mondriaan Ouderen, Heerlen-Maastricht, The Netherlands

Correspondentie: R.J.G.M. Geelen, Thebe Breda, Verpleeghuis Lucia, Breda, The Netherlands, Email: ronaldgeelen@kpnmail.nl

ervaren.¹ De specifieke onderliggende cliëntproblematiek in de zin van cognitieve achteruitgang, stemmingsproblematiek of persoonlijkheidspathologie kon in deze casus niet worden verhelderd door gebrek aan medewerking van de patiënt.

Er is wel een en ander bekend over prevalenties van probleemgedrag bij specifieke patiëntgroepen. Studies naar de prevalentie van probleemgedrag bij ouderen zijn intramuraal verricht bij bijvoorbeeld bewoners met dementie.² De prevalentie van probleemgedrag bij dementie is hoog; tot maar liefst 90% bij geïnstitutionaliseerde ouderen.³ De meerderheid van mensen met dementie verblijft thuis, en zal in de toekomst langer thuis (moeten) blijven wonen.

Ook functioneel psychiatrische ziekten en stemmingsproblemen kunnen ten grondslag liggen aan gedragsproblematiek. Bij Nederlands bevolkingsonderzoek (NEMESIS) bleek meer dan 40% van de onderzochten één of meermaal in hun leven een (of meer) psychische stoornis(sen) te hebben doorgemaakt,^{4,5} bijna één op de vier volwassenen in het afgelopen jaar. Meest voorkomend zijn angst- en stemmingsproblemen, en middelenmisbruik. Psychische comorbiditeit, het gelijktijdig optreden van meer dan één psychische klacht, correleert met ernstiger klachten, functionele beperkingen, een langere duur van de stoornis en groter beroep op de gezondheidszorg.⁵ Bij ouderen is er in fysiek en psychosociaal opzicht meer comorbiditeit.^{6,7}

Persoonlijkheidsstoornissen komen bij zelfstandig wonende ouderen voor in prevalenties tussen de 3% en 13%; vergelijkbaar met de intramurale sector Verpleging en Verzorging (V&V)(3%–15%).⁸

Thuiszorgteams moeten omgaan met gedragsproblemen van diverse aard en vanuit diverse oorzaken. Er zijn niet-structurele initiatieven om in teamverband patiënten door te spreken, en gebruik te maken van GGZ-expertise. Maar de zorgverlener thuis staat er doorgaans alleen voor, letterlijk en meestal ook zonder back-up van een discipline met kennis van gedragsinterventies.

Over de aanpak van gedragsproblematiek in de thuiszorg is er geen toespitste literatuur. Wanneer de huisarts om hulp wordt gevraagd, volgt vaak een recept voor psychofarmaca. In de dementie- en ouderenzorg is de eerst aanbevolen interventie volgens richtlijnen van Verenso¹ en het NIP⁹ een gedragsmatige, waarin de psycholoog een belangrijke rol heeft.¹ Publicaties specifiek gericht op de thuiszorg gaan voornamelijk over het signaleren van medische patiëntproblemen en het

ondersteunen van mantelzorgers.¹⁰ In deze klinische les volgt de illustratie van de mediatieve behandeling van een thuiswonende cliënt met gedragsproblematiek zonder vastgestelde cognitieve problemen maar wel met een vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek. Hoe kan zo'n aanpak eruit zien, en wat leert dit over de aanpak van gedragsproblemen in thussituaties?

Probleemsituatie en hulpvraag

Een psycholoog werkzaam in de V&V-sector wordt benaderd om een thuiszorgteam te helpen vanwege probleemgedrag bij een 64-jarige mannelijke, obese en bedlegerige patiënt met ingewikkelde (wond)zorg. Hij benoemt vaak hardop en dwingend wat nog moet gebeuren in zijn wondzorg. De teamleden voelen zich door hem opgejaagd en krenkend behandeld. Op sommige dagen zwijgt hij, om ten slotte luid te melden welke handeling is overgeslagen of onjuist uitgevoerd – waarna de volledige zorg over moet. Dan en op andere momenten laat hij zich negatief uit naar de zorgverlener 'die niet uit haar doppen kijkt', slechts 'het diploma van verzorger en niet van verpleegkundige heeft'. Of vraagt hij zich hardop af hoe 'zij in hemelsnaam het diploma van verpleegkundige heeft behaald'. Hij heeft wisselende favorieten onder teamleden. Soms raakt de zorgverlener zo van de kook, dat zij een black out krijgt. De patiënt reageert dan bijvoorbeeld met 'Zie je nu wel dat je het niet kan!' Door deze situatie zijn al drie teamleden vertrokken naar een andere werkgever.

Het zorgkantoor heeft hem de wacht aangezegd en ermee gedreigd dat bij onveranderd gedrag een andere zorgaanbieder voor hem wordt ingeschakeld. Met als gevolg een woedende patiënt, die teamleden ondervraagt 'welke trut hem dit flikte'.

De hulpvraag luidt hoe de patiënt van zijn onaangenaam gedrag af te brengen is.

Vertrekpunten

De psycholoog gaat uit van enkele vertrekpunten, die terugkomen in de hieronder beschreven werkwijze. De principes zijn als volgt (Tabel 1):

- Wees veelzijdig partijdig. Een passende interventie dient de belangen en gezichtspunten van alle betrokken partijen mee te nemen. Door bij relevante betrokkenen gegevens te verzamelen en in de analyse te betrekken, wordt een tunnelvisie voorkomen. Interventies dienen de

Tabel 1 Mediatieve therapie: principes

- Wees 'veelzijdig partijdig.' Bezie de situatie vanuit de patiënt en/of diens systeem, zorgverleners en maatschappelijke belangen (zoals mijden van onnodige opname of zorgkosten)
- Concretiseer het probleemgedrag, zoals door zelf te observeren.
- Focus op concrete verbetermogelijkheden. Oefen gedragsalternatieven met teamleden in, laat hen ook zelf hierin meedenken.
- Help teamleden om disfunctionele opvattingen te uiten, en daag deze uit.

waardigheid van zowel zorgverleners als patiënt te bevorderen. Het is nodig de probleemsituatie concreet te zien en met alle betrokkenen contact te hebben.

- Van Albert Einstein is de uitspraak: 'If you do what you did, you get what you got.' Ander gedrag bij de patiënt zal vanuit minimaal één van beide partijen geïnitieerd moeten worden. De gewenste gedragsverandering kan gedestilleerd worden vanuit kennis opgedaan bij beide betrokkenen, en onder meer algemene communicatieve inzichten. Door praktisch te oefenen met concrete interventies ontstaat een beeld van wat haalbaar en effectief kan zijn.
- Tijdens het oefenen kunnen sterke emoties en weerstanden bij teamleden opkomen. Het is belangrijk daaraan ruim aandacht te geven. Voorafgaand aan de hulpvraag hielden (disfunctionele) opvattingen van zorgverleners over het patiëntgedrag hen af van helpend gedrag naar de patiënt. Ander gedrag verlangt wijziging of in elk geval nuancering van bestaande opvattingen en gedachten over de probleemsituatie.

de teamleden via rollenspel experimenteren met huidige en wenselijke benaderingen.

- 3- Ten slotte wil hij nagaan wat teamleden er mogelijk van weerhoudt anders om te gaan met de patiënt. Daarbij is vooral van belang te letten op cognities die de uitvoering van de voorgestelde interventies kunnen belemmeren.¹¹ Als er bij het uitwerken van alternatieve manieren van omgaan met de patiënt weerstanden zijn, dienen deze te worden achterhaald en uitgedaagd. Vanwege de expliciet door teamleden benoemde wens te willen weten hoe te reageren op zijn gedrag, is er bewust voor gekozen om eerst te spreken over reactiemogelijkheden, en pas daarna aandacht te geven aan hun persoonlijke ervaringen, gevoelens en opvattingen. Al eerder had de leidinggevende gesignaleerd dat de zorgverleners vreesden dat na het uitwisselen van ervaringen vervolgens alles bij het oude zou blijven. Met deze begrijpelijke scepsis hield de psycholoog rekening door de verzorgenden eerst vertrouwd te maken met alternatieve reactiemogelijkheden, en hen in dat kader te laten spreken over hun emoties.

We bespreken nu per stap de indrukken, instructies en adviezen

Werkwijze in drie stappen

- 1- De psycholoog wil na het doorspreken van de hulpvraag met de teamleider eerst met een teamlid op huisbezoek voor een kennismaking met de patiënt en observatie van de zorg. De psycholoog wil de situatie zelf zien, inclusief aspecten die eventueel aan de aandacht zijn ontsnapt. Hij wil ook een

indruk krijgen van de vroegere aard van de patiënt via contact met verwanten voor verdere hetero-anamnestiche gegevens. De observaties van de probleemsituatie geven ook al enig idee in de communicatie-opgaven hierin voor de teamleden.

- 2- De dag erop zal de psycholoog met het team praktisch nalopen hoe zij reageerden en kunnen reageren op de patiënt. Ook laat hij

Ad 1 Kennismaking met de patiënt en het patiëntstelsel.

De patiënt is afwerend en vindt de betrokkenheid van een psycholoog onnodig. 'Waarom moet dit? Het gaat toch goed! Alleen moeten die zusters goede zorg geven!' Zijn medewerking wordt verkregen met de uitleg dat de psycholoog 'wil weten wat dan niet goed gaat'. De psycholoog is getuige van de gemelde problemen van kribbige en neerbuigende reacties. De ervaren zorgverlener zegt soms hardop wat zij moet doen, mogelijk als check voor haarzelf. De psycholoog ziet dat dit de patiënt direct voor even ontspant, een observatie die later door sommige teamleden wel wordt herkend, maar waarbij zij tot nu toe niet hebben stilgestaan.

Wanneer de patiënt een negatieve opmerking maakt en de zorgverlener zegt dit 'niet leuk' te vinden, kijkt de patiënt eerst even verbaasd en

zegt dan oprecht dat dit ook niet zijn bedoeling was. De emotionele belasting die teamleden ervaren blijkt aan hem voorbij te gaan. Hij ziet zichzelf als een prima cliënt. ‘Veel moeten het vak nog leren en ik help ze daarbij. Ze mogen blij zijn met mij.’

De psycholoog wil een persoonlijkheidsonderzoek en een neuropsychologisch onderzoek afnemen om het team met behulp van de resultaten gericht te instrueren over de bejegening. Persoonlijkheidsonderzoek kan een gedegen sterkte-zwakke analyse van de patiënt opleveren.⁸ Met neuropsychologisch onderzoek zijn eventuele cognitieve problemen aan het licht te brengen. De patiënt weigert zijn medewerking echter want: ‘Met mij is niks mis’.

De psycholoog belt later die dag nog de zus en broer van de patiënt, die het volledig voor hem opnemen. ‘Niet hij heeft een probleem, maar jullie maken fouten, het is goed dat hij daarop wijst’. Bij verder doorvragen komt de patiënt naar voren als een altijd al enkelvoudig persoon zonder vaste relaties, vroeger solistisch werkzaam met eenvoudig archiveerwerk.

Ad 2 Praktische gedragalternatieven bedenken en onderling uitproberen.

Vanwege de urgentie van de situatie wil de psycholoog geen discussie over de schuldvraag of beweegredenen van het probleemgedrag. De invalshoek is: ‘Ik wil weten wat er gebeurt; wat meneer zegt én wat jullie doen. Zo blijkt waar ruimte is voor verandering.’ Teamleden worden aangezet tot het demonstreren van huidig gedrag en het uitproberen van alternatief gedrag via rollenspel. ‘Kun je precies zeggen hoe hij dit zei? Waar stond je toen? Goed, en stel dat ik nu de patiënt ben, kun je dit dan eens nazeggen?’ ‘Goed, kun je hierop ook anders reageren? Wie heeft daarvoor een idee? Wat kan dát opleveren?’ Zo worden uiteenlopende zorgmomenten doorgenomen, en werkt de psycholoog toe naar adequate (gedrags)instructies (Tabel 2).

We sommen nu de belangrijkste instructies en adviezen op waartoe de rollenspellen leidden.

Instructie: Wondprotocol volgen als bij een landingsprotocol (luchtvaart).

Het ingewikkelde wondprotocol wordt doorgaans niet expliciet gevolgd, zo blijkt bij de rollenspelen en bij navraag. De patiënt heeft hiermee wél een punt; voor hem is niet zonneklaar dat het juiste zal worden gedaan in zijn zorg. Bovendien werkt zijn gedrag bij zorgverleners fouten in de hand zodat de cirkel

rond is. Vanaf nu wordt daarom een protocol gevolgd zoals bij vliegprocedures: met dubbele en expliciete controles. De zorgverlener heeft een lijst bij zich met ‘stappen in wondzorg’, vinkt elke handeling voor de patiënt zichtbaar af, en benoemt de volgende zorgstap. De zorgverlener maakt het zorgproces dus expliciet. Na afloop wordt de afgevinkte lijst aan de patiënt getoond en benoemd dat de wondzorg volgens plan is verlopen. Hem wordt om akkoord gevraagd, dat hij meestal wil geven. Zo niet, dan toont de zorgverlener via de lijst wat zij aan handelingen heeft gedaan en zegt zij: ‘Oké, dit heb ik uitgevoerd, een goede dag nog.’

Instructie: Duo zorgen.

De patiënt wordt vanwege diverse redenen voortaan door twee teamleden begeleid. Sommigen voelen zich in hun eentje te kwetsbaar bij hem. Bij het duo zorgen reikt één zorgverlener op de achtergrond alleen aan wat nodig is en observeert zij slechts de uitvoering van de benadering. De ander doorloopt het protocol zoals beschreven en onderhoudt het contact met de patiënt. Na vertrek bij de patiënt evalueren de twee teamleden samen hoe de afspraken zijn gevolgd en of hierin verbetering mogelijk is.

Enkele van de aanvullende adviezen volgen nu.

Advies: Geen metacommunicatie.

De zorgverlener zal zoveel mogelijk kalm, kordaat en neutraal reageren. Zij vraagt of verwacht geen begrip voor haar eigen positie, dit vanwege het geringe invoelend vermogen van de patiënt. Ook is er op grond van observaties het vermoeden ontstaan dat de patiënt gebaat is bij eenvoudige en feitelijke communicatie.

Advies: Probleemgedrag herinterpreteren en neutraal benoemen.

De zorgverlener kan negatieve opmerkingen van de patiënt in een meer neutrale context zetten. ‘U weet precies wat er gebeuren moet, daarom zeg ik telkens wat ik zal doen. Ik hoor het wel als het niet klopt...’ Bij krenkende uitlatingen kan de reactie nonchalant zijn. ‘U heeft vast uw redenen om dit zo te zeggen’, ‘U zegt het’, ‘Daarin zou u gelijk kunnen hebben’, ‘Zo kun je er ook tegenaan kijken.’ ‘Hm... O ja?’ Ook kan de zorgverlener reageren vanuit haar taak: ‘Zeg nu maar even niets, dan kan ik beter op de wondzorg letten.’

Advies: Begrenzen

Begrenzen van ongewenst gedrag verloopt kort, duidelijk en resoluut. Als de patiënt

Tabel 2 Mediatieve therapie: interventies	
Interventies gericht op begeleiding patiënt	Expliciet & redundant opvolgen wondprotocol/Duozorgen met taakverdeling/Rollenspelen/Praktische reacties op patiënt gedrag bedenken en inoefenen (bijv herinterpreteren en begrenzen)/Geen beroep doen op zelfreflectie of inlevingsvermogen van de patiënt/Probleemgedrag herinterpreteren of begrenzen
Interventies gericht op team	Socratisch motiveren/Uitdagen gedachten

zegt: 'Jij moet nu...', dan kan de reactie zijn: 'Ik heb liever dat u dit vriendelijker vraagt...' Ontoelaatbaar krenkend gedrag kan kort worden begrensd. 'Ik wil niet dat u zo tegen me praat.' 'Dit heb ik niet verdiend.' Ook neerbuigende uitlatingen over een collega worden begrensd: 'Daarover wil ik niet praten, ik concentreer me op uw zorg.' Als hij zegt dat de zorgverlener 'niet eens een verpleegkundige is', dan kan de aandacht op de zorg worden gericht. 'Daar helpt u me niet mee, want ik ben nu bezig om voor u...'

Ad 3 Cognitieve herstructurering bij teamleden

Naar aanleiding van het rollenspel worden opvattingen over de patiënt onderzocht, uitgedaagd en vervangen door meer helpende varianten. Voorbeelden van niet-helpende gedachten zijn: 'Hij doet het expres', 'Het is mijn schuld', 'Ik heb helemaal geen verweer tegen hem.' Voor ander zorggedrag is bij sterke negatieve emoties ook ander denkgedrag nodig. Mensen zijn immers niet geneigd gedrag te vertonen dat haaks staat op eigen cognities. De psycholoog past hierbij principes van Socratisch motiveren toe.¹² Hij kiest geen partij, reageert zelf evenmin met absoluut oordelen of veroordelen (waardeNloze communicatie). Teamleden wordt een spiegel voorgehouden, net wat nadrukkelijker dan hen gewoon of lief is, met vragen die hun niet-helpende aannames ondergraven. Ook irreële verwachtingen zal de psycholoog niet direct tegenspreken maar uitdagen. 'Goed, je zegt dat je wil dat hij nooit meer...' 'Is dat haalbaar? Nee? Wat is dan wél mogelijk?' 'Helpt dit idee je om...?' 'Nee? Wat zou je dan beter kunnen denken?'

De psycholoog steekt geen 'preek' af en laat zich niet verleiden tot een inhoudelijke discussie met het team over wat 'hoort'. Het streven is om teamleden zelf te laten bedenken wat nodig is. Zij zullen het immers ook zelf moeten doen. Het oefenen van de eerder genoemde adviezen en vaardigheden heeft ook een exposure-effect: in het rollenspel kunnen teamleden leren hun spanning te reguleren.

Resultaten

Het merendeel van de teamleden lukte het na drie besprekingen van anderhalf uur de patiënt te verzorgen, zonder overmatige spanning en zonder zorgfouten. Zijn negatieve reacties namen in aantal en ernst af, maar verdwenen niet volledig. Het duozorgen werd na drie maanden verlaten, omdat teamleden dit niet meer nodig vonden. Door de mediatieve behandeling zijn ongewenste gevolgen voorkómen, zoals verandering van thuiszorgteam en andere interventies vanuit het zorgkantoor, een voortijdige opname voor de patiënt, en uitputting en afhaken van zorgverleners. Ook zou de crisissituatie kunnen verleiden om psychofarmaca voor te laten schrijven via de huisarts. Nog afgezien van de vraag of de patiënt deze zou innemen ('Met mij is niks mis'), is het toedienen van psychofarmaca zonder indicatie op zijn minst lastig. Individuele behandeling van de patiënt (en diens familiesysteem) was hier niet mogelijk, reden voor de keuze tot gedragsverandering bij de betrokken zorgverleners. Behandeling van de patiënt verliep zo via relevante betrokkenen (hier de zorgverleners), ook wel mediatieve behandeling genoemd.

Discussie

In deze casus bleken behandelprincipes en interventies met mediatieve therapie bruikbaar en effectief. Het is daarbij van belang te voorkomen dat de patiënt louter als probleem wordt bestempeld, waarna de betrokkenen volharden in hun positie en uit het zicht raakt wie wat nodig heeft. Een betere invalshoek is met een open blik te kijken naar hoe de probleemsituatie in elkaar steekt en wat er (anders) in te doen valt. Hoe kunnen omgang en zorgverlening verbeterd worden, op een manier die alle betrokkenen vooruit helpt?

Gewenste interventies kwamen tot stand via rollenspel en oefeningen waarbij ook aandacht gegeven werd aan cognitieve herstructurering. De besproken principes zijn zinvol vanwege de

onderlinge afhankelijkheid van betrokkenen, de kwetsbaarheid van de patiënt en de emotionele belasting van teamleden. De pragmatische uitgangspunten pasten bij het team van verzorgenden, die een sterke behoefte aan een snelle verandering voelden.

De specifieke interventies van deze casus zijn niet generaliseerbaar naar andere situaties waarin zich probleemgedrag voordoet, maar wel de gepresenteerde werkwijze. Vraag is ook welke uitbreiding de beschreven principes behoeven en welke andere interventies zinvol kunnen zijn bij probleemgedrag, al of niet gecompliceerd door co-morbide persoonlijkheidspathologie. Meer overzicht is wenselijk van practice based principes en interventies bij complexe gedragsproblematiek in thuissituaties. Een mogelijkheid is een Delphi-onderzoek onder expert-hulpverleners in de ouderenzorg. Daarin wordt doorgevraagd op werkwijzen, standpunten en interventies, zoals eerder werd verricht op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.¹³

Erkende experts, zoals hulpverleners uit regionale en landelijke organisaties, onderzoekers en gedragsconsulenten kunnen aan zo'n Delphi-studie deelnemen.

Juist bij teams van de thuiszorg zullen bijzondere hulpvragen toenemen, vanwege de dubbele vergrijzing en de beperkte intramurale mogelijkheden. Zorgverleners in de thuiszorg kunnen direct of via de huisarts een beroep doen op de GGZ, of een psycholoog uit de eerste lijn benaderen. Ook stellen psychologen in de V&V-sector zich meer open voor consultatie en hulpverlening in thuissituaties. Voor complexe probleemsituaties kan momenteel een beroep worden gedaan op het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)¹⁴, een organisatie die overigens bij de thuiszorg nauwelijks bekend lijkt te zijn. Niet alleen in de ontwikkeling van kennis over psychosociale interventies, ook in het benutten van bestaande mogelijkheden is nog winst te boeken.

Literatuur

1. Verenso. Richtlijn Probleemgedrag. Utrecht: Verenso 2008.
2. Zuidema S. Neuropsychiatric symptoms in Dutch nursing home patients with dementia. Dissertatie Radboud Universiteit Nijmegen, 2007.
3. International Psychiatric Association (IPA). Educational Pack. IPA, 2002.
4. Vollebergh W, Graaf de R, Ten Have M, Schoemaker C, Dorsselaer van S, Spijker J, Beekman A. Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut, augustus 2003.
5. Graaf de R, Ten Have M, Dorsselaer S. De psychische Gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS 2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos Instituut, 2010.
6. Kuin, Y. Emotie en stemming. In: Pot AM, Y Kuin, M Vink (red). Handboek Ouderenpsychologie. Utrecht, De Tijdstroom, 2007.
7. Smalbrugge M. Biologische veroudering en leeftijdsgelateerde aandoeningen. In: Pot AM, Y Kuin, M Vink (red). Handboek Ouderenpsychologie. Utrecht, De Tijdstroom, 2007.
8. Alphen van B (Red.). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: diagnostiek, behandeling en gedragsadvies. Amsterdam: Hogrefe, 2010.
9. Allewijn M, Vink MT (2009). Handreiking psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie. Amsterdam: NIP/SPO 2009.
10. Cooke DD, McNally L, Mulligan KT, Harrison MJ, Newman SP. Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health*, 2001 May 5(2): 120-135.
11. Geelen R, G Bleijenberg. Proef op de som: illustratie van gedragstherapie in een psychogeriatrische verpleeghuis. *Gedragstherapie* 1999; 32(2): 79-103.
12. Appelo M. Socratisch motiveren. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2011.
13. Van Alphen SPJ, Bolwerk N, Videler AC, Tummers JHA, Van Royen RJJ, Barendse, HPJ, Verheul R, & Rosowsky E. (2012). Age related aspects and clinical implementations of diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Clinical Gerontologist*, 1, 27-41.
14. www.cce.nl Website van de Centra voor Consultatie en Expertise (CCE). Zij biedt de mogelijkheid tot consultatie in alle sectoren van langdurende zorg, ook de ouderenzorg.

De ziekte van Creutzfeldt-Jakob bij een 80-plusser

E. Blikendaal^{a,b}, L. Oudewortel^c

Creutzfeldt-Jakob disease in a person over the age of 80

Creutzfeldt-Jakob disease is a rare neurodegenerative disease that can occur in four forms. The sporadic form, the familial form, the iatrogenic form and variant Creutzfeldt-Jakob disease. The sporadic form is seen in about 1 per million people per year and is associated with rapidly progressive cognitive decline, psychiatric and neurological symptoms. The diagnosis and counseling of patients is a major challenge because of the complex and heterogeneous presentation, especially if the presentation differs from the standard. In this article we describe a diagnostic struggle regarding an elderly patient.

Keywords: Creutzfeldt-Jacob, diagnosis, 80+
Tijdschr Gerontol Geriatr 2014; 45: 25-29

Samenvatting

De ziekte van Creutzfeldt-Jakob is een zeldzame neurodegeneratieve ziekte die in vier vormen kan voorkomen. De sporadische vorm, de familiale vorm, de iatrogene vorm en de variant Creutzfeldt-Jakob. De sporadische vorm wordt gezien bij ongeveer 1 per miljoen mensen per jaar en gaat gepaard met snel progressieve cognitieve achteruitgang, psychiatrische en neurologische symptomen. De diagnostiek en de begeleiding van de patiënten is onder andere door het complexe en heterogene beeld een grote uitdaging, vooral als de presentatie afwijkt van de standaard. In dit artikel beschrijven we

een diagnostische worsteling bij een oudere patiënt.

Trefwoorden: Creutzfeldt-Jakob, diagnose, 80+

Casus

Dhr. K, een 81 jaar oude gehuwde man, wordt door de huisarts verwezen naar de geheugenpoli voor diagnostiek in verband met sinds 3 jaar bestaande cognitieve achteruitgang. Zijn echtgenote beschrijft verandering van het karakter (sneller boos en dwangmatiger), lichte geheugenproblemen en lichte overzichts- en planningsproblemen. (I)ADL geeft geen

^a Specialist ouderengeneeskunde in opleiding, Gerion, Amsterdam, The Netherlands

^b Zorgcirkel lokatie Westerhout, Alkmaar, The Netherlands

^c afdeling Scheer 1, GGZ Dijk en Duin, Castricum, The Netherlands
Correspondentie: E. Blikendaal^{a,b}, Specialist ouderengeneeskunde in opleiding, Gerion, Amsterdam, The Netherlands, Email: E.Blikendaal@zorgcirkel.com

problemen. Patiënt woont met echtgenote in een eengezinswoning en rijdt nog auto. Patiënt zelf ervaart geen problemen. De voorgeschiedenis vermeldt onder andere een myocardinfarct met dotterbehandeling (PTCA), atriumfibrilleren en diabetes mellitus. De familieanamnese voor dementie is negatief. Er zijn geen aanwijzingen voor een depressie.

Bij onderzoek is de score van de CAMCOG 85 (104) en de MMSE 24 (30). Patiënt presteert onder de norm op de testonderdelen voor oriëntatie in tijd en plaats, geheugen voor recente nieuwsfeiten en praxis. Bij neurologisch en algemeen lichamelijk onderzoek worden geen afwijkingen gevonden, evenmin als bij bloedonderzoek. Op de CT-hersenen wordt geringe atrofie gezien, geen structurele of vasculaire afwijkingen. De diagnose beginnende M. Alzheimer wordt gesteld. Galantamine wordt gestart en patiënt wordt verwezen naar het DOC (dementie onderzoek en consultatie) team voor ondersteuning en begeleiding door een casemanager.

Enkele weken na het starten van de galantamine wordt deze gestaakt in verband met hallucinaties die na het staken verdwijnen. De cognitieve problemen nemen snel toe. Vooral het geheugen gaat achteruit, er ontstaan stoornissen in het dag- nachtritme en apraxie wordt ernstiger. Na enkele weken keren de hallucinaties terug. Risperidon wordt gestart waarop de hallucinaties toenemen. Ook de risperidon wordt gestaakt. In de volgende weken verslechtert de motoriek met vallen als gevolg. Door de snelle cognitieve achteruitgang, het vallen en de hallucinaties kan patiënt niet meer door echtgenote worden verzorgd. Het beloop is dusdanig progressief dat er twijfels zijn ontstaan over de diagnose M. Alzheimer. Besloten wordt patiënt op te nemen op de klinische opnameafdeling voor psychogeriatric van GGZ Dijk en Duin voor diagnostiek en behandeling.

Bij opname zien wij een vriendelijke man met een zeer slechte concentratie waardoor de conversatie stil valt. Het bewustzijn is verlaagd. De aandacht is goed te trekken maar niet te behouden. De oriëntatie is gestoord in trias. Het korte- en langetermijngeheugen zijn gestoord. Patiënt pakt denkbeeldige dingen van tafel. Het denken is vertraagd en verhoogd associatief. De stemming is licht eufoor. Tijdens het gesprek vallen woordvindproblemen en een dysartrie op.

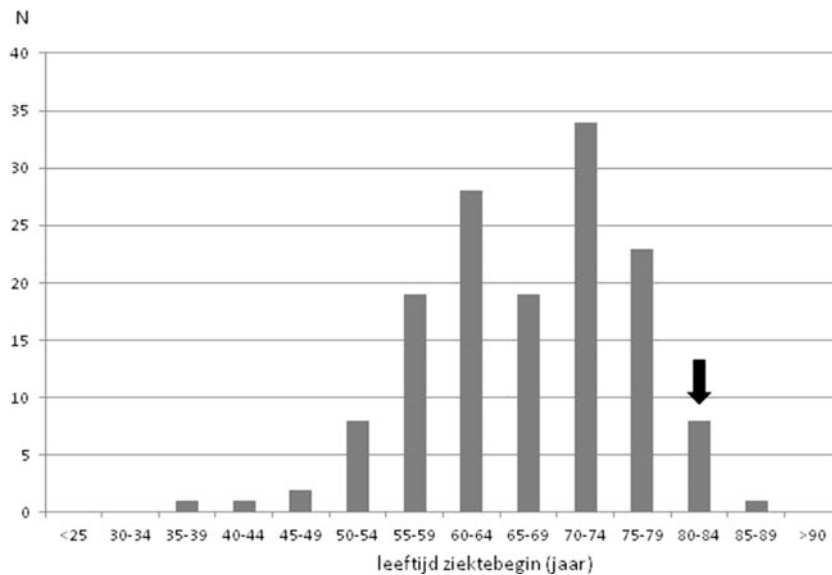
Bij algemeen lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek worden geen afwijkingen gevonden. Bij neurologisch onderzoek zien we een centrale facialisparese links, myoclonieën in armen, benen en gelaat, een breedbasisch looppatroon en forse evenwichtsstoornissen. Ook is opvallend dat patiënt misgrijpt bij het pakken

van een kopje. Coördinatie, kracht en sensibiliteit zijn door de slechte instrueerbaarheid verder niet goed te onderzoeken.

Binnen enkele dagen ontwikkelt patiënt ook een nystagmus, een tandradfenomeen aan beide armen en extensiespasmen aan alle ledematen. Het bewustzijn schommelt en patiënt lijkt te hallucineren. Spreken is niet meer mogelijk, het eten gaat zeer moeizaam als gevolg van een apraxie en slikstoornissen, de myoclonieën nemen toe. Patiënt raakt bedlegerig. Op grond van het snel progressieve beloop en de genoemde klinische verschijnselen wordt de diagnose ziekte van Creutzfeldt-Jakob overwogen. Differentiaal diagnostisch wordt gedacht aan Lewy Body Dementie,² delier bij AD of een encefalitis. De verdenking op CJD wordt met familie uitgebreid besproken. Een CT-hersenen wordt herhaald en ook nu zijn geen andere afwijkingen dan enige atrofie te zien. Vanwege de motorische onrust is het niet mogelijk een EEG te verrichten. Verwijzing van patiënt voor verdere diagnostiek blijkt niet haalbaar, zodat uiteindelijk een liquorpunctie wordt verricht in de psychogeriatriche opnameafdeling. De liquor is kleurloos en helder, leukocyten 3/ul ($N=<5$ /ul), eiwit totaal 0.69 g/l ($N=0.26-0.79$ g/l), glucose 4.2 mmol/l ($N=2/3 \times \text{pl. gluc mmol/l}$). Tevens wordt de liquor opgestuurd voor onderzoek op onder andere het 14-3-3 eiwit, S100b en paraneoplastische antistoffen. In afwachting van deze uitslagen wordt duidelijk dat patiënt zal gaan overlijden. De myoclonieën worden in eerste instantie met diazepam onder controle gehouden. Al snel is dit niet meer afdoende. Er lijkt tevens sprake te zijn van pijn, vooral bij de zorgmomenten. In overleg met familie wordt gestart met morfine 5 mg 6 dd en dornicum 5 mg 6 dd via een vleugelnaald waarna patiënt de volgende dag rustig overlijdt. Totaal is patiënt dan twee weken op onze afdeling. De totale ziekteduur is ruim 3,5 jaar. Na het overlijden blijkt het 14-3-3 eiwit in de liquor inderdaad positief. Ook het S100b (11,6 ug/l, $N=<3.9$ ug/l) en de T-tau/P-tau ratio (>70 , $N=<10$) zijn verhoogd. Paraneoplastische antistoffen zijn negatief. Bij obductie wordt het volgende gezien:

Macroscopie: gewicht 1260 g. Hoogstens geringe atrofie frontaal beiderzijds. Geen haarden.

Microscopie: zeer uitgebreide spongiose. Met specifieke anti-lichamen voor prionen, met name forse perivacuolaire aankleuring in de frontale cortex en thalamus. Geen positieve alfa synucleinopathie kleuring voor lewy lichaampjes. B-amyloid kleuring: diffuse plaques. Tau kleuring: veel dystrofe neurieten maar geen tangels. Conclusie: hersenen met de ziekte van Creutzfeldt-Jakob, sporadische



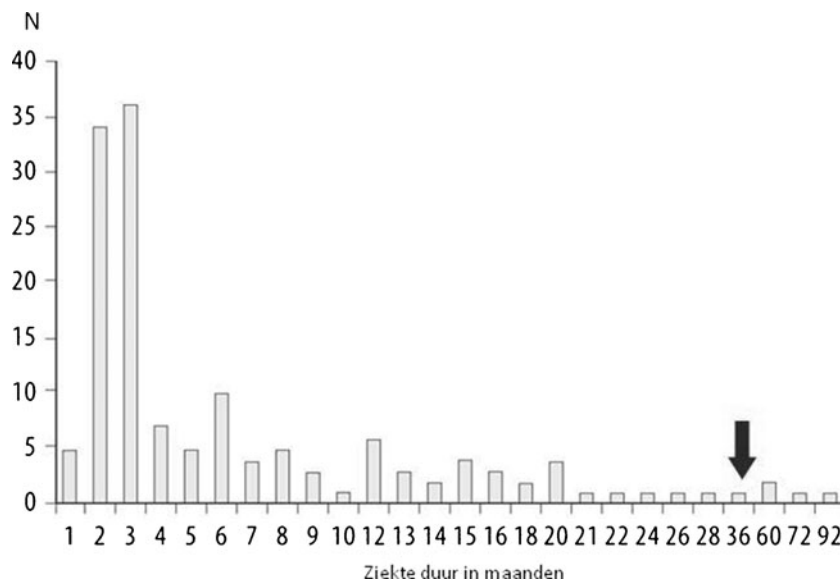
Figuur 1 Gebaseerd op leeftijden bij het begin van de ziekte van 143 Nederlandse patiënten zoals gerapporteerd aan het Nederlands Surveillance Centrum voor Prionziekten, UMC Utrecht, in de jaren 1997–2009, zie ook Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:A172

vorm (subtype MM2C volgens Parch 2009 (Prof. Dr. J.M Rozemuller, patholoog))

Discussie

De ziekte van Creutzfeldt-Jakob is een snel progressieve neurodegeneratieve aandoening die per jaar bij ongeveer 1 op de miljoen personen voorkomt. De ziekte werd voor het eerst beschreven door H. G. Creutzfeldt (1885–1964) en A. Jakob (1882–1927) in 1920 en 1921. Creutzfeldt-Jakob is een prionziekte. Het lichaamseigen

prioneiwit wordt omgezet in een pathologische vorm. De reden van omzetting van de lichaamseigen prionen in de pathologische prionen is vooralsnog niet duidelijk. De ziekte kan worden onderverdeeld in vier vormen: de sporadische vorm, de familiale vorm, de iatrogene vorm en de variant Creutzfeldt-Jakob. In 85–90% betreft het de sporadische vorm. De familiale vorm komt in Nederland zeer zelden voor. Wereldwijd komt deze genetische vorm bij ongeveer 10% van gevallen voor. De iatrogene vorm wordt zeer zelden gezien bij bijvoorbeeld personen die in de jaren tachtig met menselijk groeihormoon zijn behandeld of een duratransplantatie hebben ondergaan. Wereldwijd



Figuur 2 Gebaseerd ziekte duur in maanden bij 146 Nederlandse patiënten met een prionziekte zoals gerapporteerd aan het Nederlands Surveillance Centrum voor Prionziekten, UMC Utrecht, in de jaren 1997–2009, zie ook Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:A172

is deze vorm maar bij ongeveer 300 mensen beschreven. De laatste vorm is de variant Creutzfeldt-Jakob, hoogstwaarschijnlijk veroorzaakt door BSE. In Nederland zijn tot op heden slechts 3 gevallen bekend.¹

De beschreven casus betreft naar alle waarschijnlijkheid de sporadische vorm. Deze wordt gekenmerkt door snel progressieve cognitieve achteruitgang gecombineerd met neurologische en psychiatrische symptomen. De iatrogene vorm kan uitgesloten worden vanwege het gebrek aan risico factoren zoals gebruik van groeihormonen of intracranieel ingreep. Ook de familiale vorm is niet aannemelijk, de familie anamnese voor progressief verlopende dementie is negatief. Een spontane mutatie behoort nog tot de mogelijkheid maar is niet verder onderzocht.

Door de zeldzaamheid van het beeld, de verschillen in presentatie en de complexe diagnostiek is de diagnose moeilijk te stellen. Differentiaaldiagnostisch kan gedacht worden aan de ziekte van Alzheimer, Lewy Body Dementie, vasculaire dementie, encefalitis, (viraal, auto-immuun bijvoorbeeld Hashimoto, paraneoplastisch) metastasen en metabole encephalopathie.

De leeftijd van onze patiënt, 81 jaar, is bovengemiddeld maar in tegenstelling tot hetgeen vaak gedacht wordt is de sporadische vorm CJD op hoge leeftijd (75 jaar of ouder) niet extreem zeldzaam (Figuur 1). De piekincidentie ligt rond de 66 jaar.³ Onduidelijk is echter of de incidentie daadwerkelijk afneemt of dat bij ouderen sprake is van onderdiagnostiek.⁴

Ook de totale ziekteduur van ruim 3,5 jaar is langer dan in de literatuur wordt beschreven. Gemiddeld is de overleving vanaf de eerste symptomen acht maanden (Figuur 2). Van een overleving van meer dan 36 maanden is maar in 2% tot 3% van de gevallen sprake.³ De snelle achteruitgang gecombineerd met de neurologische symptomen waren bij onze patiënt van de laatste zes maanden. De hypothese dat er naast de ziekte van Creutzfeldt-Jakob ook sprake was van een al langer bestaande m. Alzheimer kon bij obductie niet worden bevestigd. Hoewel er sprake was van seniele plaques en de Tau kleuring ook positief was zijn er slechts enkele tangels aangetroffen. Ofwel de gevonden afwijkingen van tau en plaques zijn passend bij een verouderd brein of zijn passend

bij een beginnende M. Alzheimer. De drie jaar voorafgaande geheugenklachten en bevindingen op de geheugenpoli zouden klinisch passend kunnen zijn bij een beginnende M Alzheimer. Echter in het obductieverslag wordt gesproken van hersenen met ziekte Creutzfeldt-Jakob van sporadische vorm (subtype MM2C) en verouderingsverschijnselen met diffuse plaques en slechts enkele tangels in hypocampus: onvoldoende om de eerdere diagnose M Alzheimer te bevestigen. Subtype MM2C (methionine homozygotie met type 2 prion eiwit: corticale type) past bij een langer beloop van de ziekte van Creutzfeldt –Jakob en Begint gemiddeld op een latere leeftijd.

De diagnose dient dus niet alleen te worden overwogen bij “jonge” patiënten met snel progressieve cognitieve achteruitgang gecombineerd met psychiatrische en neurologische symptomen. Jonge leeftijd van patiënten en het atypische en progressieve beloop vanaf de eerste ziekteverschijnselen zullen belangrijke factoren zijn voor uitgebreidere diagnostiek, maar ook bij oudere patiënten met een atypisch beloop is uitgebreid onderzoek onmisbaar. Toegang tot dergelijke diagnostiek en de daarbij behorende expertise is dus (soms) ook noodzakelijk voor patiënten met psychogeriatrische problematiek. Aanvullend EEG- beeldvormend en liquoronderzoek kan de diagnose ondersteunen maar zekerheid bij leven kan alleen worden verkregen door een hersenbiopt. Dit laatste onderzoek heeft niet de voorkeur en wordt maar zeer zelden uitgevoerd.

Het stellen van de diagnose is belangrijk. In de eerste plaats om behandelbare ziekten, bijvoorbeeld een encefalitis, uit te kunnen sluiten. Tevens kan door het stellen van de diagnose en de prognose de juiste ondersteuning aan patiënt en mantelzorg geboden worden. In ons geval waren echtgenote en kinderen dankbaar dat de diagnose gesteld is. Veel vragen die de afgelopen jaren onbeantwoord bleven konden nu beantwoord worden. Helaas is behandeling (nog) niet mogelijk.

Dankbetuiging

Wij danken Professor dr. W.A. van Gool voor het kritisch meelesen.

Literatuur

1. Croes EA, van Duijn CM. De ziekte van Creutzfeldt-Jakob. Informatie folder afdeling epidemiologie, faculteit geneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam. 2009.
2. Lemstra AW, Schoenmaker N, Rozemuller-Kwakkel AJM, van Gool WA. The association of neuroleptic sensitivity in Lewy body disease with false positive clinical diagnosis of Creutzfeldt-Jakob disease. Department of

- Neurology and neuropathology, Academic Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006; 21:1-5
3. Jansen C, Schuur M, Spliet WGM, van Gool WA, van Duijn CM, Rozemuller AJM. Elf jaar obducties wegens de ziekte van Creutzfeldt-Jakob in Nederland, *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2009;153:A172
 4. Knight R. Creutzfeldt-Jakob Disease: A Rare Cause of Dementia in Elderly Persons. Edinburgh, United Kingdom. *Clinical and infectious diseases* 2006; 43:340-6

Signalementen

Een actieve leefstijl vertraagt de gevolgen van veroudering

Door de vergrijzende bevolking zal het aantal ouderen met aandoeningen zoals artrose, urine-incontinentie en cognitieve beperkingen toenemen. Ouderen hebben hierdoor een grotere kans op verlies van zelfstandigheid en doen een groter beroep op zorg. Klinisch en gezondheidspsycholoog *Erwin Tak*, werkzaam bij TNO op de afdeling Lifestyle als onderzoeker en projectleider bij het team 'Active Aging' toont aan in zijn promotieonderzoek dat vijftigplussers met een medium/hog niveau van fysieke activiteit het risico op het ontstaan van basale ADL-beperkingen in de daaropvolgende 3 tot 10 jaar met de helft verminderen. Bij ouderen die al beperkingen hadden bij het begin van het onderzoek werd een risicovermindering van 45% gevonden op het erger worden van de beperking.

Tak laat zien dat het mogelijk is om het proces van voortschrijdende beperkingen proactief te vertragen door deelname aan een oefenprogramma. Dit geldt zelfs tot op hoge leeftijd en bij kwetsbare ouderen. Het moeilijkste is het om ouderen aan het bewegen te krijgen en vooral te houden: slechts een kwart van de ouderen die meedoen aan een oefenprogramma blijft na afloop bewegen. Aandacht voor kwalitatief goede instructeurs (tevredenheid met het programma) en de fysieke klachten van deelnemers kan dit verbeteren. De rol van pijn en hoe deelnemers hiermee omgaan verdient speciale aandacht, vooral bij ouderen met artrose.

Proefschrift *Reducing the impact of geriatric conditions by physical activity*, Vrije Universiteit Amsterdam, 31 oktober 2013, 195 p, ISBN 978 90 5986 434 4. Promotor was prof. dr. M. Hopman-Rock, copromotor dr. ir. A.M.J. Chorus.

Zelf je risico op vallen aanpakken

Vallen is een groot gezondheidsrisico voor ouderen. Ongeveer een derde van de thuiswonende ouderen valt eenmaal per jaar en jaarlijks bezoeken bijna honderdduizend ouderen in Nederland de Eerste Hulp vanwege een valongeval. Klinisch geriater *Yvonne Schoon*, 44 jr, deed onderzoek naar verschillende aspecten van vallen. Bloeddrukregulatiestoornissen

(hypotensieve syndromen) zoals bloeddrukdaling bij het opstaan of na het gebruik van de maaltijd komen frequent voor bij ouderen en kunnen belangrijk bijdragen aan het probleem vallen. Draaien van het hoofd kan ook bloeddrukdaling veroorzaken. In dit onderzoek werd bij 39% van de bezoekers van valkliniek van Radboudumc Nijmegen en bij 44% gezonde ouderen dit fenomeen geconstateerd. Heftige hoofdbewegingen (hoofdomdraaien) kunnen dan beter worden vermeden om vallen te voorkomen.

In de valkliniekkpopulatie had 43% cognitieve stoornissen en 51–64% één of meer hypotensieve syndromen. Een correlatie werd niet gevonden, met name geen bewijs dat patiënten met periodieke bloeddrukdaling meer kans hebben op de aanwezigheid van cognitieve stoornissen.

Zelfmanagement van vallen kan vorm krijgen door ouderen zelf hun valrisico te laten meten. De diagnostische waarde van drie mogelijke zelftesten (stoeltest, loopsnelheidtest en maximale-staplengetest) is onderzocht bij 593 thuiswonende ouderen. Conclusie: de uitvoerbaarheid en de diagnostische waarde voor kwetsbaarheid (als samenhangende uitkomst van vallen) van deze testen zijn goed, van de loopsnelheidtest zelfs uitstekend. De voorspellende waarde van twee zelftesten, loopsnelheid en maximale staplengete, voor vallen was echter laag. Een hogere maximale staplengete gaf wel een lagere waarschijnlijkheid om te vallen. Grote stappen vlug, en veiliger, thuis dus!

Proefschrift *From a gait and falls clinic visit towards self-management of falls in frail elderly*, Radboud Universiteit Nijmegen, 14 oktober 2013, ISBN 978 94 9102 768 0. Promotor was prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert, copromotores dr. J.A.H.R. Claassen en dr. R.J.F. Melis.

Eenzaamheidsproblemen door (ver)slechter(end) gehoor bij ouder worden

Acht procent van alle volwassenen heeft aan beide oren een aanzienlijk gehoorverlies, in ongeveer 80% van de gevallen gaat het om ouderdomslechthorendheid. Van de 55-plussers is momenteel ongeveer 30% slechthorend. Zo is slechthorendheid één van meest voorkomende chronische aandoeningen.

Gezondheidswetenschapper/epidemioloog *Marieke Pronk*, 28 jr, onderzocht de factoren die risico's vormen voor een sneller gehoorverlies en ook de psychosociale gevolgen van gehoorverlies. Pronk deed onderzoek onder ouderen uit de

Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) en zij vond dat de jaarlijkse gehoorachteruitgang bij oude ouderen (85+) twee keer zo groot is als bij jonge ouderen (57 tot 65 jaar). Een verminderde cognitieve snelheid om informatie te verwerken blijkt een aanzienlijk deel van de achteruitgang in spraakverstaan-in-rumoer te verklaren.

Pronk vond ook dat een (ver)slechter(end) gehoor samenhangt met een toename in eenzaamheid. Dit geldt vooral voor oudere mannen die geen hoortoestel gebruiken. Ook ouderen die met een partner samenwonen, blijken hier gevoelig voor, misschien door de druk op de relatie of door vergelijking met 'de ander'. Een snellere achteruitgang van het gehoor leidt tot een grotere toename van eenzaamheid, vooral bij verweduwd ouderen en ouderen met een beperkt gehoor. Pronk onderstreept het belang van verder onderzoek naar (de effectiviteit van) interventies *na* gehoorscreening die kunnen dienen als aanvulling op of als alternatief voor hoortoestelaanpassing, zoals training in spraakafzien, hoortactieken en persoonlijke aanpassing.

Proefschrift *When your hearing fails you. Hearing loss determinants, psychosocial consequences, and possible interventions following screening in older adults*, Vrije Universiteit Amsterdam, 25 oktober 2013, 227 p, ISBN 978 90 5383 015 4. Promotores waren prof. dr. ir. J.M. Festen en prof. dr. D.J.H. Deeg.

Ouderen passen zich aan aan een verslechterende gezondheid

Een eenvoudig instrument om de algemene gezondheidstoestand van ouderen te bepalen is het oordeel over de eigen gezondheid (self-rated health, SRH). Het is echter onduidelijk in welke situaties SRH een goede reflectie is van de gezondheidsstatus, vooral voor de toepassing in longitudinale studies en trendstudies.

Bewegingswetenschapper/epidemioloog *Henriëke Galenkamp-van der Ploeg*, 28 jr, onderzocht het verband en constateert dat aanpassing aan een verslechtering van de gezondheid de impact van nieuwe ziekten beïnvloedt. De eerste ziekte lijkt de grootste impact te hebben, bijvoorbeeld door psychologische aanpassing aan een verslechterende gezondheidstoestand. Toch bleek SRH goed te kunnen onderscheiden tussen een goede en een slechte gezondheidstoestand. Vervolgens werd onderzocht hoe de aanpassing aan gezondheidsproblemen kan resulteren in een veranderende betekenis van SRH. Het blijkt dat ouderen na achteruitgang hun standaard verlagen, maar niet hun concept van gezondheid

veranderen. Als laatste werd gevonden dat trends in chronische ziekten en fysiek functioneren niet goed worden weerspiegeld in trends in SRH. Wanneer onderzoekers geïnteresseerd zijn in veranderingen in de gezondheid, ofwel bij het ouder worden ofwel op populatieniveau over de tijd, is het van belang om meer objectieve en specifieke indicatoren van gezondheid te onderzoeken.

Proefschrift *Feeling healthy versus being healthy: change and stability in older people's self-rated health*, Vrije Universiteit Amsterdam, 9 December 2013, 175 p, ISBN 978 90 6464 708 6. Promotores waren prof. dr. D.J.H. Deeg en prof. dr. A.W. Braam.

(Oudere) vrouwen vaker depressief dan mannen

Net als bij jongere volwassenen zijn oudere vrouwen twee keer zo vaak depressief als oudere mannen. Ouderenpsychiater *Caroline Sonnenberg*, 54 jr, onderzocht de oorzaken hiervan, de invloed van de (christelijke) geloofsovertuiging en zij keek ook naar het gebruik van antidepressiva en kalmeringsmiddelen.

Dat oudere vrouwen vaker depressief zijn dan oudere mannen kan zeker deels worden verklaard door het feit dat vrouwen veel vaker met ongunstige omstandigheden te maken krijgen zoals het verlies van de levenspartner, een laag inkomen en het krijgen van chronische, beperkende lichamelijke ziektes. De verschijnselen van depressie komen sterk overeen, behalve dat vrouwen vaker huilen dan mannen

Geloofsovertuiging heeft invloed op sociale en morele aspecten van het leven en is een belangrijke culturele bron voor ouderen. Het is bekend dat geloof zowel een beschermende als een uitlokkende factor kan zijn voor depressie. In dit onderzoek was de conclusie dat mensen met een protestantse geloofsovertuiging minder last hadden van depressie dan Rooms-Katholieken of niet-kerkelijken.

Medicamenteuze behandeling van depressie op oudere leeftijd laat enige verbetering zien ten tijde van de studie, waarbij zeker de oudste ouderen profiteren van het beschikbaar komen van nieuwere antidepressiva de zogenaamde SSRI's, met minder bijwerkingen. Toch is het anti-depressivum gebruik in de groep ouderen met ernstige klachten nog steeds erg laag. Het gebruik van kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) werd niet lager ondanks de toegenomen kennis over de negatieve gevolgen van langdurig gebruik, zoals sufheid, vallen en geheugenproblemen. Meer aandacht is nodig voor passende medicamenteuze behandeling van ernstige depressie bij ouderen. Proefschrift *Late*

life depression: Sex differences in clinical presentation and medication use, Vrije Universiteit Amsterdam, 14 oktober 2013, 193 p. ISBN 978 94 6191 866 6. Promotores waren prof. dr. A.T.F. Beekman en prof. dr. D.J.H. Deeg.

Communicatie over familiair risico op diabetes type 2 kan beter

De kans op het ontwikkelen van DM2 is twee tot vijf keer groter voor mensen met een familiegeschiedenis. Gezond eten en voldoende bewegen kan echter ook hier de ziekte uitstellen of misschien zelfs voorkomen. Naast publieke voorlichtingscampagnes voor de algemene bevolking zou je je op specifieke doelgroepen kunnen richten voor het aanbevelen van een gezonde leefstijl. Studies in het proefschrift van communicatiewetenschapper en gezondheidswetenschapper *Suzanne van Esch*, 41 jr, laten zien dat communicatie over diabetes geen taboe is in de meeste families. Patiënten vragen om risico-informatie in hun familie te verspreiden kan een mogelijk aanvullende strategie zijn om mensen met een verhoogd risico, Nederlandse en Surinaams-Hindostaanse families, te bereiken. Zorgverleners staan niet negatief tegenover deze strategie, echter de haalbaarheid en de (kosten)effectiviteit van een familiegeoriënteerde aanpak in de preventie van DM2 moet nog worden aangetoond. Daarnaast moeten zorgverleners worden opgeleid in het doelmatig bespreken van familiegeschiedenis en adequaat gebruik van familiecommunicatie. Proefschrift *Family matters in diabetes prevention. Communication about familial risk of type 2 diabetes*, Vrije Universiteit Amsterdam, 1 februari 2013, 168 p, ISBN 978 94 6182 201 7. Promotores waren prof.dr. F.J. Snoek en prof.dr. M.C. Cornel.

Ondernemen in de ouderenzorg werkt wél

Ondernemen in de ouderenzorg leidt tot prachtige innovaties, mits het begint op de werkvloer en niet in de hoofden van bestuurders die zelf geen contact hebben met bewoners. Dat concludeert sociaal wetenschapper *Maya Fiolet* uit observaties in ouderentehuizen en interviews met dertig bestuurders. Zo is er een initiatief waarbij huisvrouwen dementerende bewoners van verzorgingstehuizen helpen bij de maaltijd en de krant lezen, zodat specialistisch personeel kan doen waarvoor het is opgeleid. De ouderen krijgen per saldo meer zorg met relatief weinig extra kosten. Helaas, zegt Fiolet, zijn het de fiasco's die meestal het nieuws halen. Faillissementen van grote koepels die fuseerden, zorgkasteeltjes wilden invoeren en grote plannen

hadden met zorg op afstand, maar de financiële risico's niet goed doorrekenen. Veel publiek geld is hiermee gemoeid.

De overheid wil het liefst dat er innovaties komen die snel kunnen worden opgeschaald, maar Fiolet zag dat de diversiteit in tehuizen dat vaak niet mogelijk maakt. "In een tehuis met meerpersoonskamers zijn andere mogelijkheden dan in tehuizen met eenpersoonskamers vol voorzieningen. Het is beter om veel initiatieven te laten ontstaan en dan na een tijdje te wieden tussen al die kiemplantjes". Dat de verplichte warme middagmaaltijd en de avondboterham op de kamer in de meeste verzorgingstehuizen zijn vervangen door keuzevrijheid in een gezellig restaurant, is ook klein begonnen. Het tehuis dat scholieren voor hun maatschappelijke stage levensverhalen laat optekenen vindt Fiolet ook veelbelovend. "Het is voor ouderen fijn om hun verhaal kwijt te kunnen en het komt in het zorgdossier, waardoor behandelaars wat meer achtergrond kunnen lezen".

Een advies voor bestuurders heeft Maya Fiolet ook: "Zeg waar je voor staat. Als je de familie wilt verplichten twee keer per week te komen wandelen en bewoners laat betalen voor de was, vertel dan waarom je dat doet. Omdat je zo voorkomt dat er helemaal niet meer wordt gewandeld en je die wandeling essentieel vindt, bijvoorbeeld. Of omdat je geld wilt overhouden voor een wijntje bij het eten. Als ze weten waar een tehuis voor staat, kunnen cliënten en hun familie het tehuis kiezen dat het beste bij hen past".

Het proefschrift over haar onderzoek *Ondernemen in de Ouderenzorg. Wensen, Weerstand, Werkelijkheid*, Vrije Universiteit Amsterdam, 29 oktober 2013, 293 p, ISBN 978 90 5335 727 9, promotores prof. dr. T. Elfring en prof. dr. M.G. Boekholdt, hanteert natuurlijk een andere terminologie dan bovenstaand persbericht van de Vrije Universiteit Amsterdam. Daar is de eindconclusie dat ondernemen in de ouderenzorg geen neutraal proces is, maar een politieke en morele geladenheid kent die dilemma's rond identiteit en legitimiteit met zich meebrengt. De (verschillen in) wensen en belangen van de diverse stakeholders zijn bepalend voor de acceptatie en bepalen dus mede het ontstaan en de grenzen van de innovatieve praktijken. Omdat er op bestuurlijk niveau geen duidelijke keuzes worden gemaakt over de strategische (her)positionering van de organisatie als maatschappelijke onderneming, is het voor zowel de interne als de externe stakeholders niet meer duidelijk waar de organisatie voor staat en welke doelen worden nagestreefd. Dit leidt tot verkeerde verwachtingen en onduidelijkheid

waardoor ondernemen vaak met weerstand gepaard gaat.

Toekomst maken door te leren van het verleden

Op vrijdag 8 November 2013 hield prof. dr. *Bas van Alphen*, gezondheidszorgpsycholoog en programmaleider bij Mondriaan Ouderen (een grote instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Zuid Limburg), zijn inaugurale rede als bijzonder hoogleraar Klinische Ouderenpsychologie aan de Vrije Universiteit Brussel: Verleden heb je, toekomst moet je maken. De leerstoel omvat diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en aanverwante problematiek bij ouderen. GGZ Mondriaan heeft de leerstoel mogelijk gemaakt vanuit de behoefte naar meer kennis op dit terrein.

De 21ste eeuw wordt voor bijna alle landen de eeuw van de 'bevolkingsveroudering'. Nederland telde afgelopen jaar 2,7 miljoen 65-plussers en in 2041 wordt de piek bereikt van 4,7 miljoen. De druk op de ouderenzorg zal de komende decennia toenemen, meer ouderen betekent ook een toename van het aantal ouderen met

psychiatrische problemen. Daarnaast is de huidige generatie ouderen meer geneigd om psychische hulp te zoeken dan voorgaande generaties ouderen.

Momenteel is er relatief veel onderzoek naar dementie en depressie bij ouderen. Maar andere ernstige psychiatrische aandoeningen bij deze doelgroep blijven vaak onderbelicht, zoals persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen, bijvoorbeeld autisme en ADHD. De leeropdracht van Van Alphen richt zich daarom juist op deze actuele en urgente thema's. De focus ligt op opsporingstechnieken en behandelmethoden. Het gaat om mensen die zich in hun jonge jaren nog redelijk hebben kunnen staande houden, maar in de problemen komen als lichaam en geest verouderen. Het is van belang om deze groep op te sporen en gerichte behandeling aan te bieden. Hierdoor verbetert niet alleen de kwaliteit van leven van de oudere in kwestie, maar wordt ook de familie minder belast en kunnen professionals (huisarts, verpleging, thuiszorg) beter hun werk doen. Van Alphen pleit voor wetenschappelijke doorontwikkeling. Ook vindt hij dat ouderenpsychologie niet mag ontbreken binnen het huidige specialistische postacademische onderwijs.

Verenigingsnieuws

Abstracts Wintermeeting Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie 2014

1. Een communicatietraining voor vroegtijdige zorgplanning in woonzorgcentra

Sophie Ampe, Aline Sevenants, Evelien Coppens, Nele Spruytte, Anja Declercq, Chantal Van Audenhove
LUCAS - Centrum voor zorgonderzoek en consultancy
sophie.ampe@med.kuleuven.be

Doel: Voor bewoners met dementie in woonzorgcentra is het belangrijk dat bij vroegtijdige zorgplanning (VZP) (toekomstige) zorgkeuzes worden besproken in overleg met mantelzorgers en zorgprofessionals. In deze presentatie wordt de inhoud van een communicatietraining voor VZP bij bewoners met dementie in woonzorgcentra beschreven.

Methode: De communicatietraining is gericht op personeelsleden van woonzorgcentra (multidisciplinair, maximum 12), en is gebaseerd op het overlegmodel, bestaande uit 3 stappen: 1) praten over het feit dat er keuze is, 2) praten over de opties, 3) praten over de eindbeslissing. De communicatietraining omvat drie modules (twee workshops en een huiswerkopdracht), die elk focussen op één van deze stappen. In workshop-1 wordt, na theorie over VZP en het overlegmodel, een rollenspel aan de hand van een reële casus geoefend (focus op stap 1: praten over het feit dat er keuze is). De deelnemers zijn hierbij ofwel acteur ofwel observator. Na workshop 1 krijgen deelnemers een (huiswerk)opdracht om zelf gesprekken over keuzes in de toekomstige zorg aan te gaan met bewoners en mantelzorgers in hun instelling (focus op stap 2: praten over de opties). Workshop 2 start met het bespreken van ervaringen met het overlegmodel, en de belemmerende en bevorderende factoren. Nadien volgen er 2 rollenspelen (focus op stap 3: praten over de eindbeslissing). Alle deelnemers zullen aan het eind van de communicatietraining als acteur in een rollenspel geoefend hebben met het overlegmodel.

Conclusie: De communicatietraining is gebaseerd op het overlegmodel, een effectstudie moet uitwijzen of deze training de communicatie in woonzorgcentra kan verbeteren.

2. Evaluatie van gesprekken over vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie in Vlaamse woonzorgcentra

Sophie Ampe, Aline Sevenants, Evelien Coppens, Nele Spruytte, Anja Declercq, Chantal Van Audenhove
LUCAS - Centrum voor zorgonderzoek en consultancy
sophie.ampe@med.kuleuven.be

Doel: Keuzes aan het levenseinde van bewoners met dementie in woonzorgcentra (WZC) kunnen best besproken worden in overleg met bewoners en/of hun mantelzorgers, en met zorgprofessionals. Deze studie heeft als doel te evalueren hoe deze keuzes momenteel worden besproken en in hoeverre het overlegmodel (model voor shared decision-making) wordt toegepast in deze gesprekken.

Methode: Voor het evalueren van de organisatie van communicatie rond het levenseinde in WZC werd een audit ontwikkeld. Deze bestaat uit een gestructureerde vragenlijst, die in een groepsinterview wordt afgenomen van een tiental personeelsleden (multidisciplinair). De audit bevat 9 items waarin telkens 5 criteria worden beschreven. Per vervuld criterium wordt een score van 1 toegekend (met een maximale totaalscore van 45). Er werden audio-opnames gemaakt van twee types gesprekken (gesprekken bij opnames en bij crisissituaties). Voor de evaluatie van de mate waarin het overlegmodel wordt toegepast in deze gesprekken wordt de OPTION-schaal gebruikt. Dit is een instrument om te meten in hoeverre zorgverlener de bewoner/mantelzorger betrokken heeft in het beslissingsproces.

Voorlopige resultaten: Er namen in totaal 19 WZC deel aan de studie. De audit werd gescoord door 2 onafhankelijke onderzoekers ($\kappa = 0,80$). De scores variëren van 19/45 tot 42/45, met een gemiddelde score van 33,35/45. De gespreksopnames worden momenteel nog geanalyseerd.

Conclusie: Er is een groot verschil tussen de auditscores van de deelnemende WZC. Er wordt nog onderzocht of de uitkomsten van de gespreksanalyses dezelfde spreiding vertonen. De resultaten van deze studie zullen inzichten opleveren over hoe de communicatie rond het levenseinde in Vlaamse WZC verloopt.

3. Indicaties en doseringen van atypische antipsychotica in Belgische woonzorgcentra

Majda Azermai^a, Monique Elseviers^b, Luc Van Bortel^a, Robert Vander Stichele^a

^a Heymans Instituut voor Farmacologie, onderzoekseenheid Klinische Farmacologie, Universiteit Gent, ^b Vakgroep Verpleeg- en Voedkunde, Universiteit Antwerpen
majda.azermai@ugent.be

Doel: Atypische antipsychotica (Risperdal®, Zyprexa®) hebben conventionele antipsychotica grotendeels vervangen. Deze studie focust op atypische antipsychotica in het woonzorgcentrum en onderzoekt voor welke indicaties en in welke dosis deze geneesmiddelen worden gebruikt. *Methodologie:* In 2006 werden de medicatiefiches en klinische gegevens van 1730 residenten in 76 Belgische rusthuizen verzameld. Het geneesmiddel, de indicatie en dagelijkse dosering werden geregistreerd en geanalyseerd. Op basis van de WHO ATC/DDD index werd de dagdosis of de Prescribed Daily Dose' (PDD) vergeleken met de 'Defined Daily Dose' (DDD), alsook met geriatrische aanbevelingen uit richtlijnen.

Resultaten: Het gebruik van antipsychotica bedroeg 32,9% (92,3% >3 maand gebruik), waarvan 19,1% atypisch antipsychoticagebruik en 16,1% conventioneel gebruik. Dubbel gebruik werd geconstateerd bij 5%. Risperidone en olanzapine werden het meest gebruikt, respectievelijk 13,5% and 5,5%. Butyrofenonderivaten (12,1%) waren de meest voorkomende conventionele antipsychotica (haloperidol 5%). De voornaamste indicatie voor het gebruik van antipsychotica was dementiegerelateerde agitatie (57%). De dagdosis (mediane PDD) van risperidone bedroeg 0.5 mg (0.25–9) met 2,6% boven de DDD (5 mg) en 9.2% hoger dan de geriatrische aanbeveling. De dagdosis voor olanzapine (mediane PDD) bedroeg 5 mg (1.25–25) met 5,6% boven de DDD (10 mg) en 23,2% hoger dan de geriatrische aanbeveling. De dagdosis van quetiapine bedroeg 150 mg met 35,7% hoger dan de geriatrische aanbeveling.

Conclusie: De DDD is gebaseerd op de indicatie 'psychose' zonder aanpassing voor de oudere populatie. De resultaten tonen aan dat in een minderheid de DDD wordt overschreden, alsook een minderheid de geriatrische aanbeveling overschrijdt. De belangrijkste indicaties blijven dementie gerelateerde gedragsproblemen.

4. Hoe inzicht in gevaren in huis testen?

Hilde Baeyens, Evelyn Doppegieter, Evelyn Vyncke, Evi De Moes, Freya De Vos, Mieke van der Sypt

AZ Alma, Eeklo
hilde.baeyens@azalma.be

Doel: In kader van ontslagmanagement geriatrie ontwikkelden we in 2005 een test om inzicht in gevaren in huis in te kunnen inschatten. In eerste instantie betroffen dit twee tekeningen, waarin zeven gevaren situaties werden verwerkt. Gaandeweg beseften we dat foto's een realistischer beeld tonen. We wensten beide methodes te vergelijken, zodat we beter inzicht verkregen vooraleer op foto's over te schakelen.

Methode: 30 opeenvolgende patiënten opgenomen op dagziekenhuis geriatrie of acute geriatrie, waarbij een cognitief assessment gebeurde wegens vermoeden van dementie, werden geïncludeerd. De resultaten van de neuropsychologische onderzoeken (MMSE, FAB, ADAScog, Klok) en uiteindelijke diagnose werden op kwalitatieve manier uitgezet t.o.v. de bekomen resultaten van beide testen.

Resultaten: We merkten duidelijk een trend op, in relatie met het soort dementie die werd vastgesteld :

1. SDAT: bij beginnende tot matige alzheimer dementie is er een trend tot lagere scores bij de foto's in vergelijking met de tekeningen. Bijkomende metingen voor gevorderd SDAT zullen uitgevoerd worden.
2. Frontale dementie: bij beginnende frontale dementie liggen scores lager bij de foto's dan bij de tekeningen. Bij gevorderde frontale dementie, geven beide testen een gelijkwaardige uitkomst.
3. Multi infarct dementie (beginnend): de scores van de tekeningen zijn hoger dan foto's.
4. Primaire progressieve afasie (beginnend): scores zijn veel hoger bij beide testen in vergelijking met de klassieke testen (FAB/MMSE).

Bespreking:

1. Foto's testen inzicht in gevaren op realistische wijze.
2. In tegenstelling tot wat verwacht werd, helpen de abstracte tekeningen mogelijk personen die moeite hebben met abstraheren/symboliseren. Gebruik van symbolen/tekeningen maakt de test minder gevoelig bij patiënten met beginnende frontale dementie en beginnende tot matige alzheimer dementie.
3. Personen met taalproblemen (zoals primaire progressieve afasie, of afasie na CVA) kunnen

op deze manier adequaat getest worden. Dit in tegenstelling tot FAB en MMSE die allebei een beroep doen op taal.

4. Tekortkomingen van deze studie :
 - a. De gevaren zoals aangegeven op de foto's zijn niet identiek als deze van de tekeningen.
 - b. De aantallen patiënten per deelgroep zijn te laag om statistisch te verwerken.

5. Cognitieve evolutie in Belgische woonzorgcentrumbewoners: de impact van depressie

Jolyce Bourgeois^a, Monique Elseviers^{a,b}, Mirko Petrovic^{a,c}, Luc Van Bortel^a, Robert Vander Stichele^a

^a Heymansinstituut voor Klinische farmacologie, Universiteit Gent, België, ^b Vakgroep Verpleeg- en vroedkunde, Universiteit van Antwerpen, België, ^c Vakgroep Inwendige ziekten, Afdeling Geriatrie, Universitair Ziekenhuis Gent, België

Doel: Er is weinig gekend over de cognitieve evolutie bij WoonZorgCentrumbewoners (WZC), bij wie geen majeur cognitief deficit werd vastgesteld.

Met deze studie onderzoeken we 1) de cognitieve evolutie van cognitief gave bewoners en 2) risicofactoren op klinisch relevante achteruitgang.

Methoden: In een prospectieve cohort studie in 10 Belgische WZCs selecteerden we bewoners zonder ernstig cognitief deficit (MMSE > 18). We evalueerden cognitie met de MMSE bij inclusie en 12 maanden later. We verzamelden demografische gegevens, alsook medicatie gebruik, Activities of Daily Living score, depressie (Geriatric Depression Scale-8, afkappunt ≥ 3), pijn en sociale karakteristieken die cognitie kunnen beïnvloeden en onderzochten risicofactoren voor relevante cognitieve achteruitgang (daling van ≥ 4 punten op de MMSE) met multiple logistische regressie.

Resultaten: Van de 300 bewoners bij inclusie waren er 226 bewoners na 12 maanden. De gemiddelde leeftijd van de 226 bewoners was 85 jaar, 77% was vrouw en 60% ging naar school tot 14 jaar. De gemiddelde MMSE score daalde van 25.8 (range 18–30) tot 24.0 (range 9–30) en over 12 maanden was 31% van de bewoners achteruit gegaan (≥ 4 punten). In deze groep had 53% depressie vergeleken met 29% in bewoners zonder deze achteruitgang.

Multivariaat analyse gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en educatie toonde

significante impact van depressie (OR 2.77, 95%CI 1.39–5.52), gehoorproblemen (OR 3.83, 95%CI 1.45–10.13) en functionele afhankelijkheid (OR 1.18, 95%CI 1.10–1.27). Er was verminderd risico op achteruitgang wanneer de bewoner frequent las.

Conclusie: Een derde van de Belgische WZC-bewoners, zonder majeur cognitief deficit, vertoonde een klinisch belangrijke cognitieve achteruitgang. Depressie, gecontroleerd voor andere beïnvloedende factoren, vertoonde een significante invloed op deze achteruitgang.

6. Participation of older prisoners in correctional programs: is age a determining factor for engagement?

Dorien Brosens, Liesbeth De Donder, An-Sofie Smetcoren, Sarah Dury, Emily Verté, Sofie Van Regenmortel, Dominique Verté
Vrije Universiteit Brussel,
Educatiewetenschappen, Elsene
dbrosens@vub.ac.be

Purpose: Research has shown the importance of participation in correctional programmes (e.g. sport activities, education, vocational training, socio-cultural training courses, mental health care). Although the proportion of older prisoners is increasing, their needs are seldom taken into account in designing these programmes. The purpose of this study is to get insight into the participation rates of older prisoners to see whether they find access to the different programmes.

Methods: Based on a quantitative survey this study investigates the relationship between age and participation in correctional programmes. Data from 486 prisoners who are confined in a prison in the Northern part of Flanders (Belgium) are analysed.

Results: The findings of the bivariate analyses indicate that older prisoners (50+) participated more in none or only one correctional programme compared to younger prisoners (18–25 years) and adults (26–50) who participated more frequently. Older prisoners especially appealed more to mental health care services compared to younger prisoners. Sport activities and vocational training reached mainly younger prisoners. Considering educational courses, older prisoners participated less than adults, but more than the youngest prisoners. Finally, there was no relationship between following a socio-cultural training course and age.

Conclusions: Age is overall a determining factor for participation, but this relation

depends on the kind of programme. The article concludes by discussing some practical and policy recommendations to increase the access of older prisoners to these programmes.

7. Meten van uitkomsten van behandeling bij psychogeriatrische patiënten: op zoek naar een instrument om verandering in kaart te brengen

Charlotte Brys^a, Eva Dierckx^{a,b}, An Haekens^b, Anneleen Giedts^b, Femke Jooris^b

^a Vakgroep Klinische-en Levensloopspsychologie, Vrije Universiteit Brussel, ^b Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen Tienen
cabrys@vub.ac.be

Doel: Aan de hand van huidig onderzoek wordt op zoek gegaan naar een meetinstrument om neuropsychiatrische symptomen bij psychogeriatrische patiënten in kaart te brengen tijdens de behandeling. Verwacht wordt dat de Health of Nation Outcome Scale for Elderly People (HoNOS 65+) en de Neuropsychiatric Inventory (NPI) zowel voldoende wetenschappelijk onderbouwd als praktisch hanteerbaar zijn, om dienst te doen als evaluatief meetinstrument. Een afname van neuropsychiatrische symptomen wordt verwacht naarmate de behandeling vordert.

Methodologie: De HoNOS 65+ en de NPI worden aan de hand van tussentijdse metingen, met een tijdsinterval van twee weken, gescoord door verpleegkundigen op de psychogeriatrische afdeling van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen. In totaal worden 20 patiënten met psycho-organische ziektebeelden doorheen hun behandeling opgevolgd. Zowel de resultaten van beide meetinstrumenten als de ervaringen van de beoordelaars over de gebruiksvriendelijkheid worden in huidig onderzoek bestudeerd.

Resultaten: Zowel de NPI als de HoNOS 65+ vertonen symptoomreductie na een behandeling van gemiddeld 10.25 weken (SD=6,74). De NPI beantwoordt aan alle vooropgestelde criteria omtrent de praktische bruikbaarheid, hetgeen niet wordt waargenomen voor de HoNOS 65+.

Conclusie: De NPI kan gebruikt worden om de effectiviteit van een behandeling op een psychogeriatrische afdeling met patiënten met een neurodegeneratieve aandoening in kaart te brengen aan de hand van tussentijdse metingen. Er wordt zowel aan de voorwaarde van evidence-based als practice-based voldaan.

8. Effecten van cognitieve training op de reactiesnelheid en variabiliteit bij fragiele ouderen

Charlotte Brys^a, Patricia De Vriendt^a, Tony Mets^{a,b}, Ellen Gorus^{a,b}

^a Departement of Frailty in Ageing (FRIA) Research Group and Gerontology, Faculty of Medicine and Pharmacy, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, ^b Departement of Geriatrics, Universitair Ziekenhuis Brussel
cabrys@vub.ac.be

Inleiding: Normaal verouderen gaat gepaard met een afname van reactiesnelheid en een toename van de intra-individuele variabiliteit. Dit kan door middel van cognitieve training opnieuw verbeteren. Weinig onderzoek hieromtrent werd echter verricht bij fragiele ouderen in een woonzorgcentrum.

Methode: In een gerandomiseerd onderzoek worden de reactietijden van fragiele ouderen die deelnemen aan een cognitief reactiesnelheidsprogramma (N=24) vergeleken met fragiele ouderen die een klassieke geheugentraining volgen (N=26), gedurende 12 sessies, 3x30 min/week. Tijdens het cognitief reactiesnelheidsprogramma dienen de deelnemers zo snel en accuraat mogelijk te reageren. Drie testen, zijnde een enkelvoudige reactiesnelheidstaak, een vier-keuze reactiesnelheidstaak en een meerkeuze reactiesnelheidstaak met distractie worden voor en na de interventie gemeten met het Van Zomeren's reactietijdoetsel. Zowel de reactiesnelheid (RT), beslissingstijd (DT) als bewegingstijd (MT) worden gemeten.

Resultaten: Bij de vergelijking van pre- en posttesten wordt op de vier-keuzetaak bij de interventiegroep een significante daling van de interkwartiele DT ($p=0.019$) en de variatiecoëfficiënt ($p=0.012$) van de DT waargenomen. Daarnaast is een significante daling van de interkwartiele RT ($p=0.032$) en van de variatiecoëfficiënt van de MT ($p=0.047$) aanwezig op de meerkeuzetaak met distractie. Voor de andere variabelen worden geen significante verschillen vastgesteld.

Conclusie: Deze studie toont aan dat een verbetering van de intra-individuele variabiliteit bij fragiele ouderen mogelijk is door cognitieve reactiesnelheidstraining. Mogelijk wordt een groter effect waargenomen indien het trainingsprogramma langer duurt, de oefeningen frequenter worden aangeboden en rekening wordt gehouden met het individueel niveau van de deelnemers. Bijkomend onderzoek naar de

transfereerbaarheid van deze resultaten naar het dagelijkse leven is wenselijk.

9. Effect van hospitalisatie op de gewichtsevolutie bij gehospitaliseerde ouderen op een G-dienst

Yie Man Chong, Stany Perkisas, Raymonda Suy, Maurits Vandewoude
Universitair Centrum Geriatrie, Universiteit Antwerpen, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen

Doel: Een op tien Belgische senioren blijkt ondervoed. Nochtans wordt er in de praktijk nog te weinig systematisch gescreend naar ondervoeding. Deze studie heeft als doel om de gewichtsevolutie van patiënten die op een G-dienst worden opgenomen te evalueren.

Methodologie: Bij opname op de G-dienst werden gewicht, lengte en BMI bepaald. Bij patiënten die 4 weken verbleven in de dienst werden de parameters opnieuw bepaald. De patiënten werden ingedeeld in 3 leeftijdscategorieën: <75 jaar, 75–85 jaar en >85 jaar.

Resultaten: Er werden 259 patiënten gerekruteerd. De gemiddelde leeftijd bedroeg $82,4 \pm 6,2$ jaar. Het gemiddelde gewicht en BMI bij opname en na 4 weken zijn respectievelijk $66,1 \pm 15,2$ kg versus $64,7 \pm 14,5$ voor het gewicht en $25,0 \pm 5,3$, versus $24,4 \pm 5,1$ voor de BMI. Het gemiddelde gewichtsverschil na 4 weken ten opzichte van opname bedraagt 1,4 kg en is significant. ($p=0,001$).

Het gewicht en BMI bij opname (60 ± 11 ; $23,4 \pm 3,9$) en na 4 weken bij 85-plussers is significant lager ($p < 0,05$) ten opzichte van <75 jaar en 75–85 jarigen. In alle leeftijdscategorieën is er een significant gemiddeld gewichtsverlies na 4 weken. Dit verschil is vergelijkbaar in de verschillende leeftijdscategorieën.

Conclusie: Er is een significant gemiddeld gewichtsverlies van 1,4 kg bij opname in een G-dienst. Dit gewichtsverlies doet zich voor in alle leeftijdscategorieën. Deze resultaten benadrukken dan ook de noodzaak voor routinematige screening gevolgd door nutritionele interventie in deze kwetsbare patiëntengroep.

10. Opstellen richtlijnen valbilan, preventie en therapie osteoporose: Een multidisciplinaire aanpak

Yerma Coppens, Ann-Sophie Franki, Michele Catry, Karen Van Overbeke
AZ St. Lucas Gent
yerma.Coppens@azstlucas.be

Doel: Het bereiken van optimale aanpak van valproblematiek bij ouderen op geriatrie in combinatie met ziekenhuisbrede standaardisatie van osteoporosebehandeling.

Methodologie: Aangezien valincidenten vaak multifactorieel worden veroorzaakt, is het belangrijk dat alle mogelijke risicofactoren in kaart worden gebracht. Deze inventarisatie wordt het ‘valbilan’ genoemd. Een multidisciplinaire werkgroep geriatrie stelde een valbilan op waarbij aan de valrisicofactoren een gestructureerd, praktisch advies gekoppeld werd. Het valbilan werd elektronisch geïntegreerd in het geriatisch assessment. De individuele adviezen worden bij ontslag gecommuniceerd aan de eerstelijnszorg.

In overleg met de cel kwaliteit/patiëntveiligheid werd het meldingssysteem valincidenten geoptimaliseerd. De feedback van deze resultaten wordt praktisch vertaald naar afdelingen zodat het dagelijks beleid bijgestuurd kan worden.

Voor correcte opvolging van het valbilan werd een quickscan ontwikkeld.

Het implementeren van het valbilan vereiste een intensieve opleiding van alle paramedisch personeel, poetsdiensten, logistiek- en transportmedewerkers van geriatrie, alsook een sensibilisatiecampagne aan de hand van affiches. Voor patiënt en mantelzorger werden een brochure en een educatief valfilmpje ontwikkeld.

Standaardisatie en richtlijnen voor preventie en behandeling van osteoporose kwamen tot stand via samenwerking van geriaters, klinisch apothekers, reumatologen en werden goedgekeurd door het MFC.

Resultaten: Het valbilan met individuele adviezen werd geïmplementeerd voor patiënten op geriatrie met exclusie van bedlegerige en palliatieve patiënten. Alle patiënten ontvangen een valbrochure. Ergotherapie gebruikt het filmpje in de valeducatiesessies. Een optimalisatie van melden en verwerken van valincidenten werd doorgevoerd. De richtlijnen voor osteoporose onder de vorm van flowcharts, farmaceutische fiches en patiëntenfolders worden ziekenhuisbreed gedragen.

Conclusie: Een sluitende aanpak van de valproblematiek bij ouderen en de preventie en behandeling van osteoporose kunnen enkel bereikt worden via intensieve dienstoverschrijdende multidisciplinaire inbreng van artsen, paramedisch personeel, apothekers ingebed in de besluitvormende organen van het ziekenhuis.

11. Translation of the Katz and Lawton scale to the terminology of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Elise Cornelis^{a,b,c}, Ellen Gorus^{a,c}, Patricia De Vriendt^{b,c}

^a Department of Geriatrics, Universitair Ziekenhuis Brussel, ^b Artevelde University College Ghent, ^c Frailty in Ageing (FRIA) research group and Gerontology department, Faculty of Medicine and Pharmacy, Vrije Universiteit Brussel

Purpose: Although assessment of daily functioning is crucial in geriatrics, frequently used tools for assessing activities of daily living (ADL) such as the Katz (basic ADL) and Lawton scale (instrumental ADL) have clear clinical and scientific shortcomings. This study aimed to translate both scales to the language of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), the current reference in health care for assessing human functioning.

Methodology: A qualitative design, based on in depth-interviews with geriatric patients ($n=50$), was used to gain insight in individual experiences and slopes of decline in performing basic and instrumental ADL. Narratives were analysed by “constant comparison” and results were linked to terminology of the ICF. To enhance reliability peer-debriefing by a multidisciplinary team of experts was used.

Results: Each activity of the Katz and Lawton scale could be linked to an ICF-category. Furthermore, analysis of the reported diminished performance skills resulted in a clear description of the ICF-scoring system ranging from autonomy (score 0) towards complete dependency (score 4). Reported reasons for limitations could all be related to body functions and structure or personal and environmental elements of the ICF-framework.

Conclusion: This study resulted in a uniform scoring guideline and flow-chart for the Katz and Lawton scale. This new and improved scoring system takes each subject as his own reference and could provide clarity in assessing basic and instrumental ADL. Further research is carried out to explore the psychometric properties and evaluates the value of its contribution to assessment of daily functioning in geriatric patients.

12. Multicentrische cross-sectionele studie naar fysieke fixatie in woonzorgcentra: eenvoudig in prevalentiecijfers weer te geven?

Joke Coussement^{a,c}, Sam Vander Meiren^c, Christa Van Criekingen^a, Tania Stalmans^a, Chris Van Beersel^{a,b}, Koen Milisen^{c,d}

^a VZW Rusthuizen Zusters van Berlaar, ^b Kwaliteitscirkel beschermende maatregelen, VZW Rusthuizen Zusters van Berlaar, ^c Ziekenhuis en Verplegingswetenschap, KU Leuven, ^d Dienst geriatrie, UZ Leuven
joke.coussement@zusters-berlaar.be

Doelstelling: Een objectieve en transparante prevalentiemeting van fysieke fixatie in woonzorgcentra.

Methodie: Een cross-sectionele studie in de VZW Rusthuizen Zusters van Berlaar (7 woonzorgcentra, 718 bewoners). In de periode 13 februari tot 21 maart 2013 werd per bewoner één vragenlijst ingevuld die peilde naar het gebruik van verschillende fysieke fixatiematerialen in de afgelopen maand en bijkomende gegevens zoals o.a. initiatiefname, toestemming van bewoner en familie, reden voor het gebruik en of de zorgverlener het materiaal als fixatie beschouwde.

Resultaten: De respons was 98,5%. De prevalentie van verschillende materiaalsoorten varieerde: vb. bedhekken (58,1%), gekantelde zetel (28,0%), toiletgordel/tillift op toilet (23,5%), voorzettafel (9,9%), buikgordel (excl. toilet) (7,9%), trippelhoes/slaapzak/verpleegpyjama (5,5%). Enkel- en polsbanden werden niet gebruikt. Ter illustratie meer gedetailleerde gegevens voor gekantelde zetels. De prevalentie van gekantelde zetels exclusief ‘op vraag van bewoner’ was 21,6%. De prevalentie ‘zonder toestemming van de bewoner’ was 13,7%, waarvan in 20,0% van de gevallen ook geen toestemming gevraagd werd aan familie. Zitcomfort was de belangrijkste reden om een gekantelde zetel te gebruiken (89,2%). Hierbij waren 72,2% van de bewoners afhankelijk van derden om uit een gewone stoel recht te staan. De prevalentie van gekantelde zetels exclusief deze bewoners was 7,0%. De prevalentie van gekantelde zetels die de zorgverlener beoordeelde als fysieke fixatie was 4,5%.

Conclusie: Deze studie toont aan dat fysieke fixatie in woonzorgcentra op verschillende manieren kan geïnterpreteerd worden. Een zinvolle zelfevaluatie en benchmarking vereist objectieve en transparante indicatoren die meer

dan alleen gebaseerd zijn op een strikte definitie en rekening houden met de context waarin fysieke fixatie wordt gebruikt.

13. Independent Predictors of Hospital Outcomes in Older Patients in Acute Care: a Multicentre, Observational Study

Stefanie L De Buyser^a, Mirko Petrovic^a, Youri E Taes^b, Davide L Vetrano^c, Graziano Onder^c
^a Department of Geriatrics, Ghent University Hospital, Ghent, ^b Department of Endocrinology and Unit for Osteoporosis and Metabolic Bone Diseases, Ghent University Hospital, Ghent, ^c Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

Purpose: The identification of older patients at risk of poor hospital outcomes (e.g. longer hospital stay, in-hospital mortality, and institutionalization) is important to provide an effective healthcare service. Aim of the present study is to identify factors associated with poor hospital outcomes in older patients admitted to an acute care ward.

Methods: The CRITERIA to assess appropriate Medication use among Elderly complex patients (CRIME) project was an observational study of 1123 older patients, consecutively admitted to geriatric and internal medicine acute care wards of seven Italian hospitals. Data on demographics, anthropometrics, social factors, cognitive status (Mini Mental State Examination), psychological status (Geriatric Depression Scale), medical diagnoses, geriatric conditions, and physical function (walking speed, grip strength, ADL) were recorded. Hospital outcomes were length of stay (LoS), in-hospital mortality, and institutionalization.

Results: Mean age of participants was 81 years, 56% were women. Median LoS was 10 (7–14) days, 41 patients died during hospital stay and 70 were institutionalized. Multivariate linear regression analyses identified number of drugs before admission, metastasized cancer, renal failure or dialysis, infection, falls at home during the last year, pain, and walking speed as independent predictors of LoS. Pressure ulcers, malnutrition (BMI < 18.5 kg/m²), and total ADL dependency were independent predictors of in-hospital mortality. Malnutrition and total ADL dependency were also independent predictors of institutionalization.

Conclusions: Besides medical diagnoses, physical function and malnutrition are two important aspects that are independently predictive for

poor hospital outcome. Assessment of these factors may influence decisions about the optimal management of healthcare resources.

14. Functional Changes During Hospital Stay in Older Patients Admitted to an Acute Care Ward

Stefanie L De Buyser^a, Mirko Petrovic^a, Youri E Taes^b, Davide L Vetrano^c, Andrea Corsonello^d, Stefano Volpato^e, Graziano Onder^c

^a Department of Geriatrics, Ghent University Hospital, Ghent, ^b Department of Endocrinology and Unit for Osteoporosis and Metabolic Bone Diseases, Ghent University Hospital, Ghent, ^c Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy, ^d Unit of Geriatric Pharmaco-epidemiology, IRCCS - Italian National Research Centre on Aging (INRCA), Cosenza, Italy, ^e Department of Medical Sciences, University of Ferrara, Ferrara, Italy

Purpose: The impact of hospital stay on changes in physical performance has rarely been evaluated. We examined functional changes during hospital stay by assessing both physical performance and activities of daily living (ADL). Additionally, we investigated characteristics of older patients associated with meaningful in-hospital improvement in physical performance.

Methods: The CRITERIA to assess appropriate Medication use among Elderly complex patients project recruited 1123 patients aged ≥ 65 years, consecutively admitted to geriatric or internal medicine acute care wards of seven Italian hospitals. We analysed data from 639 participating participants with a Mini Mental State Examination score $\geq 18/30$. Physical performance was assessed by walking speed (WS) and grip strength (GS), and functional status by ADL score at hospital admission and at discharge. Meaningful improvement was defined as ≥ 1 standard deviation of in-hospital change of the examined measurement. Multivariate logistic regression models predicting meaningful improvement, included age, gender, type of admission, and physical performance at admission.

Results: Mean age of the study participants was 79 years, 52% were female. Overall, mean WS and GS performance improved during hospital stay (WS improvement: 0.04 ± 0.20 m/s, $p < 0.001$; GS improvement: 0.43 ± 5.66 kg, $p = 0.001$), no significant change was observed in ADL. Patients with poor physical performance at admission had higher odds for in-hospital improvement.

Conclusions: Overall, physical performance measurements show an improvement during hospital stay. The margin for meaningful functional improvement is larger in patients with poor physical function at admission. Nevertheless, most of these patients remain to have poor performance at discharge.

15. Programmatie-studie Brussel: Stand van zaken en prognoses inzake de thuiszorg en (semi-)residentiële zorg voor ouderen in Brussel

Liesbeth De Donder^a, Emily Verté^a, Herwig Teugels^b, Marc Glorieux, Marc Bernard, Olivia Vanmechelen^b, An-Sofie Smetcoren^a, Peter Persyn^c, Dominique Verté^a
^a Vrije Universiteit Brussel, ^b Kenniscentrum Woonzorg Brussel, ^c Mederi vzw
 liesbeth.de.donder@vub.ac.be

Doel: Deze bijdrage beschrijft de belangrijkste resultaten van de programmatiestudie voor Brussel. Brussel kent een vrij complexe situatie van huisvesting en zorg wegens o.a. een zeer heterogene bevolking: sterke vergroening, maar ook de sterkste interne vergrijzing van alle gewesten, de rijkste én armste gemeente van het land, en een groeiende groep allochtone ouderen. Daarnaast kent Brussel een complexe bevoegdheidsverdeling. Bovenop de federale reglementen in de gezondheidszorg kent men nog de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC – COCOM), COCOF en Vlaamse Gemeenschap.
Methodologie: Actuele data op het gebied van programmatie, financiering/subsidiëring en gerealiseerde invulling van diensten, voorzieningen en personeel in de thuiszorg én (semi-) residentiële zorg worden beschreven anno 2010 en aan de hand van demografische prognoses uitgezet voor 2022 en 2040.

Resultaten: In de toekomst zal er dringend moeten geïnvesteerd worden in zorgvoorzieningen. Op vlak van gezinszorg is er in 2022 een toename nodig van 150%, voor thuisverpleegkundigen een verviervoudiging. Een belangrijke uitzondering zijn de woonzorgcentra waar er in Brussel gemiddeld genomen een overprogrammatie is.

Conclusie: De huidige zorgorganisatie in Brussel is weinig duurzaam en naar de toekomst toe weinig houdbaar. Het is aangewezen om het huidige zorgorganisatiemodel aan te passen aan de

concrete noden die er nu reeds bestaan alsook aan toekomstige uitdagingen. De presentatie zal hiertoe enkele concrete aanbevelingen doen.

16. Kennis, attitude en subjectieve zorgbelasting van delirium bij verpleegkundigen op een acute G-dienst in Belgische ziekenhuizen

Heleen Deruytere^a, Elke Detroyer^b, Koen Milisen, Greet Lambert, Nele Van Den Noortgate mede in naam van de leden van het college geriatrie.

^a Dienst Geriatrie, AZ Groeninge, Kortrijk,

^b Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg
 heleen.deruytere@gmail.com

Probleemstelling: Delirium heeft belangrijke gevolgen voor de patiënt, zijn naasten en de zorgverstrekker. Het vergt daarom een tijdige detectie, diagnose en aanpak. Hiervoor is een goede kennis van het ziektebeeld vereist.

Doel: Deze studie wil de kennis van verpleegkundigen over delirium in kaart brengen evenals de associatie van delirium met de attitude tegenover ouderen enerzijds en subjectieve zorgbelasting anderzijds.

Methodologie: Een multi-centrisch survey onderzoek in 33 Belgische ziekenhuizen met deelname van 10 verpleegkundigen per ziekenhuis. De enquêtes van 285 verpleegkundigen (86,4%) werden geïncludeerd. Kennis, attitude en zorgbelasting werden bevraagd aan de hand van gevalideerde schalen (1).

Resultaten: De kennis over symptomen van delirium is groter dan de kennis over risicofactoren (78,4% tegenover 68,9% juiste antwoorden). Voornamelijk het identificeren van hypoactief delirium scoort zwak (33,3% juiste antwoorden). Er is enkel voor opleidingsniveau van verpleegkundigen een significant verschil te weerhouden in kennis ($p < 0,001$). Er is een significante associatie tussen de kennis en attitude van verpleegkundigen ($p = 0,05$): 'hoe negatiever de attitude ten opzichte van ouderen, hoe lager de kennis over delirium'. Voornamelijk hyperactieve vormen zorgen voor een hogere subjectieve zorgbelasting. Er is geen associatie tussen kennis en zorgbelasting ($p = 0,308$). Multivariate analyse toont aan dat enkel het opleidingsniveau ($p = 0,001$) gecorreleerd is met de kennis van verpleegkundigen.

Conclusie: Uit deze studie blijkt dat zekere kennis over delirium voornamelijk beïnvloed

door de graad van opleiding van de verpleegkundigen. Of ook attitude en zorgbelasting, factoren die belangrijk zijn in een kwaliteitsvolle zorg voor ouderen met delirium, een rol spelen in de kennis is verder te onderzoeken.

17. Accuracy of diagnosis and documentation of delirium in older patients admitted to the emergency department (ED)

Els Devriendt^{a,b}, Mieke Deschodt^{a,b}, Elke Detroyer^{a,c}, Marc Sabbe^d, Johan Flamaing^{a,b}, Koen Milisen^{a,b}

^a Health Services and Nursing Research, KU Leuven, Leuven, ^b Geriatric Medicine, University Hospitals Leuven, ^c Department of Health Service, Katholieke Hogeschool Limburg, Hasselt, ^d Emergency Medicine, University Hospitals Leuven
els.devriendt@med.kuleuven.be

Purpose: Delirium is an often misperceived healthcare problem that can affect 8 to 10% of older ED patients. Despite the importance of an accurate and early diagnosis, delirium remains often undetected. We aimed to determine the accuracy of diagnosis and documentation of delirium in the patient file of older ED patients.

Methods: The records of 442 older patients admitted to the ED were reviewed retrospectively for the diagnosis of delirium and the description of (behavioral) symptoms. Delirium was assessed by an independent trained rater using the Confusion Assessment Method (CAM). Both the specific (acute onset AND fluctuating course) and the sensitive (acute onset OR fluctuating course) CAM-algorithms were used. The results of the CAM-algorithms were compared with the documentation in the patient file.

Results: According to the specific CAM-algorithm, 'full' delirium occurred in 7.7% ($n=34$) of the patients. No documentation of delirium was found for 11 of these delirious patients (32.4%). The diagnosis of delirium or a synonym was documented in 6 patient records (17.6%). In an additional 17 records (50%), behavioral symptoms of delirium were mentioned, of which the term confusion was the most common symptom used ($n=16$). According to the sensitive CAM-algorithm, another 37 (8.8%) patients had 'probable' delirium. Thirty-two of these patients (86.5%) had no reported diagnosis, synonyms or related symptoms of delirium; and only 5 (13.5%)

records mentioned confusion as a symptom of delirium.

Conclusion: Delirium is underreported at the ED, which may undermine a proper management of this vulnerable group of patients.

18. Older Adults Admitted To The Emergency Department (ED): Risk Factors For Unplanned ED Readmission

Mieke Deschodt^{a,b}, Els Devriendt^{a,b}, Marc Sabbe^c, Jean Bernard Gillet^c, Daniel Knockaert^d, Steven Boonen^{b,c}, Johan Flamaing^b, Koen Milisen^{a,b}

^a Health Services and Nursing Research, KU Leuven, ^b Geriatric Medicine, University Hospitals Leuven, ^c Emergency Medicine, University Hospitals Leuven, ^d General Internal Medicine, University Hospitals Leuven, ^e Leuven University Center for Metabolic Bone Diseases, KU Leuven, Belgium
els.devriendt@med.kuleuven.be

Purpose: Currently, about 12% of the patients admitted to the ED is 75 years or older. Older persons often have atypical and complex medical and psychosocial problems that may complicate ED care and follow-up. This study aimed to determine which patient characteristics are predictive for unplanned ED readmission.

Methods: An observational study with 3 months follow-up was conducted on the ED of a university hospital. A comprehensive geriatric assessment (CGA) including demographic data, medical data, functional and mental status, pain and nutrition was executed. Descriptive and comparative analyses were performed for all included patients and subgroups. Determination of predictors was done by multivariable binary logistic regression.

Results: 442 people aged 75 years or older were included in the study, 73.5% ($n=325$) were admitted to the hospital, of which 35.1% ($n=114$) were admitted to an acute geriatric ward. Of the patients being discharged from the ED, 26.5% (31/117) had an unplanned ED revisit within 3 months. Nursing care at home (OR 4.63, 95% CI 1.45–14.77) and depression (OR 3.91, 95% CI 1.16–13.19) were found to be independent predictors for unplanned ED readmission in the multivariable analysis. A significant trend was found for falls in the last year (OR 2.99, 95% CI 0.95–9.37).

Conclusions: This study confirms the high readmission rates of older persons being

discharged from the ED and suggests the potential value of multidisciplinary, psychosocial and functional assessment, interventions and follow-up to avoid early unplanned ED readmissions.

19. The Montreal Cognitive Assessment: Improving specificity by adding the optional cued recall tasks?

Eva Dierckx, Monica Carlon, Sebastiaan Engelborghs, Peter Paul De Deyn, Stefan Van der Mussele, Ingrid Ponjaert-Kristoffersen
Vrije Universiteit Brussel, Klinische-en Levenslooppyschologie
eva.dierckx@vub.ac.be

Purpose: The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) was designed as a screening instrument for mild cognitive dysfunction. However, in the differentiation between Mild Cognitive Impairment (MCI) patients and healthy controls; with the proposed cut-off score of 26, specificity is often very low. In this study we want to ascertain whether the “optional” cued recall tasks are able to increase specificity.

Methods: The MoCA was administered together with other neuropsychological tests to 48 amnesic MCI patients (according to Petersen’s criteria (1999)) and 40 healthy control subjects. The MoCA total score with delayed recall (it is the original score) was calculated together with a MoCA total score with semantic cued recall and a MoCA total score with recognition (no correction for education).

Results: Receiver Operating Characteristic Curves (ROC) revealed the highest diagnostic accuracy as measured by the Area Under the Curve (AUC) for the MoCA cued recall (0.84), followed by the original MoCA (0.82) and the MoCA recognition (0.80). According to a binary logistic regression analysis, only the MoCA cued recall remained in the analysis (Wald $\chi^2(1)=17.05$, $p=0.000$ (CI95%:0.525–0.794), providing the best differentiation between MCI patients and healthy control subjects. Using the cut-off of 26/30, the following sensitivity (S) and specificity (Sp) scores were obtained for the original MoCA (S=98%, Sp=50%), the MoCA cue (S=90%, Sp=68%) and MoCA recognition (S=69%, Sp=75%) total scores.

Conclusion: This study showed that adding the semantic cued recall task may improve diagnostic accuracy of the MoCA in differentiating aMCI patients and healthy controls.

20. The Role of Social Ties and Resources of Older Adults in late life volunteering

Sarah Dury^a, Nico De Witte^b, An-Sofie Smetcoren^a, Tine Buffel^c, Dorien Brosens^a, Emily Verté^a, Sofie Van Regenmortel^a, Liesbeth De Donder^a, Dominique Verté^a

^a Vrije Universiteit Brussel, ^b Hogeschool Gent, ^c Manchester University
sarah.dury@vub.ac.be

Purpose: There is strong evidence that social ties of older adults are correlated with volunteer participation. However, the process to which the relation between social ties and volunteer participation may vary remains under-explored in aging research.

Methods: Using a mixed-method approach consisting of two consecutive phases, this article aims to identify social contextual factors that either promote or impede older people’s volunteer participation. In the first phase, quantitative data from the Belgian Ageing Studies (N=67,144 from 141 municipalities) were used to purposively select six municipalities: low, mediocre, and high rates of volunteering. A multinomial logistic regression was applied to analyse social ties characteristics that determine whether one is a volunteer, a potential volunteer or a non-volunteer. In the second, qualitative phase, focus groups with older adults were conducted in each of the six case study areas.

Results: The regression analyses indicate that non-volunteers and potential volunteers have a smaller network compared to volunteers (e.g., non-volunteers have less contact with friends, acquaintances, neighbours and people from their neighbourhood). In addition, findings from the qualitative survey indicate also that membership in an association and residential stability are key determinants for volunteering in later life.

Conclusions: The research findings indicate that being embedded into one’s community is a prerequisite before being able to participate into an organization. Being embedded into a community appeared challenging, certainly for new arrivals of a municipality. Moreover, being a member of an association appeared also as a crucial factor for volunteering among elderly people.

21. Twelve Weeks of Intensive Strength Training did not Impact Serum Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) Levels in Elderly Persons

Louis Nuvagah Forti^{a,b}, Elke Eelbode^{a,b}, Rose Njemini^{a,b}, Ingo Beyer^{a,c}, Tony Mets^{a,b,c}, Ivan Bautmans^{a,b,c}

^a Gerontology Department, ^b Frailty in Aging Research (FRIA) Group, Faculty of Medicine and Pharmacy, Vrije Universiteit Brussel
ivan.bautmans@vub.ac.be

Purpose: BDNF is assumed to induce neurogenesis and to protect against neurodegenerative diseases. The neurobiological benefit from physical exercise is thought to involve exercise-induced increases in BDNF. This study investigates the effects of 12-weeks strength training on circulating BDNF in community-dwelling older adults.

Methods: Forty elderly persons living independently in the community and not involved in intensive physical exercise were enrolled (median age 66 years, range 62–72 years). Twenty participants were assigned to 12 weeks of progressive strength training (PST, 70–80% of maximal strength, 3×/week; leg press, leg abductor, leg adductor, vertical traction, chest and shoulder press). Matched control individuals (CON, $n=20$) maintained daily activity levels. Serum was collected for BDNF-assay from all participants before and after 12 weeks (for PST-subjects 24–48 h after the last training). Data were analyzed using non-parametric statistics.

Results: Muscle strength improved significantly in PST participants (+49% for leg extension, $p=0.008$). Contrary to our hypothesis, PST did not affect serum BDNF ($p=0.147$) concentration and no significant difference was observed when comparing PST and CON for changes in BDNF levels after 12 weeks ($p=0.383$). In addition, gender and health status did not interact with the results.

Conclusions: We showed that 12 weeks of strength training significantly improved muscle performance. The lack of an observable impact of PST on serum BDNF levels might be due to a short-lived BDNF response, occurring acutely following exercise, which might have been washed out when we sampled our participants. This hypothesis needs confirmation by further studies.

22. Technologie in thuiszorg

Wouter Grommen, Benny Claes, Carine Gielen
Hogeschool PXL, Hasselt
wouter.grommen@pxl.be

Doel: Dit praktijkgericht onderzoek wil, na een gedegen literatuurstudie, de technologische innovaties in kaart brengen en valideren met een wetenschappelijk onderbouwd screeningsinstrument met aandacht voor een

veilige woonomgeving voor ouderen in de thuisgezondheidszorg.

Methodologie: Aan de hand van literatuurstudie zullen de diverse noden en behoeften betreffende een veilige woonomgeving in de thuisgezondheidszorg in kaart gebracht worden. Vanuit deze resultaten zal er een wetenschappelijk onderbouwd screeningsinstrument ontwikkeld worden. Op basis van de opgebouwde expertise zal er een vormings- en trainingsprogramma voor zorgprofessionals ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd worden.

Resultaten: In academiejaar 2011–2012 werd de focus gericht op het analyseren van bestaande wetenschappelijk onderbouwde screeningsinstrumenten met aandacht voor een veilige woonomgeving. Aan de hand van een vergelijkingsmatrix werd een eigen screeningsinstrument samengesteld. Om de bruikbaarheid en validiteit van het screeningsinstrument te achterhalen, werd het instrument uitgetest bij de thuiszorgpartners. Vanuit deze resultaten werd in academiejaar 2012–2013 het screeningsinstrument geoptimaliseerd via gedetailleerde mindmapping en gedigitaliseerd volgens de principes van Universal Design. Vervolgens werd het digitale screeningsinstrument uitgetest bij de thuiszorgpartners. Tevens werd er onderzocht of het screeningsinstrument kan geïntegreerd worden binnen de webbased applicatie BelRAI en thuiszorgspecifieke CAP's. Uiteindelijk werd er een vormings- en trainingsprogramma uitgewerkt voor zorgprofessionals in de thuisgezondheidszorg met bijhorende handleiding.

Conclusie: Op basis van literatuurstudie en testing binnen de thuisgezondheidszorg werd een wetenschappelijk onderbouwd digitaal screeningsinstrument ontwikkeld dat kan gebruikt worden om de woonomgeving van ouderen in kaart te brengen. Via vervolgonderzoek zal dit screeningsinstrument, in het kader van adviesverlening, gekoppeld worden aan de databank *Leefbaar wonen*.

23. Leefbaar wonen

Wouter Grommen, Myriam Westhovens, Mieke Nijs
Hogeschool PXL, Hasselt
wouter.grommen@pxl.be

Doel: Dit praktijkgericht onderzoek wil, na een gedegen literatuurstudie en continue uitbouw van een netwerk met experts, de technologische innovaties in de thuisgezondheidszorg

inventariseren en transfereren naar een database (assessments, hulpmiddelen en zorgtechnologieën) in het kader van consultancy.

Methodologie: Aan de hand van literatuurstudie zullen assessments, hulpmiddelen en zorgtechnologieën in kaart gebracht worden en getransfereerd worden naar een database. Vanuit deze database zal een interdisciplinair interventieprogramma voor kwetsbare thuiswonende ouderen, gebruik makend van de webapplicatie “*Electronical Occupational Performance Profile (e-OPP)*”, uitgevoerd en gevaloriseerd worden om de dienstverlening in de thuisgezondheidszorg te optimaliseren. Op basis van de opgebouwde expertise zal een vormings- en trainingsprogramma en consultancy voor ouderen, mantelzorgers en zorgprofessionals ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd worden.

Resultaten: In academiejaar 2012–2013 werd het handelingsbeeld van de kwetsbare thuiswonende oudere gekaderd binnen het Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Dit handelingsbeeld werd interdisciplinair vertaald naar e-OPP. Vervolgens werd een startdatabase bekomen van assessments, hulpmiddelen en zorgtechnologieën binnen de domeinen “Zorg en wonen”. Tevens werd er een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd waarbij het handelingsprofiel van de kwetsbare thuiswonende oudere en de startdatabase werd getoetst binnen de thuisgezondheidszorg.

Conclusie: Op basis van literatuurstudie en praktijkgericht onderzoek binnen de thuisgezondheidszorg werd een aanzet gegeven tot het weergeven van een interdisciplinair handelingsprofiel van de kwetsbare thuiswonende oudere en het realiseren van een database. Via vervolgonderzoek zal de database geoptimaliseerd en gevaloriseerd worden opdat er op een snelle en efficiënte manier gericht advies verleend kan worden binnen de thuisgezondheidszorg.

24. Zorg met Aandacht

Ingeburg Digneffe, Carine Gielen,
An Vandervoort, Wouter Grommen
Hogeschool PXL, Hasselt
wouter.grommen@pxl.be

Doel: De ervaringsbox “Zorg met Aandacht” heeft als doelstelling om voor zorgprofessionals een beter inzicht te creëren over het functioneren van ouderen in het dagelijks leven. Zorgverleners kunnen zelf aanvoelen hoe het is om zorgafhankelijk door het leven te gaan en op

hulp van anderen aanspraak te moeten maken. Door dit ervaringsgericht educatieprogramma krijgen zorgprofessionals de mogelijkheid te ervaren welk effect veroudering heeft op het zintuigstelsel. Deze ervaringen prikkelen zorgverleners in het nastreven van een kwaliteitsvolle zorgverlening.

Methodologie: Naast een literatuurreview beoogt dit praktijkgericht onderzoek kennis te genereren omtrent de perceptie en de ervaring van zorgprofessionals binnen de thuisgezondheidszorg. Om de ervaringen van zorgprofessionals te bestuderen, is gekozen voor een beschrijvend kwalitatief onderzoek. De gegevensverzameling gebeurt aan de hand van diepte-interviews. De bekomen resultaten worden getransfereerd naar een wetenschappelijk onderbouwde ervaringsbox zintuigen met bijhorend vormings- en trainingsprogramma.

Resultaten: Uit de interviews blijkt dat zorgprofessionals meer openstaan om hun eigen manier van zorgverlening in vraag te stellen, deze te toetsen aan de presentietheorie en eventueel handelen aan te passen. Ervaringsgerichte reflecties verhogen het inlevingsvermogen van deze zorgverleners waardoor het hen helpt om de mens achter de zorgvrager te zien.

Conclusie: Binnen het gebruik van deze ervaringsbox “Zorg met Aandacht” vormt specialistische zorg en begeleiding een belangrijk uitgangspunt om een kwaliteitsvolle zorgverlening te kunnen garanderen. Naast de ontwikkeling van deze toolbox is verder onderzoek nodig naar de ervaringen van de zorgvragers in het streven naar een kwaliteitsvolle zorgverlening. Tevens zal deze didactische methodiek getransfereerd worden naar een ervaringsbox dementie.

25. Normering van de verlichtingsmodaliteiten binnen de residentiële gezondheidszorg: suggesties uit het CURA-B project

Katholieke Hogeschool VIVES, Studiegebied
Gezondheidszorg, campus Brugge
Provinciale Ontwikkelingsmaatschappij West-
Vlaanderen
Regionaal Sociaal Economisch Overlegcomité
Midden-West-Vlaanderen
dries.grymonpre@vives.be

Doel: De toekomstige populatie van woonzorgcentra zal voor een groot deel bestaan uit personen met dementie. Deze bewoners hebben een vergrote behoefte aan licht. Uit onderzoek blijkt dat in veel bestaande Vlaamse

woonzorgcentra het verlichtingsniveau onvoldoende is afgestemd op hun bewonerspopulatie. Daarenboven groeit de aandacht voor de invloed van licht op het circadiaans ritme. Een verstoring van dit ritme wordt als belangrijke etiologische factor gezien voor het optreden van gedragsproblemen en neuropsychiatrische symptomen bij personen met dementie. Deze studie verkende de mogelijkheden om de verlichting beter af te stemmen op de (toekomstige) bewoners in woonzorgcentra.

Method: Aan de hand van bestaande literatuur omtrent het effect van verlichting op personen met dementie werden de huidige verlichtingsnormen voor woonzorgcentra gescreend. Vervolgens werkten een verlichtingsbedrijf, een woonzorgcentrum en een kennisinstelling samen een op maat gemaakt lichtplan uit voor het woonzorgcentrum en diens bewoners met dementie. *Resultaten:* We stellen vast dat momenteel de normen voor woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen slechts in beperkte mate uitgewerkt zijn. Om de verlichting beter af te stemmen op de bewoners van deze centra, dringt een concretisering van de huidige normen zich op. De suggesties uit deze pilot moeten de overheid inspireren om de normering te verfijnen. *Conclusie:* De huidige lichttechnologie laat toe om op een efficiënte wijze kwalitatieve verlichting te genereren die aansluit op de noden van de bewoner met dementie. De samenwerking tussen verschillende actoren kan zorgen voor een betere afstemming van de technologie op de behoeften van alle gebruikers ervan in een woonzorgcentrum.

26. Palliative care in nursing homes: a qualitative evaluation of the content comprehensiveness and the practical usability of interRAI Palliative Care

Kirsten Hermans^a, Nele Spruytte^a, Joachim Cohen^b, Chantal Van Audenhove^a, Anja Declercq^a

^a LUCAS, Center for Care Research and Consultancy, KU Leuven, ^b End-of-Life Care Research Group
kirsten.hermans@med.kuleuven.be

Purpose: Nursing homes are important palliative care settings for frail older persons. By means of comprehensive geriatric assessments (CGAs), an appraisal can be made of the different palliative care needs of nursing home residents. The interRAI Palliative Care (interRAI PC) instrument is a CGA which assesses the diverse

needs of older adults requiring palliative care in all healthcare settings. Examples of results are Client Assessment Protocols (CAPs) and Scales. Based on these outcomes, care plans can be evaluated and adjusted. This study aims to evaluate the content comprehensiveness and the practical usability of the interRAI PC instrument for use in palliative care in Belgian nursing homes.

Methods: Care professionals of ten nursing homes fill out the interRAI PC instrument during 1 year for all nursing home residents with palliative care needs. After 6 months, focus groups and interviews will be organized to determine whether items are lacking or redundant in the interRAI PC instrument for use in Belgian nursing homes. Furthermore, the usability of interRAI PC will be asked for in terms of barriers and facilitators. A qualitative data analysis will be conducted. *Results:* Results on interviews and focus groups will be available in March 2014.

Conclusions: Based on the results of this study, we will be able to adjust and optimize the content and the usability of the interRAI PC instrument for use in Belgian nursing homes.

27. Comprehensive geriatric assessments for nursing home residents with palliative care needs: a systematic review

Kirsten Hermans^a, Johanna De Almeida Mello^a, Nele Spruytte^a, Joachim Cohen^b, Chantal Van Audenhove^a

^a LUCAS, Center for Care Research and Consultancy, KU Leuven, ^b End-of-Life Care Research Group
kirsten.hermans@med.kuleuven.be

Purpose: Nursing homes become important locations for palliative care. By means of comprehensive geriatric assessments (CGAs), an evaluation can be made of the palliative care needs of nursing home residents. This review aims to identify all CGAs that can be used to assess palliative care needs in care homes and that have been validated for nursing home residents receiving palliative care. The CGAs are evaluated in terms of psychometric properties and content comprehensiveness.

Methods: A systematic literature search in electronic databases MEDLINE, Web of Science, EMBASE, Cochrane, CINAHL and PsycInfo was conducted for the years 1990 to 2012. Psychometric data on validity and reliability were extracted from the articles. The content comprehensiveness of the identified CGAs was analyzed, using the 13 domains for a palliative

approach in residential aged care of the Australian Government Department of Health and Ageing (AGDHA).

Results: A total of 1368 articles were identified. Seven studies met our inclusion criteria, describing five CGAs that have been validated for nursing home residents with palliative care needs. All CGAs demonstrate moderate to high psychometric properties. The interRAI PC covers all domains of the AGDHA. The MQLS covers nine domains. All other CGAs cover seven domains or less.

Conclusions: The interRAI PC and the MQLS are considered to be the most comprehensive CGAs to evaluate the needs of nursing home residents receiving palliative care. Future research should aim to examine the effectiveness of the identified CGAs and to further validate the CGAs for nursing home residents with palliative care needs.

28. Does the use of the interRAI Palliative Care instrument improve the quality of palliative care in nursing homes?

Kirsten Hermans^a, Nele Spruytte^a, Joachim Cohen^b, Chantal Van Audenhove^a, Anja Declercq^a

^a LUCAS, Center for Care Research and Consultancy, KU Leuven, ^b End-of-Life Care Research Group
kirsten.hermans@med.kuleuven.be

Purpose: The interRAI Palliative Care instrument (interRAI PC) was developed as part of the interRAI Suite of instruments. InterRAI PC is a CGA which evaluates the needs and preferences of adults requiring palliative care in all healthcare settings. Given that nursing homes are playing an increasing role in caring for older adults with palliative care needs, the aim of this study is to determine whether the use of the interRAI PC instrument improves the quality of palliative care in nursing homes.

Methods: A case-matched control study for complex interventions will be conducted. Variables will be used for matching ten experimental nursing homes to ten control nursing homes. Unlike the control nursing homes, the experimental nursing homes will fill out interRAI PC during 1 year for all residents receiving palliative care. To assess the quality of palliative care in the experimental and the control nursing homes, both groups will fill out the Palliative care Outcome Scale (POS) before and after the intervention period for all nursing home residents with palliative care needs. The quality of palliative care will be compared before

and after the intervention and between the experimental and the control groups.

Results: The pretest POS-results on the quality of palliative care in ten experimental and ten control nursing homes, will be available for presentation from December 2013.

Conclusions: Based on the results of this study, we will be able to determine whether the use of the interRAI Palliative Care instrument improves the quality of palliative care in nursing homes.

29. Exploratory study about drugs in nursing home (NH)

Güngör Karakaya^{a,b}, Christian Horemans^a, Evelyn Macken^a ^aBelgian Independent Health Insurance funds (MLOZ), ^bUniversité Libre de Bruxelles (ULB)
gungor.karakaya@mloz.be

Purpose: The aim is to analyse the use of drugs by the elderly and especially into NH for better medication management.

Methods: Data come from the administrative database of the Belgian Independent Health Insurance funds. Investigations focus on drugs prescription during the NH stay in 2011. A comparison with previous consumption is made to estimate the impact of institutionalization. Beers/START/STOPP criteria are used to identify non recommended drugs.

Results:

- important polypharmacy that does not decrease after the entry in NH.
- institutionalized patients tend to take a larger range of drugs belonging to different therapeutic classes. The share of antidepressants/antipsychotics is striking.
- institutionalization has a very significant impact on the proportion of the population treated with antipsychotics (+81%) and antidepressants (+34%) and on their average daily consumption (resp. +32% and +55%).
- once institutionalized, residents rarely stop their antidepressant/antipsychotic treatment and their consumption pattern does not vary significantly over time.
- for one of five residents the prescribed antidepressant is inappropriate according to Beers/START/STOPP criteria and only one of ten residents receives a recommended antidepressant.

Conclusion: The antidepressant/antipsychotic consumption in NH raises issues. Some are used although they are not considered as appropriate according to common used criteria. Measures are

necessary to improve the quality of prescription by strengthening the use of a formulary and the role of the coordinator-adviser physician (CRA/MCC) and by favouring multidisciplinary consultation between all actors. There is a need to periodically review prescriptions and to allow dispensing drugs per unit

30. Falls in older cancer patients: a multicentric prospective study

Nathalie Vande Walle, Cindy Kenis, Katrien Van Puyvelde, Lore Decoster, Ingo Beyer, Godelieve Conings, Johan Flamaing, Jean-Pierre Lobelle, Hans Wildiers, Koen Milisen
UZ Leuven
cindy.kenis@uzleuven.be

Purpose: To evaluate the occurrence of falls 2 to 3 months after cancer treatment decision and to identify predictive markers associated with the occurrence of falls during follow-up.

Methods: Eligible patients had a malignancy, were ≥ 70 years and a treatment decision had to be made. At baseline, all patients underwent a geriatric screening (G8/fTRST), as well as a geriatric assessment (GA) including social data/ADL/IADL/fall history in the past 12 months/MOB-T/MMSE/GDS-15/MNA/CCI and polypharmacy. Functionality was followed by repeating ADL, IADL and fall history 2 to 3 months after cancer treatment decision.

Results: A total of 937 patients were included (10/2009-07/2011) with a median age of 76 years (range: 70–95) and 63.5% women. At baseline 295 patients (31.5%) reported at least one fall in the past 12 months. At follow-up ($n=809$), at least one fall was reported by 142 patients (17.6%). Logistic regression analysis showed that falls during follow-up could be predicted by the presence of falls in the past 12 months ($p < 0.0001$), presence of self-perceived fatigue measured by MOB-T ($p < 0.0001$), ADL dependency ($p = 0.0004$), presence of a geriatric risk profile measured by G8 ($p = 0.0153$) and living alone ($p = 0.0310$). A significant interaction of falls in the past 12 months with ADL functionality was also observed to predict falls during follow-up ($p = 0.0123$).

Conclusion: GA performed before cancer treatment can identify at-risk patients for falls. Evaluation of fall prevention strategies in older cancer patients at high risk is urgently needed.

31. SIOG consensus on Geriatric Assessment in older cancer patients

Hans Wildiers, Pieter Heeren, Martine Puts, Eva Topinkova, Maryska Janssen-Heijnen, Martine

Extermann, Claire Falandry, Andrew Artz, Etienne Brain, Guiseppe Colloca, Johan Flamaing, Theodora Karnakis, Cindy Kenis, Riccardo Audisi
UZ Leuven
cindy.kenis@uzleuven.be

Purpose: To update the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) 2005 recommendations on geriatric assessment (GA) in older cancer patients.

Methods: SIOG composed a task group to review, interpret and discuss key evidence on seven topics: (1) What are the reasons to perform GA; (2) what does GA detect in oncological patients; (3) what is the predictive value of GA for treatment-related complications; (4) what is the prognostic value of GA (overall survival); (5) what is the influence of GA on treatment decisions; (6) which geriatric domains and tools should be included in a GA systematically; (7) how can GA be organized/implemented in clinical care.

Results and conclusions: Important domains in GA are social status/support, functional status, fatigue, comorbidity, cognition, mental health status, nutrition, and presence of geriatric syndromes, and various tools are available for assessing them. Deficits in GA domains are frequent in older cancer patients. GA parameters have predictive value for the occurrence of severe treatment-related toxicity. GA parameters independently predict overall survival in a variety of diseases and treatment settings, but outcome is also heavily dependent on the oncological prognosis. GA can influence treatment choice in some patients, both downgrading and upgrading treatment intensity. Various models exist for organizing GA implementation, each with advantages and disadvantages. Preference should go to models that fit with the local health care structure and setting. Interaction with multidisciplinary, geriatric teams (for selected patients) is highly recommended.

32. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations

Lore Decoster, Katrien Van Puyvelde, Umberto Basso, Supriya Mohile, Ulrich Wedding, Giuseppe Colloca, Siri Rostoft, Janine Overcash, Hans Wildiers, Christopher Steer, Gretchen Kimmick, Ravindran Kanesvaran, Andrea Luciani, Catherine Terret
UZ Leuven
cindy.kenis@uzleuven.be

Purpose: To update the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) 2005 recommendations on the use of screening tools for selecting those older cancer patients in need of evaluation by geriatric assessment (GA) and multidisciplinary approach.

Methods: SIOG composed a task group to review, interpret and discuss evidence on the use of screening tools in older cancer patients. A systematic review was performed and discussed by an expert panel, leading to a consensus statement on their use.

Results: Forty-four studies reporting on the use of 17 different screening tools in older cancer patients were identified. The tools most studied in older cancer patients are G8, TRST and VES-13. Across all studies the highest sensitivity was observed with G8, TRST, OGS, SOF, ECOG-PS, SAOP2 and Gerhematolim. In 11 direct comparisons for detecting problems on a full GA, the G8 was more or equally sensitive than other instruments in all 6 comparisons, whereas results were mixed for the VES13 in 7 comparisons.

Conclusions: Screening tools do not replace GA but are recommended in a busy practice in order to identify those patients in need of full GA. If abnormal, screening should be followed by GA, intervention and multidisciplinary approach. Clinicians desiring to adopt a screening tool should choose a tool that is extensively studied with high sensitivity, however at the present time no specific tool can be recommended. Further research should focus on the ability of screening tools to build clinical pathways and to predict different outcome parameters.

33. Impact of geriatric assessment on treatment decisions and follow-up in older colorectal cancer patients

Leen Vanacker, Cindy Kenis, Godelieve Conings, Koen Milisen, Hans Prenen, Jacques Van Der Auwera, Eric Van Cutsem, Katrien Van Puyvelde, Johan Flamaing, Jean-Pierre Lobelle, Jacques De Grève, Hans Wildiers, Lore Decoster
UZ Leuven
cindy.kenis@uzleuven.be

Purpose: To investigate the influence of GA on cancer treatment decisions in older colorectal cancer (CRC) patients (pts), to study the evolution of functionality and development of chemotherapy-related toxicity and to look for predictive markers for functional decline and toxicity.

Methods: Pts (≥ 70 years) with a newly diagnosed/progressive CRC were evaluated at

baseline using a geriatric screening (G8/fTRST) followed by an uniform GA (pain/social data/ADL/IADL/fall history/MOB-T/MMSE/GDS-15/MNA/ECOG-PS/CCI/polypharmacy assessment). After cancer treatment decision, the physician was interviewed using a predefined questionnaire. At 2–3 months follow-up, functionality was reassessed and toxicity recorded.

Results: 193 pts with CRC were included with a median age of 77 years (range 70–89). 40.4% of physicians consulted the GA results before final treatment decision. GA revealed unknown geriatric problems in 37.8%, leading to a geriatric intervention in 4.6%. Treatment was modified according to standard clinical assessment in 34.7%. GA led to an additional change of treatment in 1 pt. Functional decline was observed in 17.7% for ADL and 36.6% for IADL. A decline in ADL was predicted by baseline MOB-T ($p=0.0398$) and MMSE ($p=0.0283$). Grade III–IV toxicity occurred in 23.9% of pts. Radiotherapy ($p=0.0016$) was predictive for hematological toxicity and MNA ($p=0.03$) for non-hematological toxicity.

Conclusion: In older CRC patients, GA revealed previously unknown information in 37.8% but led to geriatric intervention and change in treatment decision in a minority of patients. Baseline screening for fatigue and cognition was found to be predictive for functional decline in ADL. Severe chemotherapy toxicity was predicted by baseline nutritional assessment and previous radiotherapy

34. Impact of geriatric assessment on treatment decisions in older lung cancer patients

Leen Vanacker, Cindy Kenis, Katrien Van Puyvelde, Johan Flamaing, Denis Schallier, Johan Vansteenkiste, Godelieve Conings, Kristiaan Nackaerts, Jean-Pierre Lobelle, Koen Milisen, Jacques De Grève, Hans Wildiers, Lore Decoster
UZ Leuven
cindy.kenis@uzleuven.be

Purpose: To investigate the influence of geriatric assessment (GA) on treatment decisions in older lung cancer patients (pts) and to evaluate changes in functionality and occurrence of severe chemotherapy-related toxicity.

Methods: Pts ≥ 70 years with newly diagnosed or progressive lung cancer were evaluated at baseline using a geriatric screening (G8 and fTRST) as well as an uniform GA: demographics, ADL, IADL, falls, Mob-T, MMSE, GDS-15, MNA, CCI and polypharmacy. Results were

communicated to the treating physician and, after the treatment decision, the physician was interviewed using a questionnaire focusing on unknown geriatric problems revealed by GA and impact on cancer treatment. Between 2 and 3 months of follow-up, functionality was reassessed and severe chemotherapy-related toxicity was recorded.

Results: 73 lung cancer pts were included with a median age of 76 years and 74% stage IV. Treatment differed from standard based on clinical assessment (including age) in 56.1%. GA revealed unknown geriatric problems in 25.8%, leading to a geriatric intervention in 10.6%. In 3 pts GA led to a modification of the proposed treatment. At follow up ($n=50$), functional decline was observed in 24% for ADL and 54% for IADL. Severe chemotherapy-related toxicity occurred in 33% of pts.

Conclusion: Clinical assessment and age influence treatment of older lung cancer pts. GA reveals unknown information in 25.8%, but does not lead to geriatric intervention or treatment decision changes. This discrepancy reveals the need to get physicians treating lung cancer acquainted with GA and geriatric interventions in an attempt to improve quality of care.

35. Attitudes and perceptions of older persons towards monitoring of activities of daily living using contactless sensors: a systematic literature review

Veerle Claes, Els Devriendt, Jos Tournoy, Koen Milisen
Health Services and Nursing Research KU
Leuven
koen.milisen@med.kuleuven.be

Purpose: Technologies for contactless monitoring are increasingly used in order to contribute to qualitative and cost-effective care for older persons. The purpose of this systematic literature review is to explore the attitudes and perceptions towards the use of systems for contactless monitoring.

Methods: Relevant studies were identified through an extensive search strategy in Medline, Embase and Cinahl for studies published between January 1990 and August 19 2012; using a reference list offered by a group of experts in this field of research and through the exploration of the reference lists of all relevant studies.

Results: Nine studies with a qualitative study design and one study with a combined study design were included. Various aspects of the attitudes, perceptions and needs of older persons

as potential or actual end-users of contactless monitoring can be summarized in five themes: the perceptions on the potential usefulness of contactless monitoring, the communication of information obtained through monitoring, several concerns when contactless monitoring is used and the participation and involvement of the person who is monitored. All these facets can influence the willingness to accept these monitoring systems.

Conclusions: This review can offer technology developers and care providers useful information to promote acceptance and successful integration of systems for contactless monitoring into daily practice by ensuring that they meet the needs, concerns and wishes of older persons as their end-users. Further exploration of the attitudes and perceptions of older people towards contactless monitoring through qualitative and quantitative research with a good methodological quality is required.

36. Experiences of professional caregivers providing person centred care to elderly people with dementia

Juul Lemey, Dominique Gykiere, Ellen Gorus, Patricia De Vriendt
Artevelde University College Ghent
juul.lemey@arteveldehs.be

Purpose: Persons with dementia were mainly viewed as individuals with special needs and increasing limitations, but currently their remaining capacities and autonomy are also recognized. Due to this paradigm shift person centred care (PCC) (Kitwood, 1996) has become an international accepted best practice. However little is known about the influence of PCC on professional caregivers.

Methods: A qualitative explorative phenomenological research with in-depth interviews was set up to explore the experiences of caregivers delivering PCC. Purposive sampling was used to include a group of 16 nursing assistants and nurses working in four private or public nursing homes, known for their PPC approach. An inductive content analysis was performed.

Results: Although all participants assumed they used PCC, different interpretations of the concept were observed. Participants experienced PCC both in a positive and negative way. Caregivers with positive experiences showed a positive attitude, an adequate knowledge, worked in a smaller environment, had self-perceived freedom and received responsibility from the management. Negative experiences

were seen in participants who felt powerless and incompetent. According to the caregivers these feelings might be caused by a lack of time, staff, knowledge, team discussions or management support.

Conclusions: An international accepted definition of PCC and associated competences is needed. Negative experiences in PCC can cause caregivers to stop providing PCC. Conversely positive experiences stimulate caregivers to practice PCC in a qualitative way. Therefore repeated theoretical and practical training with follow up, management support, structural and cultural changes (e.g. employing more staff, time for team discussions) are essential.

37. De Vlaamse Week van de Valpreventie: promotie van valpreventiestrategieën ten aanzien van ouderen in de thuis- en residentiële setting

Greet Leysens, Elisa Van der Elst, Ellen Vlaeyen, Annelies Geeraerts, Eddy Dejaeger, Koen Milisen
Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen, KU Leuven, Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen
Greet.Leyens@med.kuleuven.be

Doel: Valincidenten bij ouderen komen vaak voor en kunnen leiden tot ernstige gevolgen (breuken, valangst, toename van kosten). Er is voldoende evidentie over effectieve valpreventiestrategieën, maar implementatie in de dagelijkse praktijk blijft moeilijk. Het Expertisecentrum Val- en Fractuurpreventie Vlaanderen (EVV) heeft als doel implementatie van valpreventiestrategieën te bevorderen, door te focussen op behoeften uit het werkveld alsook gericht in te spelen op belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot effectieve valpreventiestrategieën. Het EVV werkt hiervoor samen met Vlaamse partners zoals Logo's, VIGeZ.

Methodologie: Door middel van een jaarlijkse Week van de Valpreventie (WvdV) wordt iedereen die met ouderen in contact komt, gesensibiliseerd om samen eenzelfde boodschap te brengen. De focus in 2013 ligt op 'beweging', één van de belangrijkste factoren om vallen te voorkomen. De algemene doelstelling is dan ook ouderen aan te sporen om zo lang mogelijk fit en actief te blijven. Deelnemende organisaties maken gebruik van een breed aanbod van op evidentie gebaseerde materialen en activiteiten ter bevordering van valpreventiestrategieën

(folders, activiteitenpiramide, oefenprogramma's, 'Dans je leven lang!-feesten' ...).

Resultaten: Tijdens de WvdV 2013 engageerden zich 769 Vlaamse organisaties, waarvan 244 thuiszorgorganisaties, 360 woonzorgcentra, 61 ziekenhuizen en 104 andere organisaties (ouderenverenigingen, onderwijsinstellingen, ...).

Conclusie: De WvdV kan worden beschouwd als een waardevolle methodiek om valpreventiestrategieën te bevorderen binnen de thuis- en residentiële setting. Door te focussen op de positieve effecten van bewegen in plaats van de negatieve effecten van inactiviteit, worden ouderen gestimuleerd om actief te blijven, waardoor hun valrisico vermindert. De WvdV zal in 2014 herhaald worden.

38. The development of a tablet application to enhance the communication between older people and their environment

Juul Lemey, Dany Dhondt, Lut De Jaegher, Ruben Vanbosseghem
Artevelde University College Ghent, Ghent
juul.lemey@arteveldehs.be

Purpose: Due to the aging population a growing number of elderly people becomes socially isolated. Especially those living in nursing homes are lacking qualitative social contact. Therefore various communication technologies have been developed. However most of these technologies are expensive and not user-friendly. Therefore the aim of this study was to develop a tablet application to enhance the wellbeing of cognitive healthy elderly through a renewed communication and the principles of reminiscence.

Methods: An interactive knowledge transfer model with repeated phases of development, data collection and data analysis was set up. The principles of co-design were used (Pralhad, 2000). Four focus groups with caregivers were organized and a prototype was tested in two nursing homes for 2 months with four elderly and their environment. The use of the application was observed and videotaped. Afterwards semi-structured interviews were conducted. An inductive content analysis was performed on these data.

Results: Several caregivers reported the need for communication technology co-designed by future users. Elderly and caregivers experienced the application and the tablet computers as user-friendly. Verbal communication between elderly, their caregivers and their family was facilitated by the developed application.

Conclusions: An application to enhance the communication between elderly people and their environment was developed. There is limited evidence that the application is effective. Although this needs to be tested in a broader population. The tablet application can be further developed to use in different populations (e.g. elderly with dementia) and for different purposes (e.g. facilitate elderly to live independently at home).

39. De ontwikkeling van een transferdocument voor de zorgoverdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector in de regio Leuven, Vlaams Brabant

Maartje Wils^a, Els Devriendt^b, Koen Milisen^b, Johan Flamaing^c

^a UZ Leuven, Geriatisch Support Team, ^b CZV KU Leuven, ^c Dienst Geriatrie, Departement Klinische en Experimentele Geneeskunde, KU Leuven
maartje.wils@uzleuven.be

Doel: Wanneer ouderen vanuit een residentiële naar een acute zorgsetting worden doorverwezen kan belangrijke informatie met betrekking tot de zorg verloren gaan. Uit de literatuur blijkt dat het gebruik van een gestandaardiseerd, 1-pagina tellend transferdocument kan leiden tot een significante daling van ontbrekende informatie bij de zorgoverdracht. Vanuit een samenwerking tussen de residentiële en acute zorgsector in Leuven, Vlaams-Brabant werd een gestandaardiseerd transferdocument ontwikkeld en gevalideerd.

Methodologie: Na literatuurstudie en vergelijking van reeds bestaande transferdocumenten werd een topiclijst gegenereerd die als basis diende voor een Delphi-ronde waaraan experts uit zowel de residentiële als de acute zorgsector deelnamen. Tijdens de Delphi-ronde werd een eerste consensus bereikt wat betreft de inhoud van het document. Daarna werd het document beoordeeld op inhoudsvaliditeit door een groep van negen experts uit de acute en residentiële zorgsetting. Hierbij maakten we gebruik van de techniek van Lynn (1986) en Pollit (2007). De indrukvaliditeit werd beoordeeld door twee verpleegkundigen en twee artsen, at random gekozen uit bovenstaande settings.

Resultaten: Na een Delphi-procedure werd een vragenlijst opgesteld bestaande uit de 9 thema's en 44 subthema's. Alle 44 subthema's vertoonden een uitstekende inhoudsvaliditeit. De scale content validity universal agreement (S-CVUIA) voor het gehele transferdocument was

0.68. De average scale content validity (S-CVIAve), die het gemiddelde van de inhoudsvaliditeit van alle subthema's berekend was 0.96. Na een tweede en laatste Delphi-ronde werd een definitief transferdocument opgesteld bestaande uit 8 thema's en 50 subthema's.

Conclusie: Er werd een 1-pagina tellend, gestandaardiseerd transferdocument ontwikkeld dat vanaf September 2013 werd geïmplementeerd in Vlaams-Brabant.

40. Rehabilitatie en cognitieve training bij dementie in geheugenkliniek: programma geheugenrevalidatie

Sarah Maes, Pieters Roland
AZ Sint-Blasius Dendermonde
sarah.maes@azsintblasius.be

Doel: Evaluatie van de werkzame technieken en werkzaamheid van een project geheugenrevalidatie bij dementie.

Methodologie: Een systematische uiteenzetting van de recentste wetenschappelijke bevindingen, met direct belang voor de klinische aanpak van cognitieve interventies, wordt aangeboden. De literatuur wordt eveneens bijgezet door het revalidatieprogramma zoals aangeboden in AZ Sint-Blasius Dendermonde.

Resultaten: Het blijkt dat voor deze setting heel wat technieken uit de cognitieve training en rehabilitatie effectief zijn, met exclusie van slechts een aantal methodes. Cognitieve stimulatie kan niet effectief ingezet worden binnen deze setting. Andere revalidatiestrategieën worden slechts beknopt vernoemd. Op heden zijn er enkel descriptieve variabelen voorhanden voor de 33 patiënten die het volledige traject van een jaar afrondden in ons ziekenhuis (periode 13/09/2011 t.e.m. 20/08/2013). De gemiddelde MMSE waarde bij aanvang bedroeg 23.73/30, met een daling van 1.81 punten na een jaar (M 21.93). Bij 14 patiënten werd een daling in hun MMSE score opgemerkt na een jaar, met maximale daling 7 punten. Bij 7 patiënten bleef de score stabiel en 6 patiënten kenden een verbetering met maximaal 4 punten.

Conclusie: De doelstelling om (cognitieve) achteruitgang bij patiënten met dementie te stabiliseren, werd dus behaald bij 48% van de patiëntenpopulatie. Geen enkele patiënt moest het programma vroegtijdig afbreken om naar een Woon en Zorgcentrum te gaan. Het RIZIV zal in de toekomst een effectevaluatie doen overheen de deelnemende ziekenhuizen en met inclusie van een controlegroep.

41. De Geriatrische Seksualiteits Index: pilootproject

Els Messelis
Hogere Leergangen Fiscale en Sociale
Wetenschappen HU Brussel, Opleiding
seniorenconsulentenvorming
els.messelis@hubrussel.be

Doel: Het aanbieden van doeltreffende gezondheidszorg voor oudere volwassenen houdt in dat zorgverstrekkers de seksuele gezondheidsbehoeften van deze doelgroep met hoge prioriteit moeten behandelen. De aandacht voor de thematiek begint met het gebruik van een effectieve tool die de seksualiteit meet.

Methodologie: Op basis van literatuur en reviews van experts werd in een eerste fase door Kazer et al. (2013) een meetinstrument, de 'Geriatric Sexuality Inventory' (GSI), ontwikkeld dat 34 vragen omvat. Eerste testen van de GSI blijken een goede validiteit en betrouwbaarheid te hebben. Messelis heeft in 2013 de officiële goedkeuring ontvangen om de vragenlijst naar het Nederlands te vertalen, de vragenlijst door middel van een onderzoek uit te testen in Vlaanderen en in return mee te werken aan het psychometrisch onderzoek. Tussen eind November 2013 en eind November 2014 zullen 500 thuiswonende senioren, die deelnemen aan een cursus 'Veranderende relaties, seksualiteit en intimiteit op latere leeftijd' de vragenlijst invullen. In een later stadium worden andere respondenten bij het onderzoek betrokken.

Resultaten: 21 respondenten (10 mannen en 11 vrouwen) werden bevraagd. Hier volgt een kleine greep uit de eerste resultaten: 7/21 zijn niet tevreden met hun huidig seksueel leven. 14/21 zijn van mening dat hun seksleven beter was toen ze jonger waren. 13/21 respondenten voelt er zich niet comfortabel bij om met een dokter of een verpleegkundige over seks te praten.

Conclusie: Het onderzoek is zopas gestart. Het is in deze fase van het onderzoek te vroeg om conclusies te trekken. De verwachtingen ivm de GSI zijn wel hoog.

42. Attitudes and perceptions of older persons towards monitoring of activities of daily living using contactless sensors: an explorative study

Veerle Claes, Els Devriendt, Jos Tournoy, Koen Milisen
Health Services and Nursing Research KU
Leuven
koen.milisen@med.kuleuven.be

Purpose: Contactless monitoring is increasingly used to enhance care for older persons. Successful implementation depends on older persons' acceptance of these systems. The primary purpose was exploring attitudes and perceptions of adults of 60 years and older towards contactless monitoring.

Methods: A questionnaire was used in a cross-sectional survey with a convenience sample ($n=245$). Results were presented using descriptive and univariate statistics.

Results: Adults of 60 years and older find contactless monitoring useful for various purposes. They would accept the technology in later life or when their health declines. Respondents like to take part in diverse decisions and express several concerns about the functioning and financing of the monitoring. Being younger ($p=0.029$); receiving professional homecare ($p=0.035$); finding contactless monitoring useful for emergency assistance ($p=0.041$), to adjust assistance to changing needs ($p=0.020$) or support medication use ($p=0.003$) and agreeing to share collected information with professional caregivers ($p=0.015$) promote acceptance of contactless monitoring. In contrast, not wanting informal caregivers to access collected information to avoid needless worries ($p=0.036$), worrying that the system is difficult to use ($p=0.035$), visible for visitors ($p=0.023$), experiencing burdensome false alarms ($p=0.001$), not accepting video cameras due to privacy infringement ($p=0.011$) and not wanting to pay maintenance costs ($p=0.032$) impede acceptance.

Conclusions: This study indicates that older adults want to incorporate contactless monitoring in later life or when their health declines. Various concerns and requirements provide implications for clinical practice and future research to promote implementation of this technology in the care for older adults.

43. Verkennend onderzoek naar discrepanties in de thuismedicatielijst bij ziekenhuisopname van oudere patiënten

Katrina Perehudoff, Majda Azermai, Annemie Somers, Robert Vander Stichele, Mirko Petrovic
Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en
Gezondheidswetenschappen, Vakgroep
Inwendige Ziekten
katrina.perehudoff@ugent.be

Doel: Discrepanties tussen het gebruik van geneesmiddelen voor ziekenhuisopname en de thuismedicatie geregistreerd bij ziekenhuisopname vormen een potentieel

veiligheidsrisico bij farmacotherapie van oudere patiënten. Dit verkennend onderzoek peilt naar discrepanties tussen thuismedicatielijsten opgesteld bij ziekenhuisopname a) in de gangbare klinische praktijk en b) middels een gestructureerde medicatie-anamnese door een ziekenhuisapotheker anderzijds. *Methodologie:* Prospectief, observationeel onderzoek met volgende inclusiecriteria: patiënten ≥ 75 jaar, opgenomen in het UZ Gent in 2011. Discrepanties worden gerangschikt per soort en de potentiële klinische impact ervan wordt beoordeeld volgens de methode van Cornish et al. (2005). Geriatisch Risicoprofiel (GRP) werd gebruikt om het risico op functionele achteruitgang in te schatten.

Resultaten: 80 patiënten waren willekeurig opgenomen in het onderzoek waarvan 48 ten minste één discrepantie (60%) hadden. Discrepanties op basis van dosis of geneesmiddel niet of verkeerd in het dossier opgenomen, waren de meest voorkomende soorten. Het risico op matig ongemak of schade kwam voor bij 52% van patiënten met discrepanties. Merendeel van patiënten met minstens één discrepantie gebruikte 5 of meer geneesmiddelen (91,7% v. 59,4%) en had een hogere GRP score (78,0% v. 51,7%) ten opzichte van patiënten zonder discrepanties. Rekening houdend met leeftijd, geslacht en co-morbiditeit, hadden patiënten met minstens één discrepantie een 3,66 maal hogere GRP score ($p=0,021$ 95%CI 1,214–11,073) ten opzichte van patiënten zonder discrepanties.

Conclusie: Discrepanties in thuismedicatielijsten van ouderen opgenomen in het ziekenhuis kunnen aanleiding geven tot een verhoogd risico op matig ongemak of schade tijdens opname en gaan gepaard met hogere GRP scores. Gestructureerde medicatie-anamnese kan dit risico bij gehospitaliseerde ouderen in kaart brengen.

44. Nut van bepalen van nutritionele parameters in de opuntstelling van sarcopenie en het malnutritie-sarcopenie syndroom

Stany Perkisas, Yie Man Chong, Maurits Vandewoude
ZNA (ZiekenhuisNetwerk Antwerpen)/
Departement Geriatrie, Universiteit Antwerpen
stany.perkisas@zna.be

Doel: In de meest recente literatuur wordt in de opuntstelling van sarcopenie de bepaling van spiermassa, spierkracht en functionaliteit vooropgesteld. Het routinematig bepalen van nutritionele parameters echter is nog niet

standaard. Deze studie onderzoekt de link tussen nutritie en sarcopenie.

Methodologie: Alle patiënten opgenomen op de dienst Geriatrie van het Sint-Elisabethziekenhuis (Antwerpen) in de periode 01/08/2012–31/01/2013 werden gescreend op nutritionele status door de Mini-Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) en (pre-)albumine bij opname. Spiermassa werd bepaald door een CT-scan van het bovenbeen met berekening van de spiermassa over een volume van 5 cm boven en 5 cm onder het middenpunt tussen de crista iliaca en de distale intercondylaire regio van de femur. Spierkracht werd bepaald door een handgripkrachtmeting. Functionaliteit werd bepaald door de Short Physical Performance Battery (SPPB).

Resultaten: Van de 304 patiënten was 67,1% vrouw, de gemiddelde leeftijd bedroeg 83,9($\pm 6,3$) jaar. Gemiddelde spiermassa (linker/rechter bovenbeen) bedroeg respectievelijk 522 ± 210 en 531 ± 219 g. Gemiddelde en mediane handgripkracht bedroeg $20,4 \pm 19,1$ kg en 16 kg. Gemiddelde en mediane SPPB bedroegen $3,6 \pm 3$ en 3. Er was een positieve correlatie tussen (pre-)albumine en spiermassa ($p < 0,05$), handgripkracht ($p < 0,05$) en SPPB ($p < 0,05$). Er was een positieve correlatie tussen MNA-SF en spiermassa ($p < 0,02$), handgripkracht ($p < 0,044$) en SPPB ($p = 0,006$).

Conclusie: Er is een positieve correlatie tussen spiermassa, kracht, functionaliteit en nutritionele status. Screening van de nutritionele parameters is belangrijk in de evaluatie van het malnutritie-sarcopenie syndroom. Gemakkelijk uit te voeren screeningstools zoals de MNA-SF en het meten van het (pre-)albumine kunnen gebruikt worden.

45. Albumine en 1-jaarsoverleving op geriatische diensten

Stany Perkisas, Yie Man Chong, Maurits Vandewoude
ZNA (ZiekenhuisNetwerk Antwerpen)/
Departement Geriatrie, Universiteit Antwerpen
stany.perkisas@zna.be

Doel: Het doel van deze studie was na te gaan of albumine bij opname een predictieve factor is voor mortaliteit na 1 jaar bij patiënten opgenomen op een dienst Geriatrie.

Methodologie: Bij alle patiënten opgenomen op de dienst Geriatrie van het Sint-Elisabeth ziekenhuis te Antwerpen tussen 01/08/2012 en 30/11/2012 werd het albumine bepaald bij opname. Een jaar na initiële opname werd gekeken naar de mortaliteit in dit cohort. Dit

gebeurde door telefonisch contact met de patiënten.

Resultaten: In totaal werden 144 patiënten gecontacteerd. De gemiddelde follow-up bedroeg 319 dagen (spreiding 2-457 dagen), bij exclusie van overleden patiënten bedroeg de gemiddelde follow-up 405 dagen (spreiding 366-457 dagen). Er is een positieve correlatie tussen albumine en aantal dagen overleving ($p=0.11$). Er is een negatieve correlatie tussen albumine en mortaliteit ($p=0.023$). Bij onderverdeling van albumine in normale (35–50 g/L; $n=30$) en lage (<35 g/L; $n=114$) waarden bedroeg de 1-jaarsoverleving respectievelijk 70.0% en 68.8% ($p=0.892$). Bij onderverdeling van albumine in normale waarden (35–50 g/L; $n=30$), milde verlaagd (25–35 g/L; $n=87$) en ernstige verlaagd (<25 g/L; $n=27$) bedroeg de 1-jaarsoverleving respectievelijk 70.0%, 77.0% en 40.7% ($p<0.001$).

Conclusie: Er is een negatieve correlatie tussen albumine en mortaliteit. Indien de onderverdeling werd gemaakt tussen normaal albumine, hypo-albuminemie en een ernstige hypo-albuminemie bij opname was er een significant betere overleving voor patiënten met een normaal albumine of een milde hypo-albuminemie t.o.v. patiënten met een ernstige hypo-albuminemie. Albumine bij opname lijkt een goede predictieve factor te zijn voor 1-jaarsmortaliteit.

46. Nieuwe parameter in de oppuntstelling van sarcopenie: intramusculaire vetmassa

Stany Perkisas, Yie Man Chong, Maurits Vandewoude

ZNA (ZiekenhuisNetwerk Antwerpen)/
Departement Geriatrie, Universiteit Antwerpen
stany.perkisas@zna.be

Doel: In de oppuntstelling van sarcopenie is het meten van spiermassa, spierkracht en functionaliteit onontbeerlijk. Het verlies aan spiermassa is niet lineair gecorreleerd met spierkracht of functionaliteit. Afhankelijk van de methode van bepaling van spiermassa kan men het spierweefsel differentiëren van intramusculair gelegen vetweefsel. Deze studie onderzoekt het nut van bepalen van deze intramusculaire vetmassa (IMV).

Methodologie: Alle patiënten opgenomen op de dienst Geriatrie van het Sint-Elisabethziekenhuis (Antwerpen) in de periode 01/08/2012-31/01/2013 werden geïncludeerd. Spiermassa en IMV werden bepaald door een CT-scan van het bovenbeen over een volume van 5 cm boven en 5 cm onder het middelpunt tussen de crista iliaca en de intercondylaire regio van de femur. IMV werd

uitgedrukt als een percentage van de totaal gemeten massa (=spiervervetting). Spierkracht werd bepaald door een handgripkrachtmeting. Functionaliteit werd bepaald door de Short Physical Performance Battery (SPPB).

Resultaten: Van de 199 patiënten was 70,4% vrouw. De gemiddelde leeftijd bedroeg 82,6(±6,3) jaar. Gemiddelde spiermassa (linker/rechter bovenbeen) bedroeg respectievelijk 522±210 en 531±219 g. Gemiddelde IMV bedroeg 29,3±13,4% en 29,1±12,5%; spreiding bedroeg respectievelijk 3,2–82,7% en 8,5–86,2%. Gemiddelde en mediane handgripkrachtmeting bedroegen 20,4±19,1 kg en 16 kg; voor SPPB bedroeg dit 3,6±3 en 3. Er was een negatieve correlatie tussen IMV en handgripkracht ($p<0,001$) en SPPB ($p<0,001$).

Conclusie: Er is een belangrijke negatieve correlatie tussen spiermassa, spierkracht, functionaliteit en intramusculaire vetmassa. Het lijkt aangewezen de IMV te bepalen gezien de belangrijk versturende factor in de interpretatie van spiermassa, getuige de mogelijk zeer uitgesproken graad van spiervervetting, in deze populatie gemiddeld 29.2% tot een maximum van 86,2%.

47. Patiënten- en familiebrochure: Vroegtijdige Zorgplanning bij Personen met Dementie

Ruth Piers, Karen Versluys, Let Dillen, Sofie Vercoetere, Nele Van Den Noortgate
Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, UZ Gent
ruth.piers@uzgent.be

Doel: Het ontwikkelen van informatiebrochures over vroegtijdige zorgplanning voor personen met dementie en hun naasten ter ondersteuning van de dialoog met de professionele zorgverstreckers.

Methodologie: Op basis van literatuuronderzoek en kennis uit onderzoeksprojecten rond vroegtijdige zorgplanning werd een eerste versie van de brochures opgemaakt en gereviseerd door een projectgroep bestaande uit twee geriaters, twee psychologen, een verpleegkundig specialist geriatrie en een ethica. Eerste validering door middel van twee focusgroepen met praktijkexperts met verschillende professionele achtergrond en uit verschillende settings (WZC, thuiszorg, dementieplatforms, ziekenhuis).

Resultaten: De patiëntenbrochure tracht de persoon met beginnende dementie wegwijs te maken in de wetgeving en de terminologie rond vroegtijdige zorgplanning. Nadruk wordt gelegd op het feit dat dit niet verplicht is – ‘er zal altijd goed voor u gezorgd worden’ – doch gesprekken

over toekomstverwachtingen worden wel aangemoedigd om de zorg zoveel mogelijk op deze wensen te laten aansluiten en ook om de last voor familieleden te verminderen. Een tweede brochure is voor familieleden van personen met dementie die niet meer kunnen meebeslissen over de zorg. Hier wordt dieper ingegaan op de rol van de vertegenwoordiger, op wat niet kan worden gepland/uitgevoerd (medisch zinloze behandelingen, euthanasie op vraag van familie) en op welke zorgkeuzes die frequent voorkomen bij dementie (aspiratiepneumonie, opname dienst intensieve zorgen,...) wel besproken kunnen worden.

Conclusie: Vroegtijdige zorgplanning blijft een complex proces. Deze brochures trachten door heldere en correcte informatieverstrekking een basis te creëren voor goede communicatie over zorg aan het levenseinde. Verdere validering is gepland door implementatie in het werkveld.

48. Does footwear matter when performing spatiotemporal gait analysis among older women?

Tine Roman de Mettelinge, Patrick Calders, Evy Danneels, Sofie Geeroms, Céline Du Four, Dirk Cambier

Ghent University, Rehabilitation Sciences and Physiotherapy

Tine.RomandeMetteling@ugent.be

Purpose: This study aims to assess the effect of various types of footwear under single- and dual-task conditions on spatiotemporal gait characteristics in older women.

Methods: Fifty-seven community-dwelling women (68.0 ± 4.6 years) were enrolled in this study. Spatiotemporal gait analysis using the GAITRite® walkway was performed under 4 footwear conditions (barefoot, slippers, high heels, standard shoes) and 3 task conditions (single-task, motor dual-task, cognitive dual-task). Two-factor repeated-measures ANOVA was conducted. Primary outcomes were velocity, cadence, stride time, stride length, and stride length variability.

Results: Irrespective of task condition, walking barefoot resulted in a significantly slower gait pattern with decreased cadence and stride length, and increased stride time and stride length variability compared to walking with the standard shoe. These significant gait alterations were also observed when adding a cognitive task to normal walking. The effects of footwear were most obvious during the cognitive dual-task

condition and for the spatiotemporal parameters velocity and stride length.

Conclusion: Footwear matters when analysing gait in older women. It should be described in greater detail by gait researchers. Footwear should also be considered by clinicians in light of the study findings and its effects on gait. Older women are strongly discouraged to walk barefoot since barefoot walking adversely affects gait patterns. A well-fitting standard shoe with laces, a low and wide heel, firm heel collar and a grooved, moderately hard sole is recommended in research, rehabilitation and daily use.

49. Understanding the relationship between type 2 diabetes mellitus and falls in older adults: a prospective cohort study

Tine Roman de Mettelinge, Dirk Cambier, Patrick Calders, Nele Van Den Noortgate, Kim Delbaere

Ghent University, Rehabilitation Sciences and Physiotherapy

Tine.RomandeMetteling@ugent.be

Purpose: The current study aims to identify risk factors that mediate the relationship between diabetes and falls.

Methods: 199 older adults (104 with diabetes and 95 healthy controls) underwent a medical screening. Gait (GAITRite®), balance (AccuGait® force plate), grip strength (Jamar®), and cognitive status (Mini-Mental State Examination and Clock Drawing Test) were assessed. Falls were prospectively recorded during a 12-month follow-up period using monthly calendars.

Results: Compared to controls, diabetes participants scored worse on all physical and cognitive measures. Sixty-four participants (42 diabetes vs. 22 controls) reported at least one injurious fall or two non-injurious falls ("fallers"). Univariate logistic regression identified diabetes as a risk factor for future falls (Odds Ratio 2.25, 95%CI 1.21–4.15, $p=0.010$). Stepwise multiple regressions defined diabetes and poor balance as independent risk factors for falling. Taking more medications, slower walking speed, shorter stride length and poor cognitive performance were mediators that reduced the Odds Ratio of the relationship between diabetes and faller status relationship the most followed by reduced grip strength and increased stride length variability.

Conclusions: Diabetes is a major risk factor for falling, even after controlling for poor balance. Taking more medications, poorer walking performance and reduced cognitive functioning were mediators of the relationship between diabetes and falls. Tailored preventive programs

including systematic medication reviews, specific balance exercises and cognitive training might be beneficial in reducing fall risk in older adults suffering from diabetes.

50. Understanding the relationship between walking aids and falls in older adults: a prospective cohort study

Tine Roman de Mettelinge, Dirk Cambier
Ghent University, Rehabilitation Sciences and
Physiotherapy
Tine.RomandeMettelinge@ugent.be

Purpose: To investigate the use of walking aids as a risk factor for future falls among older adults living in residential aged care facilities (RACFs) and to mediating factors.

Methods: Forty-three older adults (22 using walking aids and 21 not using walking aids) living in RACFs were included. Fall history, fear of falling and the use of psychotropic agents was registered. Spatiotemporal gait, grip strength and cognitive status were assessed. Falls were prospectively recorded during a 12-month follow-up period.

Results: Individuals using walking aids were older ($p=0.012$), had more fear of falling ($p=0.017$) and a more conservative gait pattern compared to those not using walking aids. They walked slower ($p<0.001$), had a lower cadence ($p<0.001$) and shorter step length ($p=0.018$) and step time ($p=0.003$). Twenty-two participants (15 using walking aids vs. 7 not using walking aids) reported at least one fall ("fallers"). Univariate logistic regression identified using walking aids as a risk factor for future falls (OR 3.98, 95%CI 1.10–14.37, $p=0.035$). A lower cadence, increased stance percentage, decreased swing percentage, increased age and psychotropic drug intake were mediators that reduced the OR of the relationship between using walking aids and faller status relationship the most.

Conclusion: A substantial proportion of the relationship between walking aids and future falls could be explained by an altered spatiotemporal gait pattern, increased age and psychotropic drug intake. This finding supports the aim of extensive training periods and appropriate instructions on the proper use of walking aids in terms of adequate and safe gait patterns.

51. Dagrevalidatie Geriatrie - retrospectieve analyse van 8 jaar activiteit

Pieter Samaey, Kendrin Staels, Isabelle Adams,
An Bouwen, Johan Devoghel, Margareta

Lambert, Magda Dendooven, Bea Temmerman,
Raf Van Hoeyweghen
AZ Sint-Jan Brugge-Oostende
Pieter.Samaey@azsintjan.be

Doel: Sinds 1983 is in AZ St-Jan Brugge-Oostende een Dagrevalidatie Geriatrie (DRG) actief. Om het profiel van patiënten en het revalidatiegebeuren in kaart te brengen, worden data van patiënten die tussen 2005 en 2012 zijn opgestart, geanalyseerd.

Methodologie: Retrospectieve analyse van administratieve gegevens (geslacht, leeftijd, sociale status), reden van opstart DRG (neurologisch of locomotorisch), aantal sessies, opstarten dagverzorgingscentrum (DVC) na stop DRG en een comorbiditeitsindex (11 pathologiegroepen). *Resultaten:* Er zijn 444 patiënten gestart (25–73 per jaar) met gemiddeld $2,4 \pm 0,6$ sessies per week. 146 (33,0%) zijn mannen ($78,2 \pm 8,1$ jaar) en 298 (67,0%) zijn vrouwen ($79,6 \pm 8,8$ jaar). 135 (30,4%) revalidanten startten omwille van neurologische en 309 (69,6%) omwille van locomotorische problematiek. 194 revalidanten (43,7%) leefde alleen, 250 (56,3%) woonde samen met partner en/of familie. De gemiddelde comorbiditeitsindex bedroeg $3,0 \pm 1,5$. 24 (5,4%) revalidanten hebben minder dan 4 sessies doorlopen, 216 (48,6%) tussen 4 en 40, 125 (28,2%) tussen 41 en 80, 50 (11,3%) tussen 81 en 120 en 29 (6,5%) meer dan 120 sessies. Revalidanten met een hoog aantal sessies hebben een lagere comorbiditeitsindex en zijn frequenter gestart omwille van neurologische problematiek. Tussen 2005 en 2012 zien we volgende trends: revalidanten zijn meer alleenwonend, de comorbiditeitsindex neemt toe en de patiënten starten minder frequent onmiddellijk in het DVC bij beëindigen van DRG.

Conclusie: De populatie in deze DRG is gemiddeld bijna 80 jaar en heeft hoge comorbiditeit. Bijna de helft van de revalidanten doorloopt meer dan 40 sessies. De patiënten die starten omwille van neurologische problemen revalideren langer en hebben een lagere comorbiditeit.

52. Vroeger nadenken ...over later. Vroegtijdige zorgplanning voor personen met dementie

Aline Sevenants, Anja Declercq, Sylvie Carbonelle, Natalie Rigaux
LUCAS, KU Leuven en Réseau Braises; in opdracht van de Koning Boudewijnstichting (KBS)
aline.sevenants@med.kuleuven.be

Doel: Het project heeft tot doel te bevorderen dat personen met dementie betrokken worden bij de keuzes en beslissingen over de wijze waarop zij de rest van hun leven doorbrengen.

Method: 12 pilootprojecten in Vlaanderen en Wallonië worden door de Koning Boudewijnstichting gefinancierd om binnen hun organisatie te werken aan vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie. LUCAS en Réseau Braises voeren een actie-onderzoek uit door middel van het bestuderen van de dossiers, (semi- gestructureerde) interviews en bezoeken aan de projecten. Daarnaast worden vier intervisiedagen voorzien, om kennisuitwisseling tussen en zelfreflectie van de projecten te stimuleren.

Resultaten: In het kader van het actie-onderzoek wordt er een typologie van de verschillende benaderingen van vroegtijdige zorgplanning binnen de 12 pilootprojecten voorgesteld, elk met hun eigen sterktes en valkuilen. Er blijkt een grote diversiteit te bestaan in de manier waarop vroegtijdige zorgplanning concreet wordt geoperationaliseerd, maar alle pilootprojecten delen de visie om vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie maximaal ingang te laten vinden in de praktijk. In een overkoepelend draaiboek zullen beleidsaanbevelingen worden geformuleerd. Voor de 12 pilootprojecten houdt het resultaat van hun project in dat hun kennis over vroegtijdige zorgplanning wordt verbreed, uitgediept en dat ze deze kennis ook zelf in praktijk gaan toepassen.

Conclusies: Dit project bevordert vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie, toont de sterktes en zwaktes en leidt tot beleidsaanbevelingen en meer kennis over hoe vroegtijdige zorgplanning voor mensen met dementie in België wordt geconcipieerd.

53. Exploring the relationship between poor housing quality and older people's feelings of wellbeing and environmental perceptions

An-Sofie Smetcoren^a, Liesbeth De Donder^a, Sarah Dury^a, Dorien Brosens^a, Nico De Witte^{a,b}, Tine Buffel^a

^a Vrije Universiteit Brussel, ^b Hogeschool Gent
asmecor@vub.ac.be

Purpose: Within environmental gerontology, research has emphasised the importance of housing and environment for the independence of older people. The main purpose of this study is twofold. First, it investigates the influence of poor housing quality on indicators of individual's wellbeing (feelings of loneliness, feelings of unsafety, psychosocial well-being, and

frequency of falling). Second, the research examines the relationship between poor housing quality and perceived environmental characteristics (neighbourhood involvement, quantity and quality of contact with neighbours, and neighbourhood satisfaction).

Methods: Survey data from the Belgian Ageing Studies for 67,560 people aged 60 and over living self-reliantly in 142 municipalities in the Northern part of Belgium provide the empirical evidence for the analysis. A multiple linear regression model was conducted.

Results: The regression analyses indicate a positive relationship between poor quality of housing and indicators of individual's wellbeing. The more inappropriate the dwelling, the more unsafe older people feel and the higher feelings of loneliness, feelings of depression, and frequency of falling are reported. Poor housing quality also correlates significantly with all the perceived environmental characteristics. The strongest relationship is detected for neighbourhood involvement. The more inappropriate the dwelling, the less older people feel involved in their neighbourhood.

Conclusion: The results reveal that inappropriate housing has a negative influence on several indicators of individual's wellbeing and perceived environmental characteristics. Findings point out the need for adjusted housing in later life in order that older people can stay as long as possible and with higher life-quality independently at home.

54. Use of analgesics and hypnosedatives in the late-stage care of older inpatients: determining factors

Kendrin Staels, Nele Van Den Noortgate, Mirko Petrovic, Elise Van Cauwenbergh, Martine De Laat, Ruth Piers
Universiteit Gent
kendrin.staels@ugent.be

Introduction and aims: Shifts in causes of death in the older population, may lead to alterations in symptoms and medical management in the last days of life. The aim of this study was to compare treatment on the acute geriatric (AGU) and the palliative care (PCU) unit of a tertiary hospital and to detect the influencing factors in the use of analgesics and hypnosedatives.

Methods: We performed a retrospective survey with consecutive inclusion of patients which died between 1 January 2009 and 31 December 2010. Hundred seventy patients aged 75 years and older were included (100 on AGU and 70 on PCU). Data on age, gender, clinical symptoms,

cause of death and the use of analgesics and hypnotosedatives were collected.

Results: The observed units differed significantly in mean age (85.2 years on AGU and 82.0 years PCU; $p=0.003$) and cause of death (cancer in 20.0% and 81.4%, cardiovascular diseases in 56.0% and 4.3% on the AGU and the PCU respectively; $p<0.001$). Analgesics and hypnotosedatives were prescribed significantly more and in higher doses on the PCU ($p<0.001$). Multivariate analysis showed that only the type of care unit significantly correlated with the pharmacological treatment.

Conclusion: Despite the difference in patient population, only the type of care unit seems to determine the use of analgesics and hypnotosedatives in the late stage care of older inpatients. This finding raises the question whether medical and nursing staff attitudes have greater influence than clinical symptoms on the use of analgesics and hypnotosedatives at the end of life.

55. Post-hoc analysis of the RASP study: comparison to other screening tools

Lorenz Van der Linden, Isabel Spriet, Jos Tournoy
University Hospitals Leuven
lorenz.vanderlinden@uzleuven.be

Aim: Geriatric polypharmacy has been associated with several negative clinical outcomes. In a previous study, use of the RASP (= Reduction of polypharmacy by an adjusted STOPP-list in older people) list resulted in a reduction of polypharmacy, without increasing harm. In this study, we aimed to investigate the added value of the RASP compared to other existing screening tools. *Methods:* In the RASP trial, patients were randomly assigned to an intervention or control arm. All drug charts were reviewed using the RASP list. In the intervention group the physician was made aware of drugs identified by the RASP. Beers 2013 and STOPP criteria were applied retrospectively to all patients' charts. The number of potentially inappropriate drugs identified by the STOPP or Beers criteria was determined, as well as the number of applicable criteria of both screening tools. These results were compared pairwise with the original RASP data.

Results: Data of 172 patients were analysed. On average, the RASP list identified 1.8 (95% CI: 1.5–2.2; $p<0.001$) and 1.6 (95% CI 1.4–1.9; $p<0.001$) extra drugs per patient when compared with the STOPP and Beers criteria, respectively. Additionally, RASP criteria were applied more

than Beers (mean difference: 2.9; 95% CI 2.5–3.4; $p<0.001$) or STOPP criteria (mean difference: 3.7; 95% CI 3.2–4.3; $p<0.001$).

Conclusion: In this post-hoc analysis, neither updated Beers nor STOPP criteria identified potentially inappropriate drugs in the same amount as the RASP list. Also, significantly more RASP items as opposed to Beers or STOPP items were applicable for this study population.

56. Best practices for frail older persons and their care professionals in the European home care setting: study protocol

Liza Van Eenoo^a, Henriëtte van der Roest^b, Hein van Hout^b, Anja Declercq^a
^a KU Leuven, LUCAS, Leuven, ^b VU University medical center, EMGO+Institute, Amsterdam
liza.vaneenoo@med.kuleuven.be

Purpose: This project is framed within the IBenC project ('Identifying Best practices for care dependent elderly by Benchmarking Costs and outcomes of community care'), which is funded by the European 7th Framework Program. The aim is to identify which elements of community care for frail elder persons across Europe regarding health care policy (macro), community care organisations (meso) and care professionals (micro) have an impact on quality of care (QOC) and on job satisfaction among care professionals. Also the correlation between QOC and job satisfaction will be examined

Methods: QOC will be measured by means of the interRAI Home Care instrument which will be filled out for 2750 frail older persons from community care organisations in Belgium, Germany, Finland, Iceland, Italy and the Netherlands. To collect data on macro, meso and micro level, managers and care professionals of participating community care organisations will fill out online questionnaires.

Results: The results will lead to recommendations to improve the quality of care for frail elder persons in the European home care setting and to improve the job satisfaction of the care professionals.

Conclusions: The project will provide insight into (1) the best practices for frail older persons in the European home care setting by identifying elements that result in higher job satisfaction and higher quality of care; and (2) the correlation between job satisfaction and quality of care. In this way the results of this study can guide national and regional health care policy makers in Europe in their decision making process.

57. IBenC: Identifying best practices of community care for frail older persons by benchmarking the cost-effectiveness across 6 European countries, design

Liza Van Eenoo^a, Henriëtte van der Roest^b, Jeni Bremner^c, Graziano Onder^d, Anja Declercq^a, Vjenka Garms-Homolova^e, Palmi Jonsson^f, Harriet Finne-Sover^g, Jan Smit^h, Hein van Hout^b
^a LUCAS, KU Leuven, Leuven, Belgium,
^b Department of General Practice and Elderly Care Medicine, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands, ^c European Health Management Association, Cork, Ireland, ^d Centro Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica Sacro Cuore, Rome, Italy, ^e Health Service Research, Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin, Berlin, Germany, ^f Icelandic Gerontologica Research Institute, Landspítali University Hospital, Reykjavik, Iceland, ^g RAI Registers, National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland, ^h Department for Research and Education, Stichting GGZinGeest, Amsterdam, The Netherlands
 liza.vaneenoo@med.kuleuven.be

Purpose: The need for cost effective health systems is imperative in the context of increasing care demands of a rapidly aging population and a shrinking working force. High quality community care may prevent costly institutionalisation. There is ample evidence on what type of community care provides best outcomes against reasonable costs. The aim of the IBenC project is to identify best practices of community care for frail elderly by benchmarking their cost-effectiveness, taking into account costs of care utilisation and quality of care of European community care organisations.

Method: IBenC capitalises on a standardised instrument (interRAI-HC) that is widely used across Europe in routine care to assess clients outcomes, care use and quality of care. Building on existing client data from the FP5 project AdHOC ($n=4010$) and new data ($n\geq 2750$) a novel method to benchmark community care organisations will be established: a summary measure for quality of care is developed and care utilisation registration in interRAI-HC is validated to estimate costs from a societal perspective. To enable an in-depth interpretation of best practices, the contexts and characteristics of community care organisations will be described rigorously.

Results: The results of the IBenC project will lead to a cost-quality of care ratio. In this way a novel method to benchmark costs and quality of

care will be developed, enabling benchmarking of community care practices on country and organisation levels.

Conclusion: The results will support policymakers in health care on evidence based decision-making regarding best practice models of cost effective community care delivery.

58. Een spiraal van onbestendigheid: een kwalitatieve studie naar de relatiedynamieken tussen volwassen kinderen met kanker en hun oudere ouders

Liesbeth Van Humbeeck, Let Dillen, Ruth Piers, Sofie Verhaeghe, Mieke Grypdonck, Nele Van Den Noortgate
 Universitair Ziekenhuis Gent, Geriatrie
 liesbeth.vanhumbeeck@uzgent.be

Doel: Onderzoek bij ouders met jonge kinderen en partners toont dat familieleden geneigd zijn om open communicatie te vermijden wanneer een naaste met kanker gediagnosticeerd wordt. Inzicht in communicatiepatronen tussen volwassen kankerpatiënten en hun ouders is echter vrijwel onbestaande. Deze studie beoogt inzicht te verkrijgen in deze dynamieken.

Methodologie: Semigestructureerde interviews met 10 kankerpatiënten en 22 ouders (≥ 70 jaar) werden geanalyseerd volgens de Grounded Theory benadering.

Resultaten: De interactie tussen volwassen kankerpatiënten en hun ouders wordt gekenmerkt door twee verstrengelde helices. De buitenste helix bestaat uit een cascade van achterhouden van informatie en op zichzelf terugplooiën. Beide partijen zijn geneigd om de impact van de diagnose voor elkaar te verhullen. De volwassen kinderen spraken over het zich emotioneel afsluiten en het in zichzelf terug trekken. De ouders ervaren dit als een verandering in hun verbondenheid waardoor ze hun ouderrol gaan herdefiniëren. Deze helix wordt bestendigd door een binnenste helix gekenmerkt door mutueel sparen. Vanuit de overtuiging dat open communicatie een overbelasting is voor de andere, proberen ouders en kinderen zich sterk te houden, wat aanleiding geeft tot onbedoelde pijn en afstandelijkheid. Het samenspel tussen deze helices kan worden gewijzigd, gestopt of versterkt door (dis)congruentie in copingstijlen.

Conclusie: Communicatie wordt gezien als een belangrijke spil in het omgaan met ziekte binnen een familie. De huidige bevindingen tonen hoe de interactie tussen ouderen en hun volwassen kind met kanker zich kan ontvouwen en hoe (dis)congruentie in copingstijlen de

evenwichtsoefening tussen afstand en nabijheid kan beïnvloeden.

59. De eenzaamheid van rouw bij oudere ouders: een kwalitatief onderzoek na het overlijden van een volwassen kind door kanker

Liesbeth Van Humbeeck, Ruth Piers, Let Dillen, Mieke Grypdonck, Sofie Verhaeghe, Nele Van Den Noortgate
Universitair Ziekenhuis Gent, Geriatrie
liesbeth.vanhumbeeck@uzgent.be

Doel: Ongeveer 10% van de oudere ouders (+70 jaar) wordt geconfronteerd met het overlijden van een volwassen kind. Vaak staan deze ouders in de schaduw, omdat verlieservaringen worden beschouwd als eigen aan hun hoge leeftijd. De groeiende vergrijzing noodzaakt echter inzicht in de impact op en belevingen van deze ouders.

Methodologie: Semigestructureerde interviews met 12 oudere ouders (70-91 jaar) rond hun beleving van het overlijden van hun kind werden getranscribeerd en volgens de Grounded Theory-benadering geanalyseerd.

Resultaten: Bij het overlijden van een volwassene richt de omgeving haast automatisch alle zorg en aandacht naar het rouwproces van het kerngezin (m.n. partner en kinderen). Het verdriet en gemis bij de oudere ouder wordt vaak niet (h)erkend door de omgeving. Zorgbehoevende ouderen getuigen van weinig tot geen kans om afscheid te nemen. Het graf en foto's vormen (stille) wegen om te herinneren en om gesprekken over en met het overleden kind te initiëren. *Conclusie:* De kernboodschap is om aandacht te hebben voor dit stil verdriet. De uitdaging is om manieren te vinden die deze ouders toelaten om stem te geven aan hun stille verhalen. Foto's bieden daarbij houvast, verbinding en betekenis in de schommelbeweging tussen de scheidingspijn en herinneringen aan het leven van het volwassen kind.

60. Symptoms and symptom control in the older palliative cancer patient: preliminary results

Aurélien Van Lancker^a, Dimitri Beeckman^a, Nele Van Den Noortgate^b, Ann Van Hecke^a
^a Nursing Science and Midwifery, Department of Public Health, Ghent University, Ghent, ^b Department of Geriatric Medicine, University Hospital Ghent, Ghent
Aurelie.VanLancker@UGent.be

Aim: To provide insight into (1) the frequency and intensity of symptoms and (2) symptom control in older palliative cancer patients.

Methodology: A multi-centre cross-sectional study was performed in geriatric and non-geriatric wards in four hospitals in Flanders, Belgium. A convenience sample of patients aged 65 years and older, having a diagnosis of cancer and being in a palliative phase participated in this study. Patients in a terminal stage were excluded. A validated instrument was used to collect data on frequency and intensity of 40 symptoms (23 physical, 11 psychological, 3 functional, 1 spiritual and 2 social symptoms) and interventions to control these symptoms. The study is ongoing and preliminary results on 90 patients will be presented.

Results: The mean age of the participants was 75 years (SD 0.76). The average number of symptoms per patient was 18 (SD 5.3). High prevalence (range 1.1 to 78.9%) and degrees of intensity of symptoms were assessed. Following symptoms with a high level of severity were reported in >50% of the patients: dry mouth (67.1%), physical fatigue (61.8%), brooding (53.9%), lack of appetite (52.5%). Patients were treated by a multidisciplinary team. Associations between symptoms and different covariates will be discussed.

Conclusion: These preliminary results indicate that older palliative cancer patients experience a variety of symptoms. Despite the fact that a variety of multidisciplinary interventions are available to patients, more efforts are needed to alleviate symptoms.

61. Active Ageing in the nursing home: examining the current situation and quality of life of the residents

Lien Van Malderen^{a,b}, Patricia De Vriendt^{a,c}, Tony Mets^a, Ellen Gorus^{a,d}
^aVrije Universiteit Brussel, ^bFWO-Vlaanderen, ^cArtevelde Hogeschool, ^dUZ Brussels
lien.van.malderen@vub.ac.be

Purpose: Since Active Ageing (AA) is seen as an important concept in nursing homes (NH), this study examines the experiences of NH-residents regarding the realization of AA in their NH and the relation with their Quality of life (QoL). For this purpose, a new AA-survey was developed. *Methods:* Ninety-four residents without dementia were randomly selected from 11 NH (recruited by stratified randomization). The AA-survey included 61 statements reflecting the AA-determinants for NH (culture, behavior, psychology, physical and social environment,

economy, meaningful leisure and participation). Additionally a QoL survey was administered, namely the ACSA.

Results: The AA-survey has an excellent internal consistency ($\alpha=0.91$), but shows poorer Cronbach's α ; on the AA-determinants individually. Residents had on average a good QoL (ACSA (range -5 to 5): $x=1,98$ ($SD=3,23$)) and experienced the AA-working of their NH for 78% realized. The realization of the different AA-determinants ranged from 70% (social-environment) to 83% (behavior). Men rated the meaningful-leisure determinant significantly lower than women ($p<0.05$). Highly educated residents scored significantly lower on the general AA-functioning and on several AA-determinants (culture, behavior, physical and social environment, meaningful leisure, participation; all $p<0.05$), compared to other residents. The ACSA and AA-survey have a significant positive correlation (0.22).

Conclusions: For this study, a reliable instrument was developed to examine the experienced AA-functioning of the NH by NH-residents. First findings indicate that NH-residents have rather positive experiences regarding the AA-working of the NH, next to having a good QoL, measured by ACSA.

62. Use of Alzheimer medication: an exploratory longitudinal study over 7 years (2006-2012) of patients with Alzheimer's disease (AD)

Ingrid Umbach, Rudy van Tielen
National Union of Independent Sick Funds (MLOZ), Brussels
rudy.vantielen@mloz.be

Purpose: To analyse the population characteristics of patients using AD medication ($N=14.855$). Treatment patterns were analysed according to residence.

Methods: Data were extracted from the administrative database of the Independent Sick funds. Reimbursement of specific medication was used as proxy for diagnosis of AD. All patients starting treatment during the 7 years period were included in the analysis.

Results: Prevalence of treated AD increased steadily between 2006 and 2011, and levelled off in 2012. Incidence of treated AD patients remained stable between 2007 and 2011 (around 64/100 000 MLOZ affiliates of over 65 years old), and dropped in 2012 (48/100 000). Yearly treatment discontinuation rate was nearly twice in institution than at home (respectively 18% and 9% on average). From 2011 to 2012, yearly

treatment discontinuation doubled regardless of residence (17 to 31% in institution vs. 10 to 23% at home). These changes can be explained by modifications in reimbursement condition in 2011 and reinforced administrative control by the Sick funds in 2012. At the end of 2012, 33% of patients living in an institution and 58% of patients living at home were still on medication. Treatment compliance was above 90% during the whole study period (more than 335 DDDs a year) regardless of residence.

Conclusions: Treatment discontinuation rate with AD medication is lower in patients living at home compared to those living in an institution. Compliance is excellent regardless of residence. Reimbursement measures of 2011 and 2012 resulted in a decrease of newly treated patients and an increase in treatment discontinuations.

63. Living Well with Dementia: De impact van ruimtelijke en zintuiglijke omgeving op nachtelijke onrust bij mensen met dementie

Marieke Van Vracem, Nele Spruytte, Anja Declercq, Chantal Van Audenhove
LUCAS, Centre for Care Research and Consultancy KU Leuven
marieke.vanvracem@med.kuleuven.be

Doel: Deze studie verkent het probleem en de aanpak van nachtelijke onrust bij bewoners met dementie in woonzorgcentra. Twee onderzoeksvragen staan centraal: (1) wat is nachtelijke onrust bij dementie? en (2) welke ruimtelijke en zintuiglijke interventies worden ingezet in de aanpak?

Methodologie: Een kwalitatieve studie werd in acht woonzorgcentra opgezet.

Hoofdverpleegkundigen en zorgverleners van de nachtdienst werden geïnterviewd en er zijn observaties uitgevoerd over het verloop van de nacht.

Resultaten: Dwaalgedrag, 's nachts opstaan, actief bezig zijn en roepgedrag worden door zorgverleners gezien als nachtelijke onrust. Deze gedragingen vormen voor verschillende partijen een fysieke en mentale belasting. Zorgverleners vertellen dat ze altijd op zoek gaan naar een individuele aanpak van nachtelijke onrust. Vaak gehanteerd zijn: de bewoner mondeling proberen tot rust te brengen, gebruik van licht, medicatie en fixatie. Zorgverleners vermelden ook andere factoren die van invloed zijn: incontinentie, het aantal prikkels, lawaai en de sfeer op de afdeling. Verder zeggen zorgverleners dat er relatief weinig overleg is tussen dag- en nachtdienst. Uit de observaties blijkt dat er vaak veel licht en lawaai is 's nachts op de afdelingen.

Conclusie: Het individuele karakter van nachtelijke onrust bij dementie bepaalt de complexiteit van dit probleem. Dit onderzoek leert dat in de aanpak van nachtelijke onrust drie elementen in samenhang van belang zijn: (1) de individuele interactie met de bewoner, (2) de organisatie van de zorg (bv. dienststrondes en tijdstip slapengaan), (3) de ruimtelijke en zintuiglijke benadering. We pleiten voor meer bewustwording bij zorgverleners over de impact van deze factoren.

64. Betekenisvolle activiteiten in een WZC vanuit de perceptie van de bewoners: een kwalitatief onderzoek

Ruben Vanbosseghem, Lien Van Malderen, Aukine Klungel, Evy Debaecke, Elise Cornelis, Valerie Desmet, Ellen Gorus, Patricia De Vriendt
ruben.vanbosseghem@arteveldehs.be

Doel: In de filosofie van Active Ageing is actief blijven belangrijk. Echter is dit moeilijk te implementeren in de woonzorgcentra (WZC) gezien de huidige fragiliteit van de bewoners. Deze studie wil daarom vooreerst inzicht verwerven in wat WZC-bewoners als betekenisvolle activiteiten beschouwen.

Methodologie: In een hermeneutisch-fenomenologisch kwalitatief onderzoek gebaseerd op 'purposive sampling', werden bij 14 bewoners uit zeven WZC diepte-interviews uitgevoerd. Door 'constant comparative analysis' en peer debriefing werden hun verhalen geanalyseerd.

Resultaten: Het onderzoek resulteerde in een inventaris van activiteiten die de participanten vroeger en nu uitvoerden. Hieruit bleek dat door de verhuis naar het WZC een deel van de voor hun betekenisvolle activiteiten weggevallen waren. Hun huidige dagbesteding bestond zowel uit zelf geïnitieerde als georganiseerde activiteiten, variërend van zelfzorg, kleine huishoudelijke taken tot ontspanning. Bewoners gaven aan het belangrijk te vinden dat activiteiten (1) zinvol zijn en (2) hun welbevinden verhogen. Verder wilden ze (3) betrokken blijven bij hun oorspronkelijke leef – en activiteitenomgeving buiten het WZC, (4) eigen keuzes kunnen maken, (5) samen met anderen zijn en (6) actief blijven. De tijd nuttig besteden en zich niet eenzaam voelen, bleken van essentieel belang. Factoren die dit beïnvloedden werden toegeschreven aan (1) de bewoner zelf, (2) het activiteitenaanbod en (3) de omgeving.

Conclusie: De verhuis naar een WZC zorgt voor een belangrijke verandering in het activiteitenpatroon en dagbesteding. Nochtans

bleken betekenisvolle activiteiten en participatie aan het dagelijks leven belangrijk om de levenskwaliteit van bewoners te verhogen. Bijkomend onderzoek naar beïnvloedende factoren van betekenisvolle activiteiten is noodzakelijk.

65. Vergrijzd het digitale tijdperk in

Sabine Vanhollebeke, Jasmien Goethals
VIVES, gezondheidszorg
sabine.vanhollebeke@telenet.be

Doel: In de snel evoluerende maatschappij waarbij technologie en digitalisering centraal staan, vinden ouderen moeilijk hun plaats. Vanuit dit gegeven, wilden de ergotherapeuten van COZ Sint-Jozef en ikzelf de bewoners de mogelijkheden aanreiken om hen te laten kennis maken met de Wii en de computer. Het doel van mijn eindwerk is dan ook de Wii en de computer integreren in de leefwereld van ouderen in een woonzorgcentrum.

Methode: Ouderen kregen de kans om deel te nemen aan activiteiten met de Wii. Dit kan zowel individueel als in groep worden aangeboden. Door observaties kreeg ik een duidelijk beeld over hoe een activiteit met de Wii onder andere kan aangeboden worden. Om de ouderen te leren gebruik maken van de computer, heb ik voor de verschillende computertoepassingen een stappenplan opgemaakt. Via observatie en het toepassen van de PDCA-cirkel, kwam ik tot een volwaardige handleiding aangepast aan de noden en behoeften van ouderen.

Resultaten: Vanuit mijn observaties stelde ik zowel voor de Wii als voor de computer een handleiding op voor medewerkers specifiek gericht op de doelgroep ouderen. Daarnaast maakte ik een leidraad voor ouderen die willen gebruik maken van de computer. Zowel de computer als de Wii bevorderen de kwaliteit van leven en zijn therapeutisch inzetbaar. Met dit eindwerk zijn de eerste stappen van de ouderen van COZ Sint-Jozef richting de digitale wereld gezet.

66. Development and pilot test of the Liverpool Care Pathway to improve end-of-life care in acute geriatric hospital wards: a phase I-II trial

Rebecca Verhofstede, Tinne Smets, Joachim Cohen, Nele Van Den Noortgate, Massimo Costantini, Luc Deliens
rebecca.verhofstede@vub.ac.be

Purpose: To develop and pilot test a Flemish version of the LCP document and an 8-step

implementation program within the acute geriatric hospital ward.

Methods: Medical Research Council Framework (MRC) phases 0, I and II were performed. In phase 0, we reviewed the literature on the LCP and its implementation in hospitals. In phase I, a Flemish version of the LCP and an 8-step implementation program were developed. In phase II, the intervention was piloted in the geriatric ward of Ghent University hospital. To evaluate the feasibility and acceptability of the intervention, extensive field notes were made during the implementation process and semi-structured interviews were conducted with nurses and geriatricians.

Results: Analysis of our field notes indicate a difficult decision making process about the start of the LCP. Once started, health care staff experience the LCP as a time-consuming document to complete. However, they also indicate that its use improves the overall documentation and communication between health care staff and patient/family.

Conclusions: Preliminary results of our pilot study show positive effects of the LCP in a geriatric patient population and demonstrate that use of the LCP and our 8-step implementation program are feasible and acceptable to both nurses and geriatricians. A phase III cluster randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of the LCP is currently being performed.

67. Impact van persoonsgerichte zorg via Dementia Care Mapping op kwaliteit van leven en zorg in Vlaamse woonzorgcentra”

Bram Vermeulen^a, Liza Van Eeno^a, Melanie Demaerschalk^a, Ingrid Dreesen^b, Hilde Vermeiren^c, Anja Declercq^a, Nele Spruytte^a
^a LUCAS KU Leuven, ^b Katholieke Hogeschool Limburg, ^c Anahata vzw
 bram.vermeulen@med.kuleuven.be

Doel: Dementia Care Mapping (DCM) is een observatiemethodiek die tot doel heeft om persoonsgerichte zorg te stimuleren. Een externe ‘mapper’ (= getrainde observator) codeert gedurende 6 uur en systematisch elke 5 minuten het gedrag en de stemming van bewoners met dementie in een gemeenschappelijke ruimte. Na afloop bespreekt de mapper het feedbackrapport samen met het team van zorgverleners. Deze studie onderzoekt het effect van een interventie bestaande uit vorming over persoonsgerichte zorg en DCM op de levenskwaliteit en de kwaliteit van zorg.

Methodologie: Onderzoeksopzet · multicenter, quasi-experimentele effectstudie bij 13 woonzorgcentra · interventiegroep ($n=112$ bewoners uit 19 afdelingen): vormingsdag over persoonsgerichte zorg, bespreking DCM-mappings voormeting samen met externe mapper o.b.v. feedbackrapport · controlegroep ($n=67$ bewoners uit 11 afdelingen): DCM-mappings zonder bespreking, verder gewone zorg · follow-up na 6 maanden · kwalitatieve procesanalyse: focusgroepen met zorgmedewerkers uit interventiegroep
 Uitkomstmeting · kwaliteit van leven: Qualidem, DCM score voor welbevinden/onbehegen · kwaliteit van zorg: tijd doorgebracht in activiteiten met hoog potentieel voor positieve stemming, ononderbroken negatieve stemming

Resultaten: · Geen significant verschil tussen interventie en controlegroep voor de uitkomstmaten na 6 maanden. · Aantoonbare variatie in het implementatietraject DCM tussen afdelingen. · Focusgroepen onderlijnen implementatievoorwaarden, namelijk (1) betrokkenheid van alle zorgverleners, inclusief directie, (2) open teamklimaat en (3) klein beginnen.

Conclusie: Deze studie vindt geen statistisch effect na 6 maanden van een vorming persoonsgerichte zorg en DCM-mappings met feedback op de levenskwaliteit en de kwaliteit van zorg in Vlaamse woonzorgcentra. DCM brengt wel een proces van bewustwording op gang rond persoonsgerichte zorg.

68. Werken aan interdisciplinaire ethische reflectie in de zorg voor geriatrische patiënten

Karen Versluys, Ruth Piers, Sofie Vercoutere, Nele Van Den Noortgate
 Zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, UZ Gent
 karen.versluys@uzgent.be

Doel: Wanneer zorgverleners weten wat correct ethisch handelen is, maar dit niet kunnen uitvoeren (morele distress), kan dit aanleiding geven tot afstandelijke zorg. Interdisciplinaire ethische reflectie leert om met deze gevoelens om te gaan met menselijkere zorg als gevolg.

Methodologie: Het regelmatig organiseren van interdisciplinaire reflectiemomenten aan de hand van moeilijke zorgsituaties. Er wordt systematisch tewerk gegaan door middel van een ‘ethisch stappenplan’: feiten, emoties, waarden en afweging van de verschillende waarden worden in groep besproken. Er wordt gezocht naar wat een gedeelde visie op ‘goede zorg’ concreet kan betekenen. Afspraken worden

gemaakt voor de toekomst om te anticiperen op gelijke zorgsituaties.

Resultaten: In het laatste jaar werden 4 reflectiemomenten georganiseerd. Meestal betrof het conflicten tussen waarde van respect voor autonomie (in verband met visie op zorg) van patiënt en/of familie en de waarde van goede zorg door het team. Via concrete afspraken kon de moeilijke situatie omgebogen worden. Door integratie van ethische reflectie in de zorg merken we dat het duidelijker is welke waarden en wensen patiënt en familie binnen het ziekte- en herstelproces vooropstellen. Hierdoor kan het team juiste prioriteiten leggen in de zorg zodat patiënt en familie zich ondersteund en begrepen voelen. De zorgverstrekkers voelen zich gehoord, bovendien staan ze open voor andere visies. Ook de communicatie en samenwerking tussen verschillende disciplines gebeurt vlotter.

Conclusie: Ethische reflectie leert teamleden hun eigen referentiekader los te laten, draagt bij tot betere interdisciplinaire samenwerking en het onbevooroordeeld luisteren naar wat leeft bij patiënt en familie.

69. Characteristics and effectiveness of fall prevention programs in nursing homes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Ellen Vlaeyen, Joke Coussement, Greet Leysens, Elisa Van der Elst, Kim Delbaere, Dirk Cambier, Kris Denhaerynck, Stefan Goemaere, Arlette Wertelaers, Eddy Dejaeger, Koen Milisen, on behalf of the Center of Expertise for Fall & Fracture Prevention Flanders

ellen.vlaeyen@med.kuleuven.be

Aim: The purpose of this study was to determine the characteristics and effectiveness of fall prevention programs in a clearly defined subgroup of nursing homes (“residential facilities providing 24-hour-a-day surveillance, personal care and limited care for persons who are typically elderly and infirm”).

Methods: A systematic review and meta-analyses were performed. The protocol was registered on PROSPERO (no. CRD42011001687). Six databases and reference lists of relevant articles were systematically screened.

Results: Two individual RCTs and 12 cluster RCTs, involving 22915 residents met inclusion criteria. There were 7 single, 1 multiple and 6 multifactorial fall prevention programs. Overall meta-analysis showed no significant effect on number of falls (10 studies, RR=0.93, 95% CI=0.76–1.13) or fallers (6 studies, RR=0.97, CI=0.84–1.11), but significantly less recurrent fallers in the intervention groups (4 studies, RR=0.79, confidence interval (CI)=0.65–0.97). A preplanned subgroup analysis for different types of intervention showed that multifactorial interventions had a beneficial effect on the number of falls (4 studies, RR=0.67, CI=0.55–0.82) and recurrent fallers (4 studies, RR=0.79, CI=0.65–0.97), but not on the number of fallers (4 studies, RR=0.83, CI=0.68–1.01).

Conclusion: Falls and the number of recurrent fallers may be reduced by multifactorial fall prevention interventions in a defined subgroup of nursing homes.