

Redactioneel

Nieuwe redacteur

In de redactievergadering van 22 augustus 2014 is mevrouw dr. Daisy Janssen benoemd tot redacteur van het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie. Daisy Janssen studeerde geneeskunde aan de Universiteit Maastricht en volgde de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. In 2012 promoveerde zij cum laude aan de Universiteit Maastricht op een proefschrift naar de palliatieve zorgbehoeften van patiënten met gevorderd COPD, hartfalen of nierfalen. Op dit moment werkt ze als specialist ouderengeneeskunde in CIRO+ in Horn en als coördinator onderzoek bij het Expertisecentrum Palliatieve Zorg Maastricht. Als specialist

ouderengeneeskunde houdt ze zich vooral bezig met de zorg voor patiënten met gevorderd chronisch longfalen. Daarnaast begeleidt ze verschillende promovendi die zich bezig houden met het verder begrijpen van de behoeften van patiënten met COPD en het aanpassen van de zorg aan de behoeften van deze patiënten. Als coördinator onderzoek werkt ze binnen het Expertisecentrum Palliatieve Zorg aan de verdere ontwikkeling van onderzoek binnen de palliatieve zorg. In de redactie van het TGG zijn haar voornaamste aandachtsgebieden: palliatieve zorg, gerontorevalidatie, anticiperende zorgplanning en chronisch orgaanfalen.

Het welbevinden van (vervroegd) gepensioneerden: de rol van onvrijwillig uittreden en het doorstarten in betaalde arbeid

E. Dingemans^a, K. Henkens^{b,c}

Retirees' well-being: the impact of involuntary retirement and bridge employment

Retirement is increasingly recognized as a process that can take multiple forms and may contain a continuation in paid work after career exit, referred to as bridge employment. This research investigated the consequences of bridge employment for well-being of older adults during the transition to retirement. Bridge employment was assumed to compensate for the negative impact of involuntary career exit on well-being in later life. Furthermore, well-being was expected to be influenced by the different intentions and motives for taking bridge jobs. We used panel data on Dutch retirees. The results of the conditional change models demonstrate that involuntary retirement was detrimental for well-being, but engagement in a bridge job was found to mitigate this negative shock. In addition, older adults who searched for bridge jobs but were unable to find one reported decreased levels of well-being. Moreover, participation in bridge employment for financial motives was associated with decreases in well-being, whereas post-retirement working based on intrinsic motives was found to enhance the level of well-being. These results contribute to the understanding of the consequences of post-retirement work for late life well-being. This article is adapted from an article originally published in *Journal of Organizational Behavior*, doi: [10.1002/job.1914](https://doi.org/10.1002/job.1914).

Keywords: Well-being, Older workers, Retirement, Involuntary retirement, Bridge employment.

Tijdschr Gerontol Geriatr 2014; 45:312–320

Samenvatting

Pensionering wordt steeds meer gezien als een proces waarin ouderen ook na (vervroegde) uittreding nog actief kunnen worden op de arbeidsmarkt in zogenoemde doorstartbanen.

In het hier gepresenteerde onderzoek is nagegaan wat de consequenties van dit doorstarten zijn voor hoe gepensioneerden hun leven ervaren. De verwachting was dat de invloed van doorstarten op het welbevinden afhangt van de vrijwilligheid van het uittredeproces. Bovendien werden verschillen

^a Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI-KNAW) en Rijksuniversiteit Groningen (RUG), Den Haag, Nederland

^b Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI-KNAW) en Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Den Haag, Nederland

DOI: [10.1007/s12439-014-0099-8](https://doi.org/10.1007/s12439-014-0099-8)
Published Online: 16 October 2014

^c Universiteit van Amsterdam (UvA), Amsterdam, Nederland

Correspondentie: E. Dingemans, Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI-KNAW) en Rijksuniversiteit Groningen (RUG), Den Haag, Nederland,
Email: Dingemans@nidi.nl

in welbevinden verwacht voor de verschillende motieven om door te starten na uitreden. De gegevens zijn ontleend aan paneldata voor Nederlandse oudere werknemers. De resultaten van de conditionele veranderingsmodellen laten zien dat een onvrijwillige beëindiging van de carrière samenhangt met een afname in welbevinden ten opzichte van vrijwillig gepensioneerden. Doorstarten blijkt echter dit negatieve effect te kunnen compenseren. De resultaten bevestigen ook dat ouderen die graag door wilden starten na pensioen maar niet succesvol bleken in het vinden van werk, een afname in het welbevinden rapporteerden. Verder blijkt doorstarten om financiële redenen negatief te zijn voor het welbevinden, terwijl mensen die om intrinsieke redenen doorwerken een toename in welbevinden ervaren. De bevindingen van dit onderzoek dragen bij aan de kennis over hoe verschillende pensioentransities het leven na pensioen beïnvloeden. Dit artikel is een inkorting en bewerking van het artikel: Dingemans, E., & Henkens, K. Involuntary retirement, bridge employment, and satisfaction with life: A longitudinal investigation. *Journal of Organizational Behavior* 2014; 35(4), 575-591. DOI: [10.1002/job.1914](https://doi.org/10.1002/job.1914).

Trefwoorden: Welbevinden, Oudere werknemers, Pensionering, Onvrijwillig uitreden, Doorstartwerk

Inleiding

Steeds meer ouderen keren na hun (vervroegde) pensionering terug op de arbeidsmarkt. De ouderen die op deze manier actief blijven na uitreden noemen we 'doorstarters'.¹ Het gaat dan niet om mensen die vooruitlopend op hun pensioen minder uren gaan werken (deeltijdpensioen), maar het betreft een groep die na het uitreden de arbeidsloopbaan verlengt. Iets meer dan de helft gooit het over een geheel andere boeg en start door in totaal ander werk, terwijl anderen doorstarten in vergelijkbaar werk.² Dit doorstarten is al langer een bekend fenomeen in bijvoorbeeld de Verenigde Staten, waar ongeveer zes op de tien ouderen betaalde arbeid verricht na pensioen. Maar ook in Nederland startte aan het begin van de eenentwintigste eeuw ongeveer twee op de tien (vervroegd) gepensioneerden door in betaald werk. Deze toegenomen diversiteit in werkpatronen aan het einde van de arbeidsloopbaan berust niet alleen op het individuele besluitvormingsproces, maar

hangt ook samen met de mogelijkheden en restricties die oudere werknemers ervaren op de arbeidsmarkt.³ Dit kan grote gevolgen hebben voor het welbevinden na pensioen. In het onderzoek waarover hier wordt gerapporteerd is nagegaan of de vrijwilligheid van de pensioentransitie en het al dan niet doorstarten in betaalde arbeid na pensioen van invloed zijn op het welbevinden van gepensioneerden.

In de wetenschappelijke literatuur is veelvuldig aangetoond dat pensionering niet per se een vrijwillig afscheid van de arbeidsmarkt betekent. Schattingen laten zien dat ongeveer twee tot drie op de tien oudere werknemers de overgang naar pensioen als onvrijwillig ervaart. Een dergelijke transitie wordt vaak bepaald door druk vanuit de omgeving, bijvoorbeeld vanuit de organisatie, de partner of een verplicht leeftijdspensioen, of heeft te maken met gezondheidsproblemen. Hierdoor kunnen ouderen het gevoel hebben dat ze de controle over het eigen leven kwijt zijn, wat een negatieve invloed heeft op het welbevinden na pensioen.^{4,5} Doorstarten in betaalde arbeid kan in dat geval een middel zijn om de overgang naar volledig pensioen nog even uit te stellen. Op die manier kan men de controle over het eigen leven en de timing van het afscheid van betaald werk weer terug in eigen hand nemen. Alhoewel de relatie tussen onvrijwillig pensioen en doorstarten vaak wordt gesuggereerd in de literatuur,⁶ is niet duidelijk of doorstarten inderdaad kan compenseren voor de negatieve invloed van onvrijwillig pensioen op welbevinden. Bovendien kan het zo zijn dat ook het wel of niet doorstarten een onvrijwillige component bevat. In de huidige tijd liggen banen niet voor het oprapen, en zeker niet voor oudere werknemers. De wens om door te starten na pensioen zal dus niet altijd gerealiseerd kunnen worden. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor het welbevinden na pensioen.

Een ander onderbelicht aspect in de literatuur over doorstarten is dat het actief zijn in doorstartwerk zowel positief als negatief kan uitpakken voor het welbevinden. Over het algemeen wordt doorstartwerk gezien als minder zwaar en veeleisend werk dat beter gecombineerd kan worden met de vrijetijdsbesteding in het privéleven.⁷ Het biedt gepensioneerden de mogelijkheid om actief te blijven en werk te blijven verrichten waar men plezier aan beleeft. Dit sluit aan bij de continuïteitstheorie die veronderstelt dat continuïteit in levenspatronen belangrijk is voor de stabiliteit in welbevinden.⁸ Bovendien profiteren doorstarters van de voordelen van betaald werk, zoals extra inkomen, sociale contacten en status. Doorstarten na pensioen wordt dan ook vaak positief geassocieerd met

welbevinden. Maar ouderen kunnen zich ook gedwongen voelen om te blijven werken, bijvoorbeeld om financiële redenen.⁹ Ze zijn dan niet in staat invulling te geven aan de pensioentijd zoals ze dat graag zouden willen. In dat geval kan doorstarten een negatieve uitwerking hebben op het welbevinden na pensioen.

In het hier gerapporteerde onderzoek is de relatie tussen pensionering en welbevinden benaderd vanuit een dynamisch perspectief. In aanvulling op eerdere studies die uitsluitend aandacht hadden voor de overgang naar pensioen of het doorstarten na pensioen, hebben we expliciet de koppeling gemaakt tussen deze twee veranderingen in het werkdomein. Bovendien hebben we ons voor zowel de overgang naar pensioen als het doorstarten afgevraagd in hoeverre een zekere mate van controle over het eigen leven van invloed is op het welbevinden. De onderzoeksvraag was tweeledig. In welke mate hebben onvrijwillig pensioen en het niet slagen in de zoektocht naar doorstartwerk invloed op het welbevinden na pensioen? En, in welke mate kan het doorstarten na pensioen compenseren voor de mogelijk negatieve invloed van onvrijwillig pensioen op welbevinden? In de tweede plaats gaan we verder in op de motieven die mensen aandragen om door te starten na pensioen en in welke mate deze motieven een invloed hebben op het welbevinden.

Methode

Data en onderzoeksgroep

Het onderhavige onderzoek is gebaseerd op een panelstudie naar het uitredegedrag van Nederlandse werknemers. Het beslaat de periode tussen 2001 en 2011 waarin verschillende vanzelfsprekendheden omtrent pensioen ter discussie werden gesteld.¹ Vervroegde uittrekking werd steeds meer ontmoedigd en langer doorwerken werd geleidelijk de norm. Aan het begin van de onderzoeksperiode in 2001 ging men in Nederland gemiddeld met vervroegd pensioen bij een leeftijd van 61 jaar. Deze gemiddelde effectieve pensioensleeftijd is in de loop van de tijd toegenomen tot 63 jaar in 2011.¹⁰ Ook de arbeidsparticipatie na het vervroegde pensioen is in deze periode toegenomen van 16% in 2002 naar bijna een op de vier in 2007.¹¹

In 2001 werd gestart met de eerste ronde van het NIDI Werk en Pensioen Panel. Alle werknemers van 50 jaar en ouder van drie grote Nederlandse ondernemingen en een aselechte steekproef van werknemers van 50 jaar en ouder

bij de Rijksoverheid ontvingen een vragenlijst via de post ($N=3.899$). In totaal zonden 2.403 respondenten de vragenlijst retour. Deze respondenten werden daarna twee keer opnieuw benaderd voor een vervolgonderzoek. In 2007 reageerden 1.678 respondenten en in 2011 werden gegevens van 1.276 respondenten verzameld. Op alle drie de meetmomenten is informatie verzameld over demografische achtergrondkenmerken, de werksituatie en het welbevinden (voor meer informatie, zie 1).

De hier gepresenteerde analyses hebben betrekking op de 1.248 respondenten die in de tienjarige onderzoeksperiode de transitie naar pensioen hebben gemaakt en waarvoor gegevens over het welbevinden, de onvrijwilligheid van pensioen en het doorstartgedrag beschikbaar waren. Het overgrote deel van deze respondenten heeft gebruik gemaakt van een regeling om vervroegd uit te treden (gemiddelde vervroegde pensioenleeftijd was 59 jaar). Diegenen die tot 65 jaar hebben doorgewerkt (ongeveer 5%; $N=57$) hebben in ongeveer de helft van de gevallen te maken gehad met een onvrijwillige pensioentransitie door het bereiken van de verplichte pensioenleeftijd, terwijl anderen op die leeftijd de transitie als vrijwillig hebben ervaren. Het panelkarakter van de data maakt het mogelijk om de werknemers te volgen in het uittredeproces en daarbij ook rekening te houden met de situatie voor pensioen. Voor iedere respondent is daarom het tijdstip van pensionering bepaald (tussen meetmoment één en twee of tussen meetmoment twee en drie). Het meetmoment vlak voor de pensionering is meegenomen als de voormeting en informatie over het pensioneringsproces is verkregen vanuit de eerste meting na pensioen.

Meetinstrumenten

Welbevinden

Om het welbevinden van de oudere werknemers voor en na hun pensioen in kaart te brengen is op ieder meetmoment gebruik gemaakt van drie stellingen:¹² (i) Mijn leven is ideaal in de meeste opzichten, (ii) Mijn levensomstandigheden zijn uitstekend, en (iii) De belangrijkste dingen die ik van het leven verwacht, heb ik tot nu toe gekregen. Men kon op een 5-puntsschaal aangeven in hoeverre men het 'helemaal eens' (1) of 'helemaal oneens' (5) was met deze stellingen. De antwoorden op de drie vragen zijn vervolgens gespiegeld. De gemiddelde score op de drie vragen vormt de schaal voor welbevinden, waarbij hogere waarden dus duiden op een hoger welbevinden (Cronbachs alfa per opeenvolgend meetmoment: 0,71, 0,74, en 0,73).

Vrijwilligheid van pensioen

Gepensioneerde respondenten is gevraagd of zij het vertrek bij de oude werkgever hebben ervaren als vrijwillig of onvrijwillig. De antwoordopties waren: (i) ja, geheel vrijwillig, (ii) nee, deels onvrijwillig, en (iii) nee, geheel onvrijwillig. In de analyses maken we gebruik van een dummy variabele waarbij vrijwillig pensioen de referentiegroep is en de percepties van deels en geheel onvrijwillig pensioen zijn samengevoegd tot de categorie voor onvrijwilligheid.

Doorstarten na pensioen

In het onderzoek is aan de respondenten de volgende vragen gesteld: (i) Hebt u sinds u gestopt bent bij [bedrijf / overheid] geprobeerd betaald werk te vinden? en (ii) Hebt u sinds u bent gestopt met werken nog betaalde werkzaamheden verricht? In beide gevallen kon men antwoorden met 'ja' of 'nee'. We hebben de antwoorden gecombineerd tot een variabele met de volgende categorieën: 'volledig pensioen en niet meer gezocht naar doorstartwerk', 'volledig pensioen en niet succesvol in het vinden van doorstartwerk', en 'actief in doorstartwerk'. Sommige respondenten zijn wel actief geweest in doorstartwerk, maar waren op het moment van meting daarmee gestopt. Deze respondenten worden beschouwd als volledig gepensionerd, maar we hebben in de analyses wel rekening gehouden met het doorstartwerk in het verleden door het opnemen van een dummy variabele.

Vervolgens is aan de doorstarters gevraagd naar hun belangrijkste motief om door te starten: 'ik had het geld nodig', 'ik vond het leuk', 'ik verveelde me', 'voor de sociale contacten', en 'anders'. Omdat slechts tien respondenten hebben aangegeven dat verveling het voornaamste motief was om weer te gaan werken, is deze groep samengevoegd met de 'anders' categorie. Verder is er een categorie aangemaakt voor de groep die een missende waarde had op deze variabele.

Overige determinanten

In dit onderzoek wordt gecontroleerd voor persoonlijke factoren (leeftijd, geslacht, gezondheid, en de verwachte financiële situatie na pensioen), de samenstelling van het huishouden (partnerstatus en het hebben van kinderen) en de werkomgeving voor pensioen (tevredenheid met de baan, leidinggevende positie, niveau van de baan en tijd sinds het afscheid van de baan). In de bijlage, die alleen

online te raadplegen is, staat meer informatie over de gebruikte meetinstrumenten.

Analyses

De invloed van de pensioentransitie op het welbevinden is nagegaan met behulp van conditionele veranderingsmodellen.¹³ Het welbevinden na pensioen is hier geschat op basis van het welbevinden van voor de overgang naar pensioen, de meetinstrumenten ten aanzien van de pensionering en het doorstartgedrag, en de overige determinanten. Er werden twee modellen geschat. In het eerste model is gekeken naar het belang van de vrijwilligheid van uittreden en het doorstartgedrag in de verklaring van welbevinden. We hebben hiervoor informatie over de vrijwilligheid van het uittreden (twee categorieën) en het doorstartgedrag (drie categorieën) gecombineerd in één variabele met zes categorieën. Op die manier zijn verschillen in welbevinden tussen de verschillende pensioneringstransities direct te toetsen. In het tweede model is gekeken naar de specifieke motieven voor doorstartwerk. Door het relatief kleine aantal doorstarters in de steekproef was het helaas niet mogelijk om deze motieven voor doorstartwerk te onderzoeken in interactie met de vrijwilligheid van pensioen.

Deze multivariate analyses geven de verschillen tussen groepen ouderen weer in de verandering in welbevinden tijdens het uittredeproces. Als aanvulling op deze resultaten presenteren we twee figuren die de ongewogen gemiddelde scores op welbevinden van voor en na het uittreden voor de verschillende groepen weergeven. Op die manier wordt inzicht verschaft in de individuele veranderingen in welbevinden tijdens de overgang naar pensioen.

Resultaten

Tabel 1 geeft een beschrijving van de samenstelling van de onderzoeksgroep. Ondanks dat het welbevinden licht daalt na pensioen, kunnen we concluderen dat ouderen gemiddeld genomen overwegend positief zijn over hun leven, met een score van bijna 4 op een schaal van 1 tot 5. Verder blijkt dat bijna drie op de tien ouderen uit de onderzoeksgroep de overgang naar (vervroegd) pensioen als onvrijwillig heeft ervaren. De meerderheid, ongeveer tachtig procent, keert na pensioen niet meer terug op de arbeidsmarkt. Een deel hiervan had dat echter wel gewild, maar was niet succesvol in de zoektocht naar doorstartwerk. Twee op de tien gepensioneerden heeft na (vervroegde)

Tabel 1		Beschrijvende statistieken van de onderzoeksgroep	
		% / M ^a	SD
Welbevinden na pensioen (schaal van 1 tot 5)		3,67	0,62
<i>Persoonlijke kenmerken</i>			
Welbevinden voor pensioen (schaal van 1 tot 5)		3,71	0,61
Leeftijd (55–70 jaar)		61,55	2,83
Vrouw		25	
<i>Gezondheidsproblemen</i>			
Geen problemen voor en na pensioen		58	
Problemen voor en na pensioen		17	
Negatieve verandering		9	
Positieve verandering		15	
Verwacht pensioengat		41	
<i>Samenstelling van het huishouden</i>			
<i>Partnerstatus</i>			
Samen met partner voor en na pensioen		82	
Alleenstaand voor en na pensioen		11	
Verlies van partner		5	
Nieuwe partner		2	
Kinderen (t.o.v. geen kinderen)		85	
<i>Werkomgeving voor pensioen</i>			
Tevredenheid met de baan (schaal van 1 tot 5)		3,93	0,88
Leidinggevende positie		28	
<i>Niveau van de baan</i>			
Laag niveau		16	
Gemiddeld niveau		33	
Hoog niveau		51	
Tijd sinds uittrede (0–6 jaar)		2,64	1,41
<i>Kenmerken van het pensioneringsproces</i>			
Onvrijwillig uittreden		29	
<i>Doorstarten</i>			
Volledig pensioen zonder overweging tot doorstarten		72	
Volledig pensioen, niet succesvol in het vinden van doorstartwerk		9	
Actief in doorstartwerk		19	
Doorstartwerk in het verleden		7	

Bron data: NIDI Werk en Pensioen Panel (2001–2011), $N=1248$

^a Percentages, tenzij anders aangegeven. Bij de schalen voor welbevinden en baantevredenheid geeft een hoge score (5) een hoge mate van welbevinden of tevredenheid aan

uittreding een doorstart gemaakt in betaald werk. Ruim de helft (53%) van hen deed dat

omdat ze het werk leuk vinden. Een veel kleiner deel werkte na pensioen uit financiële

Tabel 2 Conditionele veranderingsmodel in de verklaring van welbevinden na pensioen op basis van de samenhang tussen onvrijwillig uittreden en doorstarten na pensioen ^a		
	b	SE
<i>Kenmerken van het pensioneringsproces</i>		
Doorstartwerk in verleden	-0,01	0,06
Pensioentransitie		
Vrijwillig uitgetreden - Niet meer gezocht naar doorstartwerk	referentiegroep	
Vrijwillig uitgetreden - Niet succesvol in het vinden van doorstartwerk	-0,13 [†]	0,08
Vrijwillig uitgetreden - Actief in doorstartwerk	0,02	0,05
Onvrijwillig uitgetreden - Niet meer gezocht naar doorstartwerk	-0,24**	0,04
Onvrijwillig uitgetreden - Niet succesvol in het vinden van doorstartwerk	-0,27**	0,07
Onvrijwillig uitgetreden - Actief in doorstartwerk	-0,09	0,07

Bron data: NIDI Werk en Pensioen Panel (2001-2011), $N=1248$

[†] $p \leq 0,10$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

^a Gecontroleerd voor welbevinden voor pensioen, tijdstip meting pensioen, leeftijd, geslacht, gezondheidsproblemen, verwacht pensioengat, partnerstatus, kinderen, tevredenheid met de baan, leidinggevende positie, niveau van de baan, tijd sinds uitrede, doorstartwerk in het verleden en de vrijwilligheid van uitrede

Opmerking: Missende waarden (1,2%) binnen de persoonlijke kenmerken, samenstelling van het huishouden en de werkomgeving voor pensioen zijn geïmputeerd. Dit heeft de resultaten niet substantieel veranderd

redenen (15%) of omdat men de sociale contacten mist (10%).

De resultaten van de multivariate analyses zijn weergegeven in de tabellen 2 en 3. In Tabel 2 wordt nagegaan in welke mate onvrijwillig (vervroegd) pensioen en het maken van een doorstart invloed hebben op het welbevinden na pensioen, wanneer we rekening houden met de overige determinanten. Uit de resultaten komt naar voren dat het niet succesvol zijn in het vinden van doorstartwerk na zowel vrijwillig als onvrijwillig uittreden zorgt voor een afname in het welbevinden ten opzichte van vrijwillig gepensioneerden die niet meer actief hebben gezocht naar werk. Bovendien vinden we dat onvrijwillig volledig pensioen negatief is voor het welbevinden wanneer we dit vergelijken met de groep die vrijwillig de overgang naar pensioen heeft gemaakt. Het veronderstelde compenserende effect van doorstartwerk na onvrijwillig uittreden, komt ook uit de resultaten naar voren. Enerzijds, hebben ouderen die onvrijwillig met pensioen zijn gegaan en niet meer actief zijn geworden op de arbeidsmarkt daadwerkelijk een lager niveau van welbevinden na pensioen vergeleken met onvrijwillig gepensioneerden die succesvol zijn doorgestart op de arbeidsmarkt ($t=-1,93$, $p=0,05$). Anderzijds, blijkt dat de groep van onvrijwillig gepensioneerden in doorstartwerk niet afwijkt in de mate van welbevinden na

pensioen van de groep die vrijwillig met pensioen is gegaan.

In Tabel 3 is het doorstartwerk verder uitgesplitst naar de motieven om te blijven werken. Allereerst komt ook uit deze tabel naar voren dat het niet kunnen vinden van doorstartwerk een negatief effect heeft op het welbevinden. Als we kijken naar de mensen die het wel is gelukt om door te starten dan zien we dat het doorwerken om financiële motieven gepaard gaat met een negatieve verandering in het welbevinden ten opzichte van volledig gepensioneerden, terwijl gepensioneerden die zijn doorgestart omdat men het werk leuk vond een toename in welbevinden ervaren. De overige categorieën voor doorstartwerk blijken niet van significante invloed op veranderingen in het welbevinden.

De figuren 1 en 2 tonen voor verschillende categorieën van (vervroegd) gepensioneerden het gemiddelde niveau van welbevinden tijdens het uitreideproces. Allereerst bevestigt Figuur 1 de compenserende werking van doorstarten na onvrijwillig uittreden voor het welbevinden na pensioen. Ook hier zien we dat onvrijwillig (vervroegd) gepensioneerden die niet zijn doorgestart op de arbeidsmarkt een afname in welbevinden ervaren, terwijl diegenen die onvrijwillig zijn uitgetreden en wel weer actief zijn geworden in betaald werk

Tabel 3		Conditionele veranderingsmodel in de verklaring van welbevinden na pensioen (1-5) op basis van de motieven voor doorstarten, gecontroleerd voor de overige determinanten ^a	
		b	SE
Doorstarten			
Volledig pensioen, niet meer gezocht naar doorstartwerk		referentiegroep	
Volledig pensioen, niet succesvol in het vinden van doorstartwerk		-0,11 [†]	0,06
Actief in doorstarter: motieven			
Financiële reden		-0,24**	0,09
Plezier in werk		0,11*	0,05
Sociaal contact		0,01	0,11
Anders		0,02	0,11
Geen gegevens		0,20 [†]	0,11

Bron data: NIDI Werk en Pensioen Panel (2001-2011), $N=1248$

[†] $p \leq 0,10$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

^a Gecontroleerd voor welbevinden voor pensioen, tijdstip meting pensioen, leeftijd, geslacht, gezondheidsproblemen, verwacht pensioengat, partnerstatus, kinderen, tevredenheid met de baan, leidinggevende positie, niveau van de baan, tijd sinds uittrede, doorstartwerk in het verleden en de vrijwilligheid van uittrede

Opmerking: Missende waarden (1,2%) binnen de persoonlijke kenmerken, samenstelling van het huishouden en de werkomgeving voor pensioen zijn geïmputeerd. Dit heeft de resultaten niet substantieel veranderd

weinig tot geen verandering in welbevinden ervaren. In Figuur 2 zien we vervolgens terug dat een financieel motief om door te starten gepaard gaat met een negatieve verandering in welbevinden tijdens het uittredeproces. Ouderen die doorstarten vanuit een intrinsieke motivatie lijken daarentegen een toename in welbevinden te ervaren.

Discussie

Pensionering is niet langer een definitief afscheid van de arbeidsmarkt. In de plaats daarvan zien we dat steeds meer ouderen na (vervroegde)

uittrekking doorstarten in betaald werk. Een deel van de ouderen is in staat om hun voorkeur om al dan niet door te starten in de praktijk te brengen. Er zijn echter ook ouderen die zich in de overgang naar pensioen op enig moment belemmerd voelen. Allereerst kunnen we concluderen dat er een groep bestaat die bereid is door te werken, maar toch, onvrijwillig, volledig is gepensioneerd. Zij waren niet in staat om na hun uittrede de arbeidsloopbaan te continueren. Blijkbaar bestaan er barrières en hindernissen in de toegang tot werk op hogere leeftijd.¹⁴ Ten tweede laten de resultaten ook een groep 'onvrijwillige' doorstarters zien. Deze

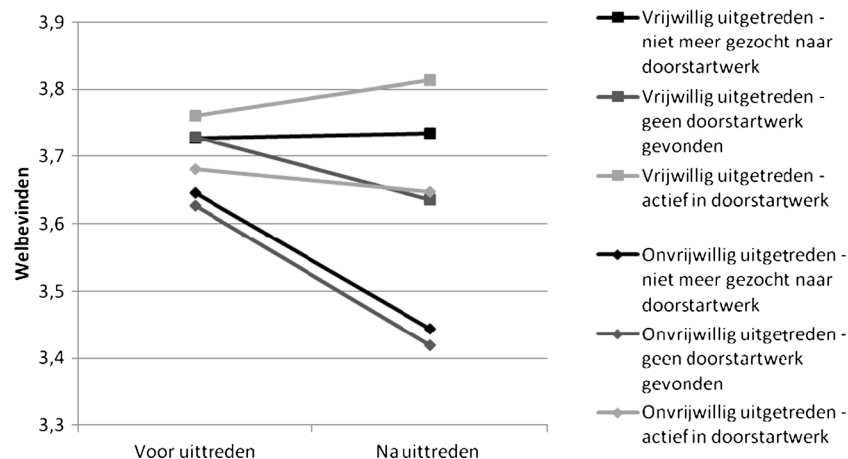


Fig. 1 Ongewogen gemiddelde niveau van welbevinden voor en na uittrede naar gelang de vrijwilligheid van pensioen en het doorstartgedrag. Bron data: NIDI Werk en Pensioen Panel (2001-2011), $N=1248$

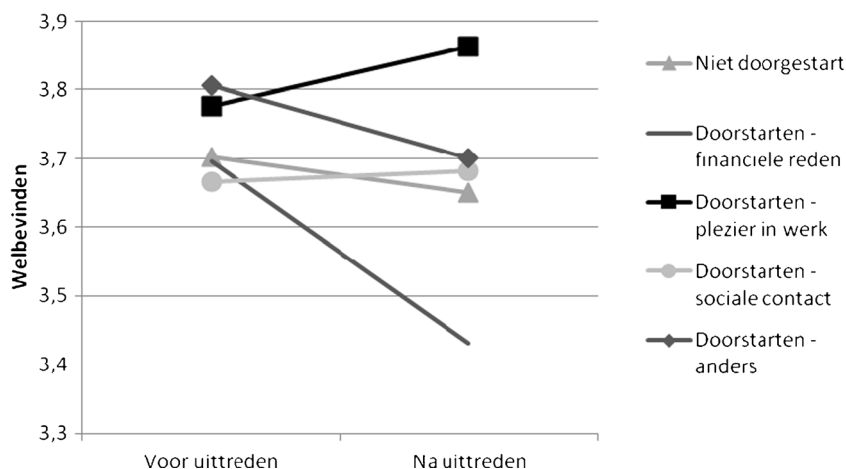


Fig. 2 Ongewogen gemiddelde niveau van welbevinden voor en na uittreden afhankelijk van het motief om door te starten. Bron data: NIDI Werk en Pensioen Panel (2001-2011), $N=1248$

gepensioneerden voelden zich om financiële redenen genoodzaakt om door te werken. Zij ervaren het doorstartwerk wellicht niet als een geleidelijke overgang naar volledig pensioen, maar als een noodzaak het hoofd financieel boven water te houden.

De resultaten van dit onderzoek maken duidelijk dat deze diversiteit in intenties en motieven om door te starten na (vervroegd) pensioen gevolgen blijken te hebben voor het welbevinden. In sommige gevallen heeft doorstarten een positieve invloed op het welbevinden, bijvoorbeeld na onvrijwillig uittreden. Ouderen die zich gedwongen voelden om uit te treden en erin geslaagd zijn door te starten op de arbeidsmarkt hebben een hoger welbevinden dan de onvrijwillig gepensioneerden die niet zijn doorgestart in betaald werk. Dit ondersteunt het idee dat doorstartwerk een compenserende werking kan hebben na pensioen doordat het zorgt voor een zekere continuïteit in het werkdomein. Toch heeft het fenomeen doorstarten ook zijn negatieve uitwerkingen. Ouderen die ondanks hun zoektocht naar doorstartwerk niet in staat waren om betaald werk te vinden ervaren een afname in het welbevinden. Ook het onvrijwillig doorstarten op de arbeidsmarkt om financiële redenen gaat gepaard met een negatieve verandering in het welbevinden.

In tegenstelling tot de algemene opvattingen in de literatuur die doorstarten als een mogelijkheid zien om geleidelijk afscheid te kunnen nemen van de arbeidsmarkt, zien we dus dat doorstartwerk niet altijd positief uitpakt. Er blijkt een duidelijke tweedeling te bestaan. Enerzijds blijken doorstarters veelal intrinsiek gemotiveerd te zijn om op vrijwillige basis actief te blijven op de arbeidsmarkt. Omdat de doorstartbanen vaak minder veeleisend zijn en

minder tijd in beslag nemen,¹ zijn ouderen op die manier in staat het positieve van twee werelden – werk en privé – te combineren. Daartegenover staat een groep in een minder rooskleurige positie. Zij voelen een noodzaak om door te starten na (vervroegde) uittreding, maar worden gehinderd in de toegang tot werk. De werkloosheid onder ouderen is relatief hoog,¹⁵ en een aanzienlijke deel van de oudere werkzoekenden is langdurig werkloos. Dit staat op gespannen voet met de mogelijk toenemende noodzaak om door te werken uit financiële noodzaak, nu steeds meer gunstige uittredingsregelingen zijn versoberd of zijn opgeheven.

Bij dit onderzoek zijn enkele kanttekeningen te plaatsen. Allereerst moet worden opgemerkt dat de gegevens niet direct generaliseerbaar zijn. De steekproef omvatte oudere werknemers van een beperkt aantal, grote organisaties en is dus niet zonder meer een representatieve afspiegeling van de totale populatie van oudere werknemers in Nederland. Het is voorstelbaar dat de mate waarin de pensioentransitie als onvrijwillig wordt ervaren verschilt voor werknemers van grote en kleine bedrijven; in kleine bedrijven is er wellicht meer ruimte voor persoonlijke ondersteuning om de negatieve gevolgen van een gedwongen vertrek voor het welbevinden te verzachten. Bovendien is er meer onderzoek nodig om de invloed van pensionering op het welbevinden te onderzoeken voor zelfstandig ondernemers. Een tweede kanttekening betreft de motieven van gepensioneerden om door te starten. In de beschikbare data waren alleen gegevens bekend over het belangrijkste motief om weer te gaan werken. Het is echter zeer waarschijnlijk dat ouderen meerdere motieven hebben om door te werken na pensioen.¹⁶ Vervolgonderzoek zou

zich daarom kunnen richten op de mate waarin verschillende motieven tezamen het doorstartgedrag en de consequenties daarvan beïnvloeden.

De resultaten van deze studie suggereren dat de transitie naar volledig pensioen zowel positief als negatief kan uitpakken voor het welbevinden van (vervroegd) gepensioneerden. De mate waarin ouderen hun arbeidsloopbaan en het afscheid van werk naar eigen preferentie vorm kunnen geven blijkt hierbij van belang te zijn. In de voorbereiding op het pensioen lijkt het dus belangrijk te zijn om realistische wensen en verwachtingen te formuleren en te

kijken hoe men deze na pensioen in praktijk kan brengen. Een belangrijke rol is weggelegd voor leidinggevendenden, P&O-medewerkers en psychologen die oudere werknemers kunnen adviseren en ondersteunen in de voorbereiding op de transitie naar volledig pensioen.

Dankbetuigingen

Dit werk is ondersteund door een beurs van NWO – MaGW Onderzoekstalent [406-11-029] – die is toegekend aan Kène Henkens en Ellen Dingemans.

Literatuur

- Henkens K, Van Solinge H, Van Dalen HP. Doorwerken over de drempel van het pensioen. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2013.
- Dingemans E, Henkens K, Van Solinge H. Doorstarten na pensioen: een opkomend fenomeen. *Demos*. 2013;29(8):1–3.
- Szinovacz ME, Davey A. Predictors of perceptions of involuntary retirement. *The Gerontologist*. 2005;45(1):36–47.
- Van Solinge H, Henkens K. Adjustment to and satisfaction with retirement: two of a kind? *Psychology and aging*. 2008;23(2):422–34.
- Quine S, Wells Y, De Vaus D, Kendig H. When choice in retirement decisions is missing: qualitative and quantitative findings of impact on well-being. *Australasian Journal of Ageing*. 2007;26(4):173–9.
- Wang M, Zhan Y, Liu S, Shultz KS. Antecedents of bridge employment: a longitudinal investigation. *Journal of Applied Psychology*. 2008;93(4):818–30.
- Lim VKG, Feldman DC. The impact of time structure and time usage on willingness to retire and accept bridge employment. *The International Journal of Human Resource Management*. 2003;14(7):1178–91.
- Atchley RC. Continuity theory, self, and social structure. In: Ryff CD, Marshall VW, editors. *Families and retirement* Newbury Park, CA: Sage; 1999. p. 145–58.
- Dendinger VM, Adams GA, Jacobson JD. Reasons for working and their relationship to retirement attitudes, job satisfaction and occupational self-efficacy of bridge employees. *International Journal of Aging and Human Development*. 2005;61(1):21–35.
- CBS Statline. Van arbeid naar pensioen; personen 55 jaar of ouder. 2012.
- Henkens K. Een sociologisch perspectief op langer werken. *TPEdigitaal*. 2011;5(2):36–52.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985;49(1):71–4.
- Finkel SE. Causal analysis with panel data. Lewis-Beck MS, editor. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; 1995.
- Karpinska K, Henkens K, Schippers J. The recruitment of early retirees: a vignette study of the factors that affect managers' decisions. *Ageing and Society*. 2011;31(4):570–89.
- UWV. UWV Arbeidsmarktprognose 2012–2013. 2012 juni 2012.
- Kanfer R, Beier ME, Ackerman PL. Goals and motivation related to work in later adulthood: an organizing framework. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2013;22(3):253–64.

Verwijzen naar het hospice: verwijsgedrag van artsen en ervaren belemmeringen in Deventer en omgeving

S. Gahar^a, L. A. Hartman^b, J. T. van der Steen^c

Physicians' referral patterns and perceived barriers in the Deventer region in The Netherlands

Objective: To examine physicians' perceived referral patterns and barriers to referral of terminally ill patients to a hospice (institute).

Design: Survey study among physicians practicing in hospital and other settings in the region of Deventer, The Netherlands, in 2011–2012.

Method: We translated two available American instruments into Dutch. The questionnaire assessed hospice referral, knowledge about hospice, attitudes and barriers and reasons not to refer. We queried physicians who had referred patients to the local hospice about expectations and suggested areas for improvement with two open-ended items.

Results: In total, 240 physicians received the questionnaire. The response rate was 47%. The physicians were generally positive about hospice care. They indicated experiencing few barriers in hospice referrals, but 32% of the physicians (21% of those practicing in the hospital, and 39% in other settings), indicated the patient being unready as a strong barrier. Half of the physicians (51%) believed that hospice is being underutilized and 22% (35% and 14%, respectively) thought that they would refer more frequently if they had more knowledge about hospice care. Of the physicians, 35% answered all six knowledge questions correctly. Communication with the hospice may be improved.

Conclusion: Despite positive attitudes toward hospice care, it may be underutilized due to poor knowledge and communication with the hospice. Perhaps, this is also due to limited patient-physician communication on prognosis, which further research may address.

Keywords: palliative care, hospices/*utilization, referral and consultation
Tijdschr Gerontol Geriatr 2014; 45: 321–331

^a Westfriese zorggroep De Omring, Hoorn, The Netherlands

^b Zorggroep Solis, Deventer, The Netherlands

^c EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, Afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde, VU medisch centrum, Amsterdam, The Netherlands

Correspondentie: J. T. van der Steen, EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, Afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde, VU medisch centrum, Amsterdam, The Netherlands, Phone: 020-4449694; Email: j.vandersteen@vumc.nl

Samenvatting

Doel: In kaart brengen van verwijsgedrag en ervaren belemmeringen onder artsen bij het verwijzen van terminale patiënten naar een hospice.

Opzet: Vragenlijstonderzoek onder extramuraal (huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde) en intramuraal werkende artsen in Deventer en omgeving (2011–2012).

Methode: Wij vertaalden bestaande Amerikaanse meetinstrumenten. Onze vragenlijst bracht gebruik en verwijzing naar het hospice, kennis over het hospice, attitude en mogelijke belemmeringen, redenen om niet te verwijzen en belemmering bij het verwijzen in kaart. Verwachtingen en verbeterpunten werden nagegaan bij artsen die patiënten naar het lokale hospice hadden verwezen.

Resultaten: In totaal ontvingen 240 artsen de vragenlijst. De respons was 47%. Over het algemeen waren de artsen positief over het hospice. De artsen geven aan weinig belemmeringen te ervaren bij het verwijzen van patiënten naar het hospice, maar 32% (extramuraal 39%; intramuraal 21%) vond "het er niet klaar voor zijn van de patiënt" een sterke belemmering. De helft van de artsen (51%) dacht dat het hospice onderbenut wordt en 22% (respectievelijk 14% en 35%) dacht bij meer kennis over het hospice vaker te verwijzen. Van de respondenten beantwoordde 35% alle zes kennisvragen juist. Communicatie met het hospice werd genoemd als verbeterpunt.

Conclusie: Ondanks positieve attitudes wordt hospicezorg mogelijk onderbenut door gebrekkige kennis en communicatie met het hospice. Mogelijk speelt ook de communicatie tussen arts en patiënt over de prognose een rol. Hiernaar is verder onderzoek gewenst.

Trefwoorden: palliatieve zorg, hospice, benutting, verwijzing

Inleiding

In een hospice wordt palliatief terminale zorg verleend. Palliatieve zorg richt zich op verbetering van kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening.¹ Opname in een hospice is mogelijk als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. In Nederland

hebben de opnamecriteria betrekking op de ernst van de ziekte, de prognose en woonomstandigheden. Voor alle opnames geldt een geschatte levensverwachting van 3 maanden (bron: www.palliatievezorg.nl). In hospices verblijven voornamelijk ouderen. De mediane leeftijd in Nederland in 2011 was 77 jaar.²

De laatste jaren zijn in Nederland vele hospicevoorzieningen tot stand gekomen. Sommige zijn zelfstandig en andere zijn verbonden aan een verpleeg- of verzorgingshuis (bron: www.agora.nl). Binnen deze voorzieningen zijn vaak specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen werkzaam. In november 2011 waren er 255 hospicevoorzieningen met in totaal 1.061 beschikbare bedden (bron: www.palliatief.nl). In 2005 lagen de bezettingspercentages gemiddeld tussen de 64% en 70%. Dit leek toen op een overaanbod, maar in dezelfde periode waren er ook voorzieningen met wachtlijsten.³

In de Verenigde Staten is sprake van onderbenutting van hospicezorg. Daar is er een systeem van palliatieve zorg dat op verschillende plekken geleverd wordt door gespecialiseerde multidisciplinaire teams.^{4–11} Onderzoek aldaar toonde de volgende belemmerende factoren voor het verwijzen naar hospicezorg: de patiënt is nog niet klaar voor opname in een hospice, gebrek aan kennis bij de arts of patiënt, negatieve opvattingen over het hospice, moeilijk kunnen communiceren over de dood en het terminale stadium, moeite met het voorspellen van de levensverwachting en een voorkeur voor actieve behandeling door de arts of patiënt. De belemmerende factoren verschillen mogelijk per specialisme. Zo wisten Amerikaanse huisartsen minder vaak dan internisten van een opnamecriterium ten aanzien van de levensverwachting.⁸ Deze onderzoeken naar belemmerende factoren hebben betrekking op Amerikaanse artsen. Zij hebben wellicht een andere houding ten opzichte van palliatief terminale zorg. Zo stellen Amerikaanse artsen zich passiever op, waardoor de neiging van families van patiënten om te kiezen voor een actieve, meer agressieve behandeling, meer invloed heeft. Dit bleek uit eerder onderzoek onder artsen die verpleeghuispatiënten behandelen.¹²

Over het verwijsgedrag naar hospices onder Nederlandse artsen is nog weinig bekend.

In dit onderzoek brengen we voor het eerst het verwijsgedrag van artsen in een Nederlandse regio in kaart. De verkenning focust op: de frequentie van verwijzingen naar het hospice, de attitude er tegenover, de kennis over het hospice, de ervaren belemmeringen bij het verwijzen en de redenen om niet te verwijzen.

De onderzoeksvragen waren, ten aanzien van verwijsgedrag:

- Hoe vaak verwijzen artsen uit de regio naar het hospice?
- Wat zijn hun opvattingen ten aanzien van verwijsgedrag?

Ten aanzien van mogelijke belemmeringen bij verwijsgedrag:

- Is er een relatie tussen de kennis van zorg in het hospice en het verwijsgedrag van artsen? Hebben meer ervaren artsen meer kennis van het hospice?
- Wat zijn andere mogelijke belemmeringen bij verwijzen naar het hospice? Is er een relatie tussen de attitude van artsen ten opzichte van zorg in het hospice en hun verwijsgedrag?

Voor elk van deze vragen werden ook de verschillen nagegaan tussen extramuraal en intramuraal werkende artsen. Daarnaast werd er aan de artsen die eerder verwezen hadden naar het hospice gevraagd naar hun verwachtingen bij het verwijzen en verbeterpunten.

Methode

Onderzoeksgroep

Van november 2011 tot en met april 2012 vond vragenlijstonderzoek plaats in de regio Deventer, onder extramuraal (huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde) en intramuraal werkende artsen (specialisten en arts-assistenten in het Deventer ziekenhuis). Wij benaderden de artsen via de huisartsenvereniging in Deventer en het medisch secretariaat van het ziekenhuis. In november 2011 ontvingen zij een vragenlijst met retourenvelop en begeleidende brief op briefpapier van het hospice. De respons werd verwerkt tot en met april 2012. De onderzoekscommissie van de zorggroep waar het hospice onder valt, keurde het onderzoek goed.

Vragenlijst

Voor de ontwikkeling van de vragenlijst (Tabel 1) is gebruik gemaakt van vragenlijsten uit Amerikaans onderzoek.^{7,8,10} Wij selecteerden de onderdelen over verwijsgedrag en de mogelijke belemmeringen bij het verwijzen waaronder attitude en kennis. De kennisvragen pasten wij aan de Nederlandse situatie aan, met behoud van de strekking. Vanwege het ontbreken van gelijkwaardige Nederlandse alternatieven namen wij twee items van het onderdeel kennis niet over

in de Nederlandse vragenlijst. De drie auteurs kwamen in overleg tot de beste Nederlandse vertaling. Een professionele vertaler verzorgde een terugvertaling. Discrepancies tussen de Amerikaanse en de vertaalde lijst werden besproken en opgelost. Vervolgens is de vragenlijst op proef ingevuld door een specialist ouderengeneeskunde en zijn knelpunten aangepast. Na anderhalve week ontvingen niet-respondenten een herinnering.

Data analyse

De gegevens werden gecodeerd verwerkt. De resultaten van het kwalitatieve gedeelte (no 7 in Tabel 1) werden door twee personen gecodeerd en vervolgens gecategoriseerd. Een chi-kwadraat toets is gebruikt voor het toetsen van categoriale variabelen, de t-toets voor het toetsen van de continue variabelen en de gamma-correlatietoets voor de ordinale variabelen. Voor het toetsen van verschillen bij een niet normale verdeling is de Mann Whitney U-toets gebruikt. De gamma-toets is gebruikt voor het onderling vergelijken van artsen met betrekking tot een toename van verwijzen bij meer kennis. De Pearson correlatiecoëfficiënt is gebruikt voor het bepalen van een verband tussen het aantal jaren werkzaam zijn als arts enerzijds en kennis anderzijds. Voor een vergelijking met Amerikaans onderzoek extrapoleerden wij de totaalscore op de zes kennisvragen naar een totaalscore bij acht vragen. De meeste items hadden minder dan 5% ontbrekende waarden, indien er meer waarden ontbraken, is dit aangegeven in de tabel. Voor het analyseren gebruikten wij SPSS 18. Significantie werd gesteld op $p < 0,05$.

Resultaten

Respons

De respons was 47% (113/240) en verschilde niet significant tussen extramuraal (50%) en intramuraal (42%) werkende artsen ($p = 0,24$). Van de 253 verstuurd vragenlijsten bleken er 13 te zijn gestuurd naar artsen die niet meer werkzaam waren op de betreffende locatie. Wij hebben 2 van de 113 retour ontvangen lijsten niet meegenomen in de analyses, omdat deze buiten de onderzoeksperiode werden ontvangen. Van de 127 niet-respondenten, ontvingen wij van 123 artsen geen reactie en 4 artsen weigerden deelname aan het onderzoek.

De helft van de respondenten was vrouw. De gemiddelde leeftijd was 43,9 jaar (Tabel 2). De extramurale groep ($n = 66$) bestond uit huisartsen

Tabel 1		Meetinstrumenten		
Tabel-nummer	Categorie	Items	Respons schaal	Statistische toets
2	Kenmerken respondentena,b	13	Ja/nee, gemiddelden	t-toets chi-kwadraat toets
	Verwijsgedrag	6	Aantal patiënten en percepties dichotoom of 3-puntsschaal	
3	Kennis over het hospice ^a	6	3 categorieën (waar, niet waar, weet niet)	chi-kwadraat toets
4	Attitude en (andere) mogelijke belemmeringen bij het verwijzen van patiënten ^a	8 ^c	3 categorieën (mee eens, niet mee eens, geen mening)	chi-kwadraat toets
5	Redenen om niet te verwijzen naar een hospice ^b	7	Vergelijking van items onderling. Top 4 (4 van de 7 items worden in rangorde geplaatst volgens meest belangrijk tot minst belangrijk.) Presentatie: % meest belangrijk, en gemiddelde score per item, waarbij de items die buiten de top 4 vielen score 0 kregen.	Mann Whitney U-toets
6	Belemmeringen bij het verwijzen naar een hospice ^b	9	3-punts (niet of nauwelijks een belemmering, enigszins een belemmering, sterke belemmering)	gamma correlatie toets
7	Verwachtingen en verbeterpunten hospice te Deventer	2	Open vraag (kwalitatief), gecodeerd en ingedeeld in categorieën. Dit onderdeel is enkel ingevuld door artsen die patiënten naar hospice in de regio hadden verwezen.	

^aOgle K. et al. 2002 en 2003^{8,10}

^bBrickner L. et al. 2004⁷

^cOorspronkelijk 13 items. Wij selecteerden items die betrekking hebben op mogelijke belemmeringen

(90%) en specialisten ouderengeneeskunde (10%). De intramurale groep ($n=45$) bestond uit arts-assistenten (31%), chirurgen (13%), neurologen (13%), internisten (11%), longartsen (9%), cardiologen (7%), gynaecologen (7%), gerieters (4%), een maag-darm-lever-arts (2%) en een oncoloog (2%). Van de intramurale groep beschouwde 50% van de artsen palliatieve zorg niet als één van hun kerntaken. In de extramurale groep was dat slechts 3% van de artsen ($p < 0,001$).

Zorg voor palliatieve patiënten

Vijftien procent van de artsen had persoonlijke ervaring met het hospice. Een groot deel van de artsen (86%) was, in de maanden ervoor, behandelend arts geweest van palliatieve patiënten. Van de intramuraal werkende artsen beschouwde 50% palliatieve zorg niet als één van de kerntaken

(extramuraal: 3%). Deze artsen bespraken relatief vaak de mogelijkheid van verwijzen naar het hospice (gemiddeld 2,4 maal in de afgelopen 3 maanden; extramuraal: 1,2).

Verwijsgedrag

Extramuraal werkende artsen verwezen minder vaak naar het hospice (Tabel 2). Gemiddeld werd er per arts bijna jaarlijks (4,4 maal in 5 jaar) verwezen naar het hospice in de regio en 2-jaarlijks (2,5 maal in 5 jaar) naar een hospice buiten de regio. Geen van de artsen vond dat zij te vaak verwijzen. In totaal vond 51%, 62% van de intramurale en 42% van de extramurale artsen dat hospicezorg onderbenut wordt (Tabel 2). Geen van de artsen gaf aan dat meer kennis de frequentie van verwijzen zou doen afnemen. In totaal vond 22% van de artsen dat het aantal verwijzingen zal toenemen bij meer

Tabel 2		Kenmerken respondenten en opvattingen over verwijsgedrag			
		Totaal (n=111)	Extramuraal (n=66)	Intramuraal (n=45)	p
Kenmerken					
Geslacht	Man	50%	51%	49%	0,79
	Vrouw	50%	49%	51%	
Leeftijd, gemiddelde (SD)		43,9 (10,6)	48,3 (8,8)	37,0 (9,6)	<0,001
Jaren werkzaam als arts, gemiddelde (SD)		15,5 (10)	19,1 (9,1)	9,9 (8,9)	<0,001
Zorg voor palliatieve patiënten					
Heeft persoonlijke ervaring met zorg in een hospice		15%	12%	19%	0,35
In de afgelopen 3 maanden behandelend arts geweest van palliatieve patiënten		86%	94%	74%	0,004
Beschouwt palliatieve zorg als één van de kerntaken		79%	97%	50%	<0,001
Verwijsgedrag					
Aantal verwijzingen besproken in de afgelopen 3 maanden, gemiddelde (SD)		1,7 (2,1)	1,2 (1,4)	2,4 (2,8)	0,02
Aantal patiënten verwezen naar het betreffende hospice in de regio, in de afgelopen 5 jaar, gemiddelde (SD) ^a		4,4 (4,1)	3,8 (3,1)	5,4 (5,3)	0,09
Aantal patiënten verwezen naar een ander hospice in de afgelopen 5 jaar, gemiddelde (SD) ^a		2,5 (5,9)	1,4 (1,7)	4,5 (9,2)	0,050
Zorg in een hospice wordt onderbenut		51%	42%	62%	0,050
Hoe denkt u over uw eigen frequentie van verwijzingen?	Te weinig	10%	11%	7%	0,50
	Wanneer aangewezen	91%	89%	93%	
	Te vaak	0	0	0	
Als u meer kennis zou hebben over de zorg in een hospice en de criteria voor opname, zou uw frequentie van verwijzen naar een hospice dan veranderen?	Ja, toenemen	22%	14%	35%	0,01
	Ja, afnemen	0	0	0	
	Nee	78%	86%	65%	

SD standaarddeviatie

^aMeer dan 5% ontbrekende waarden. Bij de items 'aantal patiënten verwezen naar het betreffende hospice in de regio, in de afgelopen 5 jaar' (8% ontbrekende waarden) en 'aantal patiënten verwezen naar een ander hospice in de afgelopen 5 jaar' (11% ontbrekende waarden)

kennis over het hospice (intramuraal werkende artsen: 35%, extramuraal: 14%).

Gebrek aan kennis en andere mogelijke belemmeringen

Kennis

Van alle artsen beantwoordde 35% alle 6 kennisvragen over het hospice uit Tabel 3 juist. Het gemiddelde van de totale groep was 4,9 vragen juist beantwoord (SD=1,1; equivalent bij 8 kennisvragen in het originele instrument: 6,5) en

dit verschilde niet significant tussen de beide groepen artsen (extramuraal: 5,0, SD=1,0; intramuraal: 4,7, SD=1,1; $p=0,12$). Er was geen verband tussen het aantal jaren werkzaam zijn als arts en het niveau van de kennis (correlatiecoëfficiënt=0,005; $p=0,96$).

Attitude

Het overgrote deel van de artsen was positief over het hospice. Van alle artsen was 98% het ermee eens dat zorg in het hospice een waardevol

Tabel 3 Kennis over het hospice^a		Totaal (n=111)	Extramuraal (n=66)	Intramuraal (n=45)	p
Kennisvraag in de vorm van stelling, %					
Alle volwassenen en kinderen die terminaal ziek zijn, kunnen verwezen worden naar een hospice, niet alleen patiënten met kanker.	Waar	91	94	87	0,30
	Niet waar	4	2	7	
	Weet niet	6	5	7	
Ook een patiënt die in het verpleeghuis verblijft, kan in een hospice opgenomen worden.	Waar	65	68	61	0,45
	Niet waar	7	8	5	
	Weet niet	28	24	4	
De patiënt moet een levensverwachting hebben van 3 maanden of minder om in aanmerking te komen voor opname in het hospice.	Waar	84	88	80	0,49
	Niet waar	11	9	14	
	Weet niet	5	3	7	
Een patiënt moet een mantelzorger hebben die per 24 uur beschikbaar is, om in aanmerking te komen voor opname in het hospice.	Waar	2	2	2	0,38
	Niet waar	87	91	82	
	Weet niet	11	8	16	
Als de patiënt langer leeft dan 3 maanden, wordt de patiënt ontslagen uit het hospice.	Waar	3	3	2	0,55
	Niet waar	83	86	80	
	Weet niet	14	11	18	
Patiënten die palliatieve radiotherapie en/of chemotherapie ontvangen, komen niet in aanmerking voor opname in een hospice.	Waar	6	8	5	0,70
	Niet waar	78	79	77	
	Weet niet	16	14	18	

^aCursief is het juiste antwoord op de kennisvraag

alternatief is voor het bieden van terminale palliatieve zorg vergeleken met zorg in het ziekenhuis, verpleeghuis of thuis (niet in tabel). Het grootste deel van de artsen gaf aan zich op hun gemak te voelen bij het bespreken van een verwijzing naar een hospice (94%) en 83% was het niet eens met de stelling dat bespreking van een opname in een hospice leidt tot verlies van hoop. Twee attitudes (Tabel 4) vormden mogelijk een belemmering voor verwijzen naar het hospice. Een minderheid (21%) van de intramuraal werkende artsen vond dat zorg in het hospice voor het aanbreken van het terminale stadium besproken moet worden (extramuraal 62%). Een meerderheid van de extramuraal werkende artsen (80%) beaamde dat men de controle over de behandeling verliest bij opname in een hospice.

Redenen om niet te verwijzen

Een deel van de artsen (16%) gaf aan dat zij geen redenen hadden om niet te verwijzen. Dertig procent van alle artsen kon geen volledige top 4 van redenen om niet te verwijzen opgeven

(Tabel 5). Slechts twee van de beschreven redenen werden door meer dan één op de tien artsen genoemd. Deze redenen waren dat de familie de situatie goed aan kan (door 49% genoemd en vaker door extramuraal werkende artsen) en moeite met het nauwkeurig voorspellen van overlijden binnen drie maanden (30%).

Belemmeringen bij verwijzen naar een hospice

In antwoord op expliciet vragen naar belemmeringen (Tabel 6) gaven de meeste artsen aan een mogelijke belemmering niet of nauwelijks als dusdanig te ervaren. Het bezwaar hebben van patiënten en familie of niet klaar zijn voor een opname in een hospice werd vaak als een sterke belemmering (32%) of enigszins een belemmering (41%) ervaren. Dit werd vaker aangegeven door extramuraal werkende artsen. Extramuraal werkende artsen beschouwden ook vaker als (enigszins) een belemmering het niet bereid zijn van patiënt en familie om vreemden te betrekken in de laatste fase en de vrees het contact met de

Tabel 4 Attitude en andere mogelijke belemmeringen bij het verwijzen van patiënten

Kennisvraag in de vorm van stelling, %		Totaal (n=111)	Extramuraal (n=66)	Intramuraal (n=45)	p
Ik voel mij op mij gemak bij het bespreken van verwijzen naar een hospice met patiënten en familie.	Mee eens	94	95	93	0,89
	Niet mee eens	2	2	2	
	Geen mening	4	3	5	
Als er geen reële hoop is op genezing, dan moet hospice zorg altijd meegenomen worden bij het bespreken van behandelopties.	Mee eens	79	71	91	0,04
	Niet mee eens	17	18	7	
	Geen mening	7	11	2	
Bij opname in een hospice verliest de behandelend arts controle over de behandeling.	Mee eens	64	80	42	<0,001
	Niet mee eens	27	14	47	
	Geen mening	8	6	12	
Zorg in het hospice moet besproken worden met de patiënten voor het terminale stadium.	Mee eens	45	62	21	<0,001
	Niet mee eens	36	26	51	
	Geen mening	19	12	28	
Het personeel van een hospice heeft de klinische expertise in huis.	Mee eens	83	79	89	0,31
	Niet mee eens	2	2	2	
	Geen mening	15	20	9	
Bij zorg door een hospice is het moeilijk te bepalen wie de verantwoordelijkheid draagt over behandeling en besluitvorming.	Mee eens	14	14	14	0,07
	Niet mee eens	76	82	68	
	Geen mening	10	5	18	
Het bespreken van opname in een hospice maakt dat patiënten en familie de hoop verliezen.	Mee eens	6	5	9	0,37
	Niet mee eens	83	82	84	
	Geen mening	11	14	7	
Bij zorg door een hospice ben ik meer tijd kwijt aan administratie dan bij thuiszorg.	Mee eens	3	3	2	0,68
	Niet mee eens	76	79	73	
	Geen mening	21	28	25	

patiënt te verliezen. Meer intramuraal werkende artsen dan extramuraal werkende artsen vonden het niet bekend zijn met mogelijkheden voor hospicezorg in de omgeving een belemmering.

Verwachtingen en verbeterpunten

Alle artsen die patiënten naar het hospice in de regio hadden verwezen, gaven aan dat aan hun verwachtingen was voldaan (Tabel 7). Het meest genoemde verbeterpunt was een betere terugkoppeling naar de verwijzende arts.

Discussie

De artsen verwezen gemiddeld bijna jaarlijks naar het hospice in de regio. Geen van de artsen vond dat zij te vaak verwezen. De helft van de

intramuraal werkende artsen beschouwde palliatieve zorg niet als één van de kerntaken, maar juist deze artsen bespraken de verwijzing naar het hospice relatief vaak.

De artsen in ons onderzoek waren over het algemeen positief over het hospice. Zij lijken weinig belemmeringen te ervaren. Dit blijkt bijvoorbeeld ook uit onze bevinding dat 30% van de artsen niet, zoals gevraagd, vier redenen kon aangeven om niet te verwijzen. De wel genoemde redenen vormden “niet of nauwelijks” een belemmering. Echter vond één derde van de artsen “het er niet klaar voor zijn van de patiënt” een sterke belemmering. Dit kwam ook naar voren in Amerikaans onderzoek.^{8,10}

Wellicht vormt ook het tekort aan kennis over de zorg in een hospice een relevante belemmering. Ruim één op de vijf artsen dacht vaker te verwijzen als ze meer kennis zouden

Tabel 5		Redenen om niet te verwijzen naar een hospice			
		Totaal (n=111)	Extramuraal (n=66)	Intramuraal (n=45)	P
Familie kan het goed aan en heeft geen aanvullende steun nodig.	Meest belangrijk	49%	64%	22%	0,003
	Gem. score	2,92	3,22	2,39	
Moeite met het nauwkeurig voorspellen van overlijden binnen 3 maanden.	Meest belangrijk	30%	22%	44%	0,08
	Gem. score	2,27	2,08	2,61	
Geen tijd om te verwijzen door snel overlijden van de patiënt.	Meest belangrijk	9%	3%	19%	0,006
	Gem. score	1,95	1,67	2,44	
Gebrek aan tijd om zaken rond het sterven en zorg in het hospice te bespreken.	Meest belangrijk	4%	5%	3%	0,03
	Gem. score	0,73	0,59	0,97	
Aarzelings om de patiënt te confronteren met de terminale aard van de ziekte.	Meest belangrijk	1%	0%	2,8%	0,90
	Gem. score	0,36	0,38	0,33	
Ik denk niet zo gauw aan een hospice.	Meest belangrijk	1%	0%	0%	0,12
	Gem. score	0,18	0,25	0,06	
Bang om aan te geven dat er weinig hoop is.	Meest belangrijk	0%	0%	0%	0,91
	Gem. score	0,03	0,03	0,03	

Gem. gemiddelde

Tabel 6		Belemmeringen bij het verwijzen naar een hospice			
Kennisvraag in de vorm van stelling, %		Totaal (n=111)	Extramuraal (n=66)	Intramuraal (n=45)	p
Patiënten en familie hebben bezwaar tegen, of zijn niet klaar voor een opname in een hospice.	Sterke belemmering	32	39	21	0,03
	Enigszins een belemmering	41	39	44	
	Niet of nauwelijks een belemmering	27	22	35	
Patiënten en familie zijn weinig bereid om vreemden te betrekken in deze laatste fase.	Sterke belemmering	8	9	7	<0,001
	Enigszins een belemmering	41	56	19	
	Niet of nauwelijks een belemmering	50	35	74	
Ik wil niet het contact en de zorg voor patiënten in het terminale stadium verliezen.	Sterke belemmering	7	11	2	<0,001
	Enigszins een belemmering	37	52	14	
	Niet of nauwelijks een belemmering	56	38	84	
Ik vind dat er gebrek is aan tijdige communicatie tussen de zorgverleners in het hospice en mij.	Sterke belemmering	2	2	2	0,51
	Enigszins een belemmering	7	9	5	
	Niet of nauwelijks een belemmering	91	89	93	
Ik weet niet precies hoe lang zorg in een hospice vergoed wordt.	Sterke belemmering	4	3	5	0,14
	Enigszins een belemmering	16	12	23	
	Niet of nauwelijks een belemmering	80	85	73	
Ik weet niet precies hoe groot de eigen bijdrage voor zorg in het hospice is.	Sterke belemmering	4	3	5	0,16
	Enigszins een belemmering	27	23	34	
	Niet of nauwelijks een belemmering	69	74	61	
Ik ben niet bekend met de mogelijkheden voor zorg in een hospice in deze omgeving.	Sterke belemmering	1	2	0	0,01
	Enigszins een belemmering	11	3	23	
	Niet of nauwelijks een belemmering	88	95	77	
Ik vind dat er niet tijdig reactie volgt op mijn verwijzing.	Sterke belemmering	1	2	0	0,19
	Enigszins een belemmering	5	6	2	
	Niet of nauwelijks een belemmering	94	92	98	
Ik ben in het verleden ontevreden geweest met zorg door een hospice.	Sterke belemmering	0	0	0	0,02
	Enigszins een belemmering	5	8	0	
	Niet of nauwelijks een belemmering	95	92	100	

Tabel 7		Verwachtingen en verbeterpunten volgens de artsen die verwezen naar het hospice in de regio		
		Totaal (n=75)	Extramuraal (n=46)	Intramuraal (n=29)
Verwachtingen/Reden	Palliatief terminale zorg	62%	62%	62%
	Ontlasten thuissituatie	6%	9%	2%
Er is aan uw verwachtingen voldaan?	Ja	100%	100%	100%
	Nee	0%	0%	0%
Wat zijn volgens u verbeterpunten? (aantal malen genoemd bij open vraag)	Verbetering terugkoppeling naar room verwijzende arts	16	8	8
	Euthanasie is wenselijk	7	6	1
	Uitbreiden capaciteit bedden	3	2	1
	Aanbieden hospice zorg thuis	1	0	1
	Werknemer hospice aanwezig bij gesprek over opname in het hospice door huisarts of specialist	1	0	1
	Opname criteria hospice op zakkaart	1	0	1
	Verkorting wachtlijst	1	0	1
	Huisarts blijft hoofdbehandelaar	1	1	0

hebben over het hospice. Bij de intramuraal werkende artsen was dit zelfs één op de drie. Ook had slechts 35% alle kennisvragen goed beantwoord. De score op de kennisvragen verschilde niet tussen extramuraal en intramuraal werkende artsen. Toch scoorden de Nederlandse artsen hoger (gemiddeld 6,5 kennisvragen verrekend naar 8 kennisvragen) dan de Amerikaanse artsen (gemiddeld 3,8).⁸ Mogelijk is dit verschil te verklaren uit (kleine) verschillen in moeilijkheidsgraad van de vragenlijst die aangepast werd aan de Nederlandse populatie en het Nederlandse zorgsysteem. Ook was de hospicezorg destijds in de Verenigde Staten nog relatief nieuw. Amerikaans onderzoek toonde dat de arts hospicezorg aankaartte in ongeveer de helft van de gevallen waarbij werd verwezen naar het hospice. Volgens de familie gaf de arts hen vaak geen, of weinig informatie. De voordelen van hospicezorg die belangrijk waren voor de beslissing al dan niet hospicezorg te ontvangen, werden hen pas duidelijk nadat de patiënt eenmaal opgenomen was. De beperkte informatievoorziening naar patiënt en familie toe zou mogelijk kunnen komen doordat de artsen zelf geen goed beeld hadden van hospicezorg, net als in ons onderzoek.¹³

Ons onderzoek kent enkele beperkingen. Niet alle punten van de ideale vertaalprocedure zijn

volledig uitgevoerd.¹⁴ Slechts één professionele vertaler verzorgde de terugvertaling. Vanwege de aanpassingen in de vragenlijsten en gebruik van andere statistische toetsen (waar die in het Amerikaanse onderzoek niet adequaat waren) kunnen wij de resultaten niet precies vergelijken met de Amerikaans bevindingen. Daarenboven was de respons niet hoog, maar wel normaal voor een vragenlijstonderzoek onder artsen.¹⁵

In vervolgonderzoek kan worden onderzocht of er mogelijk druk om niet te verwijzen wordt ervaren door patiënten en behandelende artsen (m.n. extramuraal) vanuit een curatief specialisme en wanneer er een voorkeur bestaat voor een actieve behandeling. Mogelijk spelen verschillen in patiëntenpopulaties, waar extramuraal en intramuraal werkende artsen mee te maken krijgen ook een rol in het kiezen voor een actieve behandeling. Patiëntenpopulaties verschillen in voorkomen van chronisch progressieve aandoeningen anders dan kanker, voor wie palliatieve zorg wellicht minder goed omschreven of minder vanzelfsprekend is. Belemmeringen bij patiënten en/of familie kunnen nader worden onderzocht ten aanzien van preferenties of wenselijkheid van sturing door de arts. Door middel van kwalitatief onderzoek zoals participerende observatie kan onderzocht worden of het hospice wel ter sprake komt tijdens de

artsbezoeken en of de arts een actieve rol aanneemt als het gaat om een belemmering zoals “het er niet klaar voor zijn”.¹⁶ Voorts zouden nieuwe cijfers iets kunnen zeggen over de huidige (onder)bezetting van hospices in Nederland. De meest recente cijfers komen uit 2005. Wel is bekend dat het aantal hospicevoorzieningen sinds ons onderzoek is toegenomen van 255 voorzieningen met 1.061 bedden in 2011 naar 300 voorzieningen met 1.343 bedden in 2013. (bron: palliatief.nl)

Ondanks positieve attitudes onder de artsen kan geconcludeerd worden dat hospicezorg mogelijk onderbenut wordt. Mogelijke onderbenutting kan te maken hebben met gebrekkige kennis over hospice zorg, suboptimale communicatie tussen de arts en het hospice of mogelijk ook met de patiënt over de vooruitzichten. Van de intramuraal werkende artsen vond 21% dat het hospice besproken moet worden met de patiënt al voor het terminale stadium; van de extramuraal werkende artsen was 62% die mening toegedaan. Mogelijk werkt men vaak eerder reactief dan anticiperend. Hier is verder onderzoek naar gewenst. Zulk onderzoek zou ook het kostenaspect mee kunnen nemen. De bevindingen wijzen op het belang van de integratie van palliatieve terminale zorg

in de behandelopties en het bespreekbaar maken van ‘advance care planning’. Mogelijk kunnen meer patiënten baat hebben bij een opname in een hospice. Het onderzoek levert daarbij een bijdrage aan de discussie omtrent wel of niet doorbehandelden van zieke patiënten in de laatste levensfase en in hoeverre de arts dient af te wachten op “het er aan toe zijn” bij het bespreekbaar maken van het levenseinde.¹⁷

Dankwoord

De auteurs danken de artsen uit de regio Deventer voor hun bijdrage aan het onderzoek, en hospice De Winde (Solis, Deventer en omstreken) voor de bijdrage aan het studieconcept, en het VU medisch centrum, EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde voor materiële ondersteuning.

Ten tijde van het onderzoek was de eerste auteur in het kader van een wetenschappelijke stage werkzaam voor het VU medisch centrum, EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde, en voor hospice De Winde, onderdeel van zorggroep Solis.

Literatuur

- Definitie palliatieve zorg. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Van der Peet E, Galesloot C. Palliatieve zorg in hospices, IKNL jaarverslag 2011. Rapportage REPAL.
- Mistiaen P, Francke AL, Van Ruth L. Monitor palliatieve zorg, rapport 2006. Utrecht: NIVEL; 2006.
- Richard J, Takeuchi LR. Factors that influence physicians' recommendation of hospice care: an exploratory study. *J Hosp Mark.* 2006;17:3–25.
- Friedman BT, Harwood MK, Shields M. Barriers and enablers to hospice referrals: an expert overview. *J Palliat Med.* 2002;5:73–84.
- Navaid, M. Perception of hospice/palliative medicine: A fellow's narrative. *J Palliat Med.* 2009;12:385–6.
- Brickner L, Scannell K, Marquet S, Ackerson L. Barriers to hospice care and referral: survey of physicians' knowledge, attitudes, and perceptions in a health maintenance organization. *J Palliat Med.* 2004;7:411–8.
- Ogle KS, Mavis B, Wang T. Hospice and primary care: attitudes, knowledge and barriers. *Am J Hosp Palliat Care.* 2003;20:41–51.
- McGorty EK, Bornstein BH. Barriers to physicians' decisions to discuss hospice: insights gained from the United States hospice model. *J Eval Clin Pract.* 2003;9:363–72.
- Ogle KS, Mavis B, Wyatt GK. Physicians and hospice care: attitudes, knowledge and referrals. *J Palliat Med.* 2002;5(1):85–92.
- Rousseau P. Caring for the dying: why is it so hard for physicians? *West J Med.* 2001;175:284–5.
- Helton MR, van der Steen JT, Daaleman TG, Gamble GR, Ribbe MW. A cross-cultural study of physician treatment decisions for demented nursing home patients who develop pneumonia. *Annals Fam Med.* 2006;4(3):221–7.
- Casarett DJ, Crowley RL, Hirschman KB. How should clinicians describe hospice to patients and families? *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:1923–8.
- Floor S, Overbeke AJPM. Niet Nederlandse vragenlijsten over levenskwaliteit gebruikt in het Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde: vertaalprocedure en argumenten voor de keuze van de vragenlijst. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2006;150:1724–7.
- Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol.* 1997;10:1129–36.

16. Freund K, Weckmann MT, Casarett DJ, Swanson K, Brooks MK, Broderick A. Hospice eligibility in patients who died in a tertiary care center. *J Hosp Med.* 2012;7:218–23.
17. Doorbehandelen in de laatste levensfase. <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/5270/Zorg/article/detail/3262830/2012/05/30/Artsen-ernstig-zieke-patienten-woorden-te-lang-doorbehandeld.dhtml>.

Het effect van galantamine op de ecg- geleidingstijden

I.C. Jobse^{a,c}, R.A.M. de Jonckheere^b

The effect of galantamine on cardiac conduction time

Background: Galantamine, one of the acetylcholinesterase inhibitors (AChEI), is used in the treatment of Alzheimer's disease. However AChEI have been associated with adverse events, including cardiac events. The objective of this prospective, observational study is to evaluate the association between galantamine and incident cardiac conduction abnormalities.

Methods: A total of 64 patients, who visited an out - patient clinic of a geriatric department were enrolled in the study. All patients were diagnosed with Alzheimer's disease and started with a capsule containing 8 mg of galantamine. Subsequently, if galantamine was well tolerated, the dosage was raised every 4 weeks, to an eventual dosage of 24 mg/ day. The mean follow - up period was 4 months. ECG parameters were evaluated at baseline and after start of galantamine at each galantamine dose level (8, 16, 24 mg / day).

Results: No significant differences in electrocardiographic measurements before and during treatment with galantamine were found.

Conclusion: No significant changes in ECG parameters relative to baseline were found with galantamine treatment. Also after adjustment for concomitant cardioactive medications and cardiovascular comorbidity, no significant changes were found.

Keywords: Reminyl, Electrocardiogram, Dementia
Tijdschr Gerontol Geriatr 2014; 45: 332-337

Samenvatting

Achtergrond: Galantamine, een acetylcholinesterase-remmer (AChE-remmer), is geregistreerd voor de symptomatische

behandeling van lichte tot matig ernstige dementie van het Alzheimer-type. In de literatuur zijn associaties beschreven tussen het gebruik van AChE - remmers en het optreden van cardiovasculaire bijwerkingen.

^a arts in op leiding tot klinisch geriater, afdeling klinische geriatrie, Amphia Ziekenhuis, Breda, The Netherlands

^b klinisch geriater, afdeling klinische geriatrie, Amphia Ziekenhuis, Breda, The Netherlands

DOI: 10.1007/s12439-014-0089-x
Published Online: 23 September 2014

^c Struitenweg 24 c, 3082 WV, Rotterdam, The Netherlands
Correspondentie: I.C. Jobse, Struitenweg 24 c, 3082 WV, Rotterdam, The Netherlands, Phone: 06-23569153; Email: dulve@hotmail.com

Het doel van deze prospectieve, observationele studie is om te onderzoeken of er een verband bestaat tussen het gebruik van galantamine en het optreden van cardiale geleidingsstoornissen.

Methode: In totaal werden 64 patiënten geïnccludeerd, bij wie gestart werd met een behandeling met galantamine nadat de diagnose waarschijnlijk Alzheimer-dementie was gesteld. De startdosering was 8 mg/ dag, welke dosering, indien er geen bijwerkingen optraden, per vier weken opgehoogd werd met 8 mg tot een einddosering van 24 mg/ dag.

Een electrocardiogram werd verricht voor aanvang en tijdens de therapie met galantamine. De waarden van de nulmeting werden vergeleken met die bij gebruik van 8, 16 en 24 mg galantamine.

Resultaten: Er werden geen significante veranderingen in de ecg- geleidingstijden gevonden tijdens het opheugen van galantamine tot de maximale dosering van 24 mg. Ook niet na correctie voor gebruik van negatief-chronotrope middelen en cardiale voorgeschiedenis.

Trefwoorden: galantamine, electrocardiogram, acetylcholinesterase remmer, ziekte van Alzheimer

Inleiding

De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie. De prevalentie van de ziekte stijgt sterk met de leeftijd. Onder het 65e jaar komt de aandoening bij hooguit 1% van de bevolking voor, boven het 85e jaar ligt dit percentage rond de 40%.

In Nederland zijn de acetylcholinesterase -remmers (AChE-remmers) galantamine en rivastigmine geregistreerd voor de symptomatische behandeling van lichte tot matig ernstige dementie van het Alzheimer-type. Deze middelen hebben bij een deel van de patiënten een positief effect op cognitie, gedrag en het functioneren in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).¹ Ze verhogen de activiteit van acetylcholine in de synapspleet door de inactivatie van de neurotransmitter te remmen.

Naast hun werking in het centrale zenuwstelsel produceren ze ook perifere effecten.

De meest voorkomende bijwerkingen van AChE-remmers zijn gastrointestinale bijwerkingen; zoals misselijkheid en braken.

Ook kunnen de middelen het cardiovasculaire systeem beïnvloeden; in de literatuur worden zij onder andere geassocieerd met een verhoogde diastolische bloeddruk en een versterkte werking van de nervus vagus.² Verschillende *case reports* zijn gepubliceerd waarin een verband wordt genoemd tussen het gebruik van AChE-remmers en het optreden van cardiale geleidingsstoornissen zoals QTC tijd verlenging en AV blok.³⁻⁵ Andere studies vonden echter geen verband tussen het optreden van cardiale geleidingsstoornissen of syncope en het gebruik van deze middelen.⁶⁻⁹

In een cochrane review werd een relatief risico op het optreden van syncope bij gebruik van een AChE-remmer van 1.9 (CI 1.09–3.33) gevonden.¹⁰ Dit risico is consistent met de bevindingen van een grootschalige cohortstudie; naast een verhoogd risico op syncope (RR=1.76 (1,57–1,98)) werd in deze studie ook een toegenomen risico op bradycardie, pacemaker implantatie en valgerelateerde heupfracturen gevonden.¹¹ In deze studie werd echter niet het effect van de medicatie op de ecg-geleidingstijden bepaald, zodat geen uitspraken gedaan konden worden over het directe effect van de AChE-remmer op het geleidingssysteem. Een verhoogd risico op bradycardie bij het gebruik van een AChE-remmer, gepaard gaande met een verhoogd valrisico en een verhoogd risico op syncope, werd ook gevonden in een andere cohortstudie.¹²

Gegevens van een Australische database, waarin de bijwerkingen van nieuwe middelen worden geregistreerd, tonen dat van de AChE-remmers, galantamine het middel is waarvan het frequentst bradycardie, arrhythmie en ‘plotse dood’ als bijwerking wordt gemeld.⁹ In deze prospectieve observationele studie werd bepaald of er tijdens het gebruik van olopendinge doseringen galantamine een verandering optrad in de geleidingstijden. Met als doel te onderzoeken of er een verband bestaat tussen het gebruik van galantamine en het optreden van cardiale geleidingsstoornissen.

Methode

Studie-opzet en participanten

De studiegroep bestond uit patiënten, bij wie in de periode 2005–2008 een behandeling werd gestart met de AChE-remmer galantamine nadat de diagnose ‘waarschijnlijk alzheimerdementie’ werd gesteld. De diagnose waarschijnlijk ziekte van Alzheimer werd gesteld aan de hand van de DSM IV criteria. Exclusiecriteria waren eerder gebruik van een AChE-remmer en dementie in

een vergevorderd stadium (MMSE ≤ 10). Een electrocardiogram werd verricht voor aanvang en tijdens de therapie met galantamine.

Hartfrequentie, PR interval, QRS duur en QT interval waren de ecg-parameters, die werden geregistreerd. Er werd een 12 afleidingen ECG gemaakt met een Hewlett Packard recorder, type 300 PI. De ecg-parameters werden automatisch berekend door het apparaat.

De startdosering van galantamine was 8 mg/dag, welke dosering, indien er geen bijwerkingen optraden, per vier weken opgehoogd werd met 8 mg tot een einddosering van 24 mg/dag. De waarden van de nulmeting werden vergeleken met die bij gebruik van 8, 16 en 24 mg galantamine. Ook werd het effect bepaald van de variabelen leeftijd, geslacht, cardiale voorgeschiedenis en het gelijktijdig gebruik van negatief-chronotrope middelen zoals bètablokkers en calciumantagonisten.

Statistische analyse

Na logaritmische transformatie van de variabelen werd gebruikt gemaakt van mixed model ANOVA, waarna er sprake was van een normale verdeling. De trendvariabele in het model was de onafhankelijke variabele 'dosering galantamine', die genummerd werd van 1 t/m 4. Waarbij nummer 1 stond voor het eerste bezoek; het bezoek voor start van galantamine. De co-variabelen waarvoor werd gecorrigeerd waren: leeftijd, geslacht, gebruik bètablokkers, gebruik van calciumantagonisten en cardiale voorgeschiedenis.

De gegevens van patiënten die voortijdig stopten met galantamine, maar bij wie wel een basis ECG en minstens 1 follow-up ecg waren verricht, werden ook opgenomen in de analyse. Voor elke co-variabele werd bepaald of er een verschil bestond in het beloop van de geleidingstijden bij oplopende doseringen van galantamine, tussen de groep waarin de co-variabele aanwezig is en de groep waarin deze afwezig is. De verandering bij ophoging van de dosering galantamine werd weergegeven als procentuele verandering. Een verandering was significant bij een p waarde < 0.05 .

Resultaten

De studiegroep bestond in totaal uit 64 patiënten. Tabel 1 toont de demografische - en ziektekenmerken van de patiënten. Twintig procent van de patiënten had een cardiale voorgeschiedenis en 44% gebruikte een bètablokker en / of een calciumantagonist. Het merendeel van de patiënten ($n=49$) gebruikten de maximale dosering van 24 mg galantamine aan het eind van de studieperiode. Vijf patiënten waren lost to follow - up, bijvoorbeeld door opname in een verpleeghuis. Bij 3 patiënten werd de dosering verlaagd in verband met bijwerkingen. Daarnaast stopten zeven patiënten met galantamine tijdens de follow-up periode van 12 weken (Tabel 2).

Bij twee patiënten werd de AChE-remmer gestaakt in verband met het optreden van veranderingen op het ecg; bij 1 patiënt ontstond atriumfibrilleren bij gebruik van 8 mg galanta-

Tabel 1	Patiëntenkenmerken	
Geslacht		
Mannelijk; n (%)		22 (34)
Leeftijd in jaren, gemiddelde (spreiding)		78 (61-88)
Cardiale voorgeschiedenis; n (%)		13 (20)
Myocardinfarct; n (%)		5 (8)
CABG; n (%)		4 (4,7)
Hartfalen; n (%)		1 (1,6)
SVT; n (%)		4 (6)
Angina pectoris; n (%)		1 (1,6)
Negatief chronotrope medicatie; n (%)		28 (44)
Bètablokkers; n (%)		21 (33)
Calciumantagonisten; n (%)		7 (11)

CABG, Coronary artery bypass grafting; SVT, Supraventriculaire tachycardie

Tabel 2		Overzicht van bijwerkingen leidend tot staken/vermindering van galantamine en aantal patiënten 'lost to follow -up'
		Number
Lost to follow -up		5
Dosivermindering door bijwerkingen		3
Duizeligheid		2
Gewichtsverlies		1
Voortijdig staken galantamine (totaal)		7
Gewichtsverlies		2
Duizeligheid		2
Ritme/geleidingsstoornissen		2
Eigen initiatief		1

mine. Opvallend in deze casus was, dat er pre-existent sprake was van een eerste graads AV blok. Bij de tweede patiënt werd gestopt met het medicament in verband met verlenging van de QT tijd en de QRS duur. Bij laatstgenoemde patiënt bedroegen de QRS duur en QT tijd respectievelijk 94 en 403 ms, welke tijden 4 weken na start van 8 mg galantamine respectievelijk 154 en 466 bedroegen. Deze patiënte gebruikte propranolol in verband met hartkloppingen.

Er werden geen significante veranderingen in de ecg- geleidingstijden gevonden tijdens het ophogen van galantamine tot de maximale dosering van 24 mg (Tabellen 3 en 4). Ook niet na correctie voor gebruik van negatief-chronotrope middelen en cardiale voorgeschiedenis. Er werd enkel een trend gevonden richting een lagere gemiddelde hartfrequentie bij mannen in vergelijking met vrouwen tijdens de studieperiode ($p=0.067$). Ook werd bij vrouwen een trend gevonden voor een verandering in hartfrequentie tijdens gebruik van galantamine; na start van 8 mg galantamine werd bij vrouwen een stijging van de gemiddelde hartfrequentie vastgesteld ($p=0.053$) (Tabel 4). Deze bevindingen zijn

echter niet klinisch relevant en berusten mogelijk op toeval.

Discussie

In deze prospectieve, observationele studie werden geen significante veranderingen in de ecg-geleidingstijden gevonden tijdens het ophogen van galantamine tot de maximale dosering van 24 mg. Ook eerdere studies vonden geen significante effecten van gebruik van AChE-remmers op ecg-geleidingstijden.¹³⁻¹⁶ In de studie waarbij Isik et al. het effect van galantamine op de ecg-geleidingstijden onderzochten, werden patiënten met een cardiovasculaire voorgeschiedenis geëxcludeerd evenals patiënten die chronotrope medicatie gebruikten (zoals bètablokkers en calciumantagonisten).¹⁴ Onze studie is voor zover bekend de enige studie naar veranderingen in de ecg-geleidingstijden bij gebruik van galantamine waarbij deze exclusiecriteria niet gehanteerd zijn. Naar onze mening zouden de bevindingen bij hanteren van deze exclusiecriteria minder generaliseerbaar zijn naar de algemene populatie, aangezien cardiovasculaire aandoeningen veel voorkomen bij ouderen.

Tabel 3	Gemiddelden van de electrografische uitkomstvariabelen met 95% betrouwbaarheidsintervallen			
Parameter (M±SD)	Baseline (N=64)	Galantamine 8mg/ dag (N=64)	16 mg/ dag(N=58)	24 mg / dag(N=49)
QRS	98 (93.0-103.3)	97.7 (92.4-103.3)	97.1 (92.1-102.4)	96.1(90.9-101.6)
QTC	420.2 (411-429.7)	422.3 (413.2-431.7)	421.9 (415.4-428.6)	418.8 (411.0-426.7)
HR (m)	70.1 (64.7-76.0)	70.4 (65.6-75.6)	71.1 (65.8-76.7)	65.4 (60.3-71.0)
HR (v)	70.5 (66.6-74.7)	76.8 (73.0-80.8)	73.2 (69.3-77.4)	73.4 (69.4-77.6)
PR	170,9 (164.0-178,1)	172.1(165,6-178,9)	173,8 (167.6-180.1)	172.2 (166.0-178.6)

Geschat en gecorrigeerd voor de bekende covariabelen (geslacht, leeftijd, negatief chronotrope geneesmiddelen) middels de ANOVA voor herhaalde metingen

Tabel 4 Procentuele verandering ecg-geleidingstijden bij dosisverhoging			
Hartfrequentie: procentuele verandering per bezoek			
	95% CI		p-waarde
0.6%	-0.1	1.4	0.216
PR interval: procentuele verandering per bezoek			
	95% CI		p-waarde
0.5%	-0.4	1.3	0.278
QRS duur: procentuele verandering per bezoek			
	95% CI		p-waarde
-0.6%	-1.3	0.1	0.114
QTC interval: procentuele verandering per bezoek			
	95% CI		p-waarde
0.1%	-0.6	0.8	0.717

Bij 16% van de patiënten in onze studie werd galantamine voortijdig gestaakt of werd de dosering verlaagd in verband met bijwerkingen. Dit hoge percentage is mogelijk te verklaren door het feit, dat galantamine relatief snel werd opgehoogd (per 4 weken). In de literatuur wordt beschreven, dat er bij langzamer ophogen van een AChE-remmer minder kans op bijwerkingen bestaat.¹⁰

Twee cohortstudies onder de algemene populatie vonden een verhoogd risico op onder meer bradycardie en syncope bij het gebruik van een AChE-remmer. Hoewel in onze studie galantamine op groepsniveau geen significant effect had op de geleidingstijden, werd bij twee patiënten het medicament voortijdig gestaakt in verband met ecg veranderingen. Bij de eerste patiënt ontstond atriumfibrilleren de novo bij gebruik van 8 mg galantamine.

Een verband met de medicatie is niet zeker aangezien (paroxismaal) atriumfibrilleren op oudere leeftijd frequent voorkomt. Het eerstegraads AV blok, dat pre-existent aanwezig was bij deze patiënt, is in de literatuur wel beschreven als een risicofactor voor het ontstaan van atriumfibrilleren.¹⁷ Bij de tweede patiënt ontstond een linker bundeltak blok en een verlenging van het QTC interval na start van galantamine. Deze patiënt was bekend met palpitatieklachten, waarvoor zij propranolol gebruikte.

Een potentiële beperking van de studie is de relatief korte follow-up duur van 12 weken waardoor er geen uitspraken kunnen worden gedaan over eventuele lange termijn-effecten van galantamine. Een tweede mogelijke beperking is het feit dat de studiepopulatie bestond uit een klein aantal patiënten in relatief goede gezondheid; zo is de prevalentie van hartfalen in de studiepopulatie 1,6%, terwijl deze in de algemene (geriatrische) populatie 10–20% bedraagt. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er sprake is van selectiebias; vooral de gezondere ouderen worden door de huisarts doorverwezen naar onze geheugenpolikliniek.

In de toekomst is meer onderzoek naar de veiligheid van galantamine bij patiënten met cardiovasculaire co-morbiditeit en gebruik van cardiale medicatie, wenselijk.

Dankbetuiging

De auteurs willen graag Astrid van den Bosch en Angèle Robinson, geriatrieverpleegkundigen in het Amphia ziekenhuis, bedanken voor hun hulp bij het verzamelen van de data.

Literatuur

1. Cummings JL. Use of cholinesterase inhibitors in clinical practice. Evidence-based recommendations. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11; 131–145
2. Masuda Y, Kawamura. Acetylcholinesterase inhibitor (Donepezil Hydrochloride) reduces heart rate variability. *Journal of cardiovascular pharmacology*. 41 (suppl.1): S67-S71

3. Leitch A, McGinness P, Wallbridge D. Calculate the QT interval in patients taking drugs for dementia *BMJ*. 2007;335(7619):557.
4. Suleyman T, Tefvik P, Abdulkadir G et al. Complete atrioventricular block and ventricular tachyarrhythmia associated with donepezil. *Emerg Med J*. 2006;23 (8): 641-2
5. Leentjens AF, Kragten JA. Complete atrioventricular block during galantamine therapy. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2006;150 (10):563-6
6. Bordier P, Garrigue S, Lanusse S et al. Cardiovascular effects and risk of syncope related to donepezil in patients with Alzheimer's disease. *CNS Drugs* 2006;20 (5): 411-417
7. Doody RS, Corey-Bloom J, Zhang R. Safety and tolerability of donepezil at doses up to 20 mg/day. Results from a pilot study in patients with Alzheimer's disease. *Drugs Aging* 2008; 25 (2): 163-174.
8. Boada-Rovira M, Brodaty H, Cras P et al. Efficacy and safety of donepezil in Alzheimer's disease. *Drugs Aging* 2004;21 (1):43-53.
9. Fisher AA, Davis MW. Prolonged QT interval, syncope, and delirium with galantamine. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2008;42 (2):278-83
10. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane database syst. Rev.* 2006;(1): CD005593
11. Gill S.S, Anderson GM, Fischer HD et al. Syncope and its consequences in patients with dementia receiving cholinesterase inhibitors. A population-based cohort study. *Arch Intern Med*. 2009;169 (9):867-73
12. Hernandez RK, Farwell W, Cantor MD et al. Cholinesterase Inhibitors and incidence of bradycardia in patients with dementia in the veterans affairs New England healthcare system. *J Am Geriatr Soc* 2009 57 (11); 1997-2003.
13. Morganroth J, Graham S, Hartman R. Electrocardiographic effects of rivastigmine. *J Clin Pharmacol*. 2002;42(5):558-68
14. Isik AT, Bozoglu E, Naharci MI et al. Evaluation of the effects of galantamine on cardiac function in elderly patients with Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2010; 8 (5):454-9.
15. Isik AT, Yildiz GB, Bozoglu E. Cardiac safety of donepezil in elderly patients with Alzheimer disease. *Intern Med*. 2012; 51(6):575-8.
16. Isik AT, Bozoglu E, Yay A. Which cholinesterase inhibitor is the safest for the heart in elderly patients with Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2012; 27(3):171-4.
17. Cheng S, Keyes MY, Larson MG et al. Long term outcomes in individuals with prolonged PR interval or first degree atrioventricular block *JAMA* 2009; 301 (24): 2571-7.

Signalementen

Deel ziekenhuisopnames aan het eind van het leven is te voorkomen

Achteraf gezien vindt een kwart van de huisartsen dat ziekenhuisopname van de patiënt aan het eind van het leven had kunnen worden voorkomen. In de laatste levensmaanden zijn benauwdheid, digestieve en cardiovasculaire problemen de voornaamste redenen voor een opname. Als er echter vooraf goede afspraken worden gemaakt, hoeft dit niet altijd te leiden tot een ziekenhuisopname. Dit blijkt uit het van verplegingswetenschapper/epidemioloog *Ria de Korte-Verhoef*, 54 jr, onder huisartsen, verpleegkundigen en mantelzorgers.

Bekend is dat ruim de helft van de niet-plotseling overleden patiënten in de laatste drie levensmaanden wordt overgeplaatst van thuis naar ziekenhuis. We weten echter dat de meeste Nederlanders het liefst thuis willen blijven aan het levenseinde. *Ria de Korte-Verhoef* onderzocht de vermijdbaarheid van deze ziekenhuisopnames en presenteert vijf met elkaar samenhangende strategieën om ziekenhuisopname te voorkomen: (1) Markeren dat de dood nadert en een omslag in het denken maken; (2) In staat zijn om acute behandeling en zorg te geven aan het levenseinde; (3) Anticiperende gesprekken voeren en interventies plegen voor het omgaan met de te verwachten problemen; (4) Begeleiden en monitoren van patiënten en familie op een holistische wijze gedurende het ziekteproces; (5) Continuïteit in zorg en behandeling thuis.

Door de complexiteit echter van de situatie rondom de patiënt, zoals vooral het onvoorspelbare ziekteverloop, de veelal acute problemen van somatische of psychosociale aard en de interactie tussen professionals, blijkt in de praktijk ziekenhuisopname aan het levenseinde vaak toch niet te voorkomen.

Proefschrift *Reasons and avoidability of hospitalisations at the end of life. Perspectives of GPs, Nurses and Family Carers*, Vrije Universiteit Amsterdam, 2 September 2014, 179 p, ISBN 978 90 6464 799 4. Promotoren waren prof. dr. L.H.J. Deliens, prof. dr. B.D. Onwuteaka-Philipsen en prof. dr. A.L. Francke.

Dementia Care Mapping: een persoonsgerichte methode om de zorg voor mensen met dementie te verbeteren

De kwaliteit van dementiezorg in verpleeghuizen is niet optimaal. Er is veel werkstress onder medewerkers en bij bewoners komen vaak neuropsychiatrische symptomen zoals agitatie of depressie voor. Deze symptomen worden vaak 'behandeld' met psychotrope medicatie en vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit is echter veelal inadequaat, gevaarlijk en slechts beperkt effectief. Gezondheidswetenschapper *Geertje van de Ven*, 32 jr, deed promotieonderzoek naar de (kosten) effectiviteit van Dementia Care Mapping (DCM), een persoonsgerichte methode die zich richt op het verminderen van bovengenoemde problemen. Interacties tussen medewerkers en bewoners worden op een gestructureerde manier geobserveerd en deze informatie wordt teruggegeven aan het zorgteam. Medewerkers krijgen hierdoor meer inzicht in hun gedrag en de invloed daarvan op de bewoners. Naar aanleiding van de feedback ontwikkelen de zorgmedewerkers zelf actieplannen om de zorg te verbeteren.

Geconcludeerd wordt dat de DCM interventie effectief bleek te zijn in strikt gecontroleerde condities. Aanbevolen wordt om bij de implementatie van DCM rekening te houden met mogelijke belemmerende factoren. Zo is bijvoorbeeld een goede planning essentieel en is de betrokkenheid van de afdelingsmanager en de inzet van het team op de werkvloer cruciaal.

Proefschrift *Effectiveness and costs of Dementia Care Mapping intervention in Dutch Nursing homes*, 22 September 2014, 127 p, ISBN 978 94 6279 002 5. Promotoren waren prof. dr. M.J.F.J. Vernooij-Dassen en prof. dr. R.T.C.M. Koopmans.

Zoektocht naar op maat gesneden behandeling van reumatoïde artritis (RA)

RA is een veel voorkomende chronische inflammatoire ziekte die wordt gekenmerkt door synoviale ontsteking die kan leiden tot ernstige gewrichtsschade en invaliditeit. De specifieke oorzaak van RA blijft onduidelijk, algemeen wordt aangenomen dat een combinatie van omgevings- en genetische factoren een rol spelen in de aanvang en de ernst van de ziekte. RA kan niet worden genezen en therapeutische interventie is gericht op het verminderen van de symptomen en het minimaliseren van gewrichtsschade. Blokkade van de tumornecrosefactor (TNF) blijkt zeer effectief bij

het beheersen van de klinische symptomen van RA en bij het voorkomen van verdere structurele schade. Ongeveer 30% van de patiënten heeft echter geen baat bij de behandeling met TNF-remmers (TNFi). Het optreden van non-response, in combinatie met hoge kosten, toxiciteit en mogelijk onbedoelde gelijktijdige immunosuppressie verbonden aan TNFi-gebruik, is aanleiding geweest voor de zoektocht naar genetische markers, die de uitkomst van de TNFi-therapie kunnen voorspellen. Bioloog *Maša Umičević Mirkov*, 33 jr, deed promotieonderzoek naar de identificatie van genetische voorspellers van TNFi behandelingsresultaat bij patiënten met RA. Verschillende benaderingen die de ontdekking zou kunnen bevorderen van de voor de therapie-uitkomst verantwoordelijke farmacogenetische markers, passeren in haar proefschrift de revue. Zodra deze farmacogenetische markers zijn geïdentificeerd en gevalideerd, kunnen ze van enorm klinisch voordeel zijn voor zowel de gepersonaliseerde behandeling van RA als voor de identificatie van nieuwe therapeutische strategieën dankzij een beter begrip van de fundamentele menselijke fysiologie.

Proefschrift *Personalized medicine in Rheumatoid Arthritis. Pharmacogenetics of anti-TNF and beyond*, Radboud Universiteit Nijmegen, 3 September 2014, 164 p, ISBN 978 90 9028 385 2. Promotores waren prof. dr. H.G. Brunner en prof. dr. P.L.C.M. van Riel.

Liquor diagnostiek heeft geen toegevoegde waarde voor de prognose bij MCI

Er is een toenemende belangstelling voor medische testen voor het identificeren van de pathologie van alzheimer bij patiënten met een milde cognitieve stoornis (MCI). Vooral CSF, het zoeken naar biomarkers in het hersenvocht (CSF, Cerebrospinal Fluor) wordt reeds in de reguliere zorg toegepast, hoewel deze test nog wetenschappelijk wordt onderzocht. Gezondheidswetenschapper *Ron Handels*, 28 jr, onderzocht de accurateheid ten aanzien van prognose en de kostenutiliteit van routinematig gebruik van CSF en bediscussieert zijn bevindingen in zijn proefschrift. Het belang van het weerspiegelen van de klinische praktijk in diagnostisch onderzoek wordt ter sprake gebracht. Verschillende beperkingen van de thesis worden genoemd, waaronder het gebruik van zowel personen uit de algemene populatie als uit een geheugenpolikliniek.

Toegepast in een beslisalgoritme, verbeterde CSF de prognose niet en daarom kan dit

algoritme niet worden aangeraden in de reguliere zorg. Wanneer een medicijn beschikbaar is dat ingrijpt op alzheimerpathologie kan een CSF-test dit medicijn waarschijnlijk op efficiënte wijze toewijzen aan patiënten met MCI.

Daarnaast wordt advies gegeven voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek. Onder andere wordt aanbevolen de niet-medische consequenties te meten van een alzheimerdiagnose bij mensen met MCI, alvorens te besluiten om biomarkers onderdeel te laten uitmaken van de reguliere zorg omdat er op dit moment nog geen werkzaam medicijn is bij MCI.

Proefschrift *Health technology assessment of diagnostic strategies for Alzheimer's disease*, Universiteit Maastricht, 11 September 2014, 192 p, ISBN 978 90 8891 942 8. Promotores waren prof. dr. F.R.J. Verhey en prof. dr. J.L. Severens.

Geneesmiddelen en ouderen: helpen of schaden?

Veel ouderen gebruiken verschillende geneesmiddelen naast elkaar omdat zij meerdere chronische aandoeningen hebben. Er is echter onvoldoende aangetoond of dit wel effectief en veilig is. Ook hebben bijwerkingen vaak ernstigere consequenties, zoals verlies van zelfstandigheid, opname in ziekenhuis of verpleeghuis of zelfs sterfte. Daarom pleit *Rob van Marum* voor betere inbedding van ouderengeneeskunde in de medische opleidingen en voor meer training gericht op het veilig voorschrijven van geneesmiddelen aan ouderen. Hij spreekt vrijdag 3 oktober 2014 zijn inaugurele rede uit als bijzonder hoogleraar 'Farmacotherapie bij ouderen' bij VUmc: *Geneesmiddelen en ouderen: over de wankelende basis tussen helpen en schaden*.

Medische richtlijnen houden onvoldoende rekening met de grote kwetsbaarheid van ouderen. Bij de behandeling van ouderen met geneesmiddelen moet meer rekening worden gehouden met de wensen, mogelijkheden en verwachte levensverwachting van de patiënt. Ook zal de arts moeten afwegen of de kans op bijwerkingen niet te groot is zodat mogelijke gunstige effecten van een behandeling volgens de richtlijnen daartegen wegvallen. Bij het maken van behandelkeuzes voor ouderen zouden artsen -in samenspraak met de patiënt- vaker moeten afzien van behandeling en moeten richtlijnen soms weloverwogen worden genegeerd.

Inhoudsopgave vijfenveertigste jaargang 2014

Redactionelen en gastredactionelen

B. Meyboom-de Jong. De toekomst van de ouderenzorg: Het Nationaal Programma Ouderenzorg vervolgd II, 67

F. Janssen. Voorspelling van de levensverwachting kan beter IV, 183

E. Dejaeger. Een discipline met toekomst: diagnostiek en behandeling van slikstoornissen V, 259

Nieuwe Redacteur VI, 311

Oorspronkelijke artikelen

M.P.J. van Boxtel, A.E. Speckens. Mindfulness, cognitieve functies en 'succesvol ouder worden' III, 137-44

F.A.H.M. Cleutjens, D.J.A. Janssen, C. Gijsen, J.B. Dijkstra, R.W.H.M. Ponds, E.F.M. Wouters. Cognitieve beperkingen bij patiënten met COPD: een overzicht I, 1-9

H.F.A. Diesfeldt. Een gedragsobservatieschaal voor participatie in psychogeriatrische dagbehandeling IV, 208-225

E. Dingemans, K. Henkens. Het welbevinden van (vervroegd) gepensioneerden: de rol van onvrijwillig uittreden en het doorstarten in betaalde arbeid VI, 312-320

S. Gahar, L. A. Hartman, J.T. van der Steen. Verwijzen naar het hospice: verwijsgedrag van artsen en ervaren belemmeringen in Deventer en omgeving VI, 321-331

H.P.J. van Hout, J.L. MacNeil Vroomen, L.D. Van Mierlo, F.J.M. Meiland, E.P. Moll van Charante, K.J. Joling, P. van den Dungen, R.M. Dröes, H.E. van der Horst, S.E.J.A. de Rooij. Implementatie, effecten en kosten van casemanagement voor mensen met dementie en hun mantelzorgers: beschrijving van de COMPAS studie II, 105-116

M.T. Jacobs, M.I. Broese van Groenou, D.J.H. Deeg. Overleg tussen mantelzorgers en formele hulpverleners van thuiswonende ouderen II, 69-81

I. Jobse, R.A.M. de Jonckheere. Het effect van galantamine op de ecg-geleidingstijden VI, 332-337

J.G. Kalf, S. de Wit. Orofaryngeale slikstoornissen bij neurodegeneratieve aandoeningen V, 273-281

J.G. Kalf. Orofaryngeale slikstoornissen bij de ziekte van Parkinson V, 282-89

A.G.M. Kerckhofs, M.F.J. Vandewoude, A.N. Mudde. Het meten van handgreepsterkte bij geriatrische patiënten. Creëer Optimale Omstandigheden en Ga voor de Maximumscore! IV, 197-207

C. Liesenborghs, E. Dejaeger, L. Liesenborghs, J. Tacka, N. Rommel. Presbyfagie: de invloed van het primair verouderingsproces op de slikfunctie V, 261-272

J.J. Limburg, E.T. Smith, F.G. van der Horst, R.A.G.J.M. Gruntjes, P.F.J. Verstraten, J.A.M.J. Bartels, J.M.P. van Langen. Onnodige slechtheid onder ouderen in zorginstellingen: lessen uit een interventieproject in de regio Den Bosch IV, 226-235

A. A. Meiboom, H. de Vries, B. A. M. Hesselink, C. M. P. M. Hertogh, F. Scheele. Gegrepen door de ouderengeneeskunde, maar niet tijdens de studie geneeskunde! Keuze voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde I, 10-18

S. Op de Beeck, A. Galoppin, N. Willemarck. Verbale fluency bij gezonde ouderen: Onderzoek met drie complexe verbale fluencytaken bij gezonde ouderen en patiënten met een lichte neurocognitieve stoornis of beginnende dementie van het Alzheimerstype III, 154-163

N. Rommel, S. Denys, C. Liesenborghs, C. Scheerens, M. Selleslagh, A. Goeleven, D. Vanbeckevoort, T. Omari, J. Tack, E. Dejaeger. Automatische Impedantie Manometrie (AIM): objectieve diagnostiek van oro-faryngale dysfagie V, 290-299

B. Steunenbergh, I. Verhagen, W.J. Ros, N.J. de Wit. Op weg naar cultuursensitieve zorg voor oudere migranten! Opzet en werkwijze van het Stem van de Oudere Migrant project II, 82-91

A.J. Theuws, A.T.G. Paulus, B. van Steenkiste, G.A.M. Widdershoven, T. van der Weijden, S.O. Hobma. Borging van de financiering van zorg voor kwetsbare ouderen in het Nationaal Programma Ouderenzorg: knelpunten en oplossingsrichtingen II, 117-

R.J. Uittenbroek, S.L.W. Spoorenberg, R. Brans, B. Middel, B.P.H. Kremer, S.A. Reijneveld, K. Wynia. SamenOud, een model voor

geïntegreerde ouderenzorg: studieprotocol van een gerandomiseerde studie naar de effectiviteit betreffende patiëntuitkomsten, kwaliteit van zorg, zorggebruik en kosten II, 92–104

D. Verbeek-Oudijk, E. Eggink. De grens van extramuralisering is nog niet bereikt IV, 188–196

K.S. Wissink, M. Spruit-van Eijk, B.I. Buijck, R.T.C.M. Koopmans, S.U. Zuidema. CVA-revalidatie in het verpleeghuis: therapie-intensiteit van en motivatie voor fysiotherapie III, 144–153

Klinische lessen en praktijkgerichte bijdragen

E. Blikendaal, L. Oudewortel. De ziekte van Creutzfeldt-Jakob bij een 80-plusser I, 25

R.J.G.M. Geelen, S.P.J. van Alphen. Mediatieve therapie in de thuiszorg: Onbekend en onbenut I, 19–24

A.C.K. Tan, M.G.M. Olde Rikkert, M.J. Groenen. Het Ogilvie-syndroom bij oudere patiënten met multiproblematiek III, 164–9

Recente onderzoeksliteratuur

Looptempo voorspelt verschillen in niveau van cognitief functioneren. (H. Diesfeldt) III, 170

Motoriek als onafhankelijke voorspeller van risico op dementie (H. Diesfeldt) IV, 238

Proefschriften in discussie en Boekbesprekingen

Pam Kaspers. End-of-life care and preferences for (non) treatment decisions in older people during the last 3 months of life (Anouk Overbeek en Agnes van der Heide) II, 127–8

Leichsenring K, Billings J, Nies N (red). Long-term Care in Europe (Karla Douw) V, 300–1

Brieven

Hans van Ewijk. Bericht uit Estland IV, 236

Signalementen

Erna Beers, Information for rational drug prescribing to older patients. Availability and applicability IV, 240

Maja Binnewijzend, Functional and perfusion MRI in dementia III, 171

Victor Chel Treatment of vitamin D deficiency in Dutch nursing home residents III, 173–4

Lies Clerx, Alzheimer's disease through the MR-eye. Novel imaging markers and the road to clinical implementation IV, 243

Yvonne Drewes, Strategies in preventive care for older people II, 132–3

Irene Drubbel, Frailty screening in older patients in primary care using routine care data II, 133

Lotte Enkelaar, On one's own feet. Falls, risk factors and falls prevention in persons with intellectual disabilities IV, 241

Suzanne van Esch, Family matters in diabetes prevention. Communication about familial risk of type 2 diabetes I, 32

Roelof Ettema, Predicting and preventing postoperative decline in older cardiac surgery patients IV, 241

Lieza Exalto, Diabetes and dementia. The bitter taste of a sweet disease IV, 242

Maya Fiolet, Ondernemen in de Ouderenzorg. Wensen, Weerstand, Werkelijkheid I, 32

Regula Furrer, Muscle and bone in training II, 134

Henrike Galenkamp-van der Ploeg, Feeling healthy versus being healthy: change and stability in older people's self-rated health I, 31

Laura Hak, Stepping strategies to prevent falling while walking V, 302

Ron Handels, Health technology assessment of diagnostic strategies for Alzheimer's disease VI, 339

Sophie Heringa, Cognitive functioning and microvascular disease III, 171

Peter Hilderink, Medically unexplained symptoms in later life III, 172

Jory Hoogendam, The role of brain aging in cognition and motor function V, 302–3

Diane Jansen, The role of nutrition in Alzheimer's disease. A study in transgenic mouse models for Alzheimer's disease and vascular disorders II, 131

Hennie Janssen, Vitamin D and muscle function in older people III, 173

Hadassa Jochemsen, Brain under pressure. Influence of blood pressure and angiotensin-converting enzyme on the brain II,

Willemijn van der Kooi, Neurophysiology of delirium IV, 242

Ria de Korte-Verhoef, Reasons and avoidability of hospitalisations at the end of life. Perspectives of GPs, Nurses and Family Carers VI, 338

Thanasie Markou, Quality of life after cardiac surgery II, 130–1

Els van Melick, Lithium in older patients: treatment patterns and somatic adverse effects IV, 240

Silke Metzelthin, An interdisciplinary primary care approach for frail older people. Feasibility, effects and costs III, 172–3

- Maša Umićević Mirkov, Personalized medicine in Rheumatoid Arthritis. Pharmacogenetics of anti-TNF and beyond VI, 338–9
- Madelijn Oudegeest-Sander, To AGE or not to age. The effect of physical activity and advanced glycation end-products (AGEs) on the vasculature in older individuals IV, 240–1
- Thomas Peters, Head and neck cancer in elderly patients. Are there clinical variables to help guide the choice of treatment? III, 173
- Esther Poortvliet-Koedam, Early-onset dementia. Unravelling the clinical phenotypes IV, 243
- Marieke Pronk, When your hearing fails you. Hearing loss determinants, psychosocial consequences, and possible interventions following screening in older adults I, 30–1
- Marialuisa Quadri, Finding genes for Parkinsonism III, 174
- Eric Schoenmakers, Coping with loneliness II, 129
- Yvonne Schoon, From a gait and falls clinic visit towards self-management of falls in frail elderly I, 30
- Kim van Schooten, Predicting falls. Amount and quality of daily-life gait as risk factors V, 302
- Henrike Schouten, Management of older patients with suspected venous thromboembolism IV, 241–2
- Agnes Smink, Beating osteoarthritis. Implementation of a stepped care strategy to manage hip or knee osteoarthritis in clinical practice V, 303
- Caroline Sonnenberg, Late life depression: Sex differences in clinical presentation and medication use I, 31
- Erwin Tak, Reducing the impact of geriatric conditions by physical activity I, 30
- Geertje van de Ven, Effectiveness and costs of Dementia Care Mapping intervention in Dutch Nursing homes VI, 338
- Annelies Vonk Noordegraaf- van der Vlies, Cognitive profiles in Alzheimer's disease. Recognizing its many faces II, 129
- Stephanie Vos, The role of biomarkers in preclinical and prodromal Alzheimer's disease III, 174
- Betsy Weening-Dijksterhuis, Physical exercise to improve or maintain Activities of Daily Living performance in frail institutionalized older persons II, 134
- Roxane Weijnen, Mastication and oral health in elderly persons with dementia. The relationship with cognition and quality of life II, 132
- Wouter Wieringa, Novel imaging aspects in the management of patients with acute coronary syndromes V, 303
- Kerstin Wirz, Molecular changes during the development of Alzheimer's disease II, 130
- Aglaia Zedlitz, Brittle Brain Power. Post-stroke fatigue, explorations into assessment and treatment II, 129
- Babette van der Zwaard, Forefoot problems in older adults II, 133–4
- Valerio Zerbi, Impact of nutrition on brain structure and function. A magnetic resonance imaging approach in Alzheimer mouse models II, 131–2

Verenigingsnieuws en congresverslagen

Abstracts Wintermeeting Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie 2014, I, 34

De complexiteit van de eerstelijnszorg voor ouderen in een kwetsbare positie II, 177

Congresbijlage 12e Nationaal Congres van de Nederlandse Vereniging voor gerontologie: Kennisnetwerk Ouder Worden en Samenleving IV, 245

HAPS Seminar 'The social context of healthy ageing' V, 305

Dankbetuiging Referenten

In 2014 hebben de volgende referenten de redactie geadviseerd bij de peer-beoordeling van aangeboden manuscripten.

De redactie is hen zeer erkentelijk voor de inzet van hun deskundigheid.

- Dr. Manna Alma, Groningen
 Prof. dr. Daniel Blockmans, Leuven
 Dr. Caroline de Blok, Groningen
 Dr. Hennie Boeije, Utrecht
 Drs. Zita Bouman, Nijmegen
 Dr. Martin van Boxtel, Maastricht
 Prof. dr. Marjolein Broese van Groenou, Amsterdam
 Dr. Jan Coolen, Amsterdam
 Prof. dr. Anja Declercq, Leuven
 Dr. Katrien van Deun, Leuven
 Prof. dr. Richard Dekhuijzen, Nijmegen
 Dr. Veerle Draulans, Tilburg/Leuven
 Dr. Paul Eling, Nijmegen
 Dr. Wim van der Elst, Maastricht
 Drs. Eric van der Geer, Nijmegen
 Dr. Mies van Genderen, Zeist
 Prof. Ann Goeleven, Leuven
 Dr. Heidi Hermans, Rotterdam
 Prof. dr. Martin Hiele, Leuven
 Dr. Jos de Jonghe, Alkmaar
 Prof. dr. Etienne Joosten, Leuven
 Dr. Miriam Klaassens, Groningen
 Dr. Yolande Kuin, Nijmegen

Prof. dr. Mia Leijssen, Leuven
Dr. Ruslan Leontjevas, Nijmegen
Prof. dr. Jan De Lepeleire, Leuven
Prof. dr. Katrien Luijckx, Tilburg
Dr. Clara van der Maarel-Wierink, Amsterdam
Prof. dr. Nele Van den Noortgate, Gent
Dr. Gwen van Nuffelen, Antwerpen
Prof. dr. Marcel Olde Rikkert, Nijmegen
Dr. Marieke Perry, Nijmegen
Dr. Anne Cornelia de Pont, Amsterdam
Dr. Brigitte Schoenmakers, Leuven
Dr. Eric Schoenmakers, Amsterdam

Prof. dr. Jos Schols, Maastricht
Prof. dr. André Smout, Amsterdam
Drs. Peter van Splunteren, Utrecht
Dr. Nele Spruytte, Leuven
Prof. dr. Jan Steyaert, Antwerpen
Prof. dr. Jos Tournoy, Leuven
Dr. Hilde Verbeek, Maastricht
Prof. dr. Frans Verhey, Maastricht
Dr. Evy Visch-Brink, Rotterdam
Prof. dr. Anne Visser-Meily, Utrecht
Dr. Hans Vlek, Boxmeer
Dr. Marjolein de Vugt, Maastricht