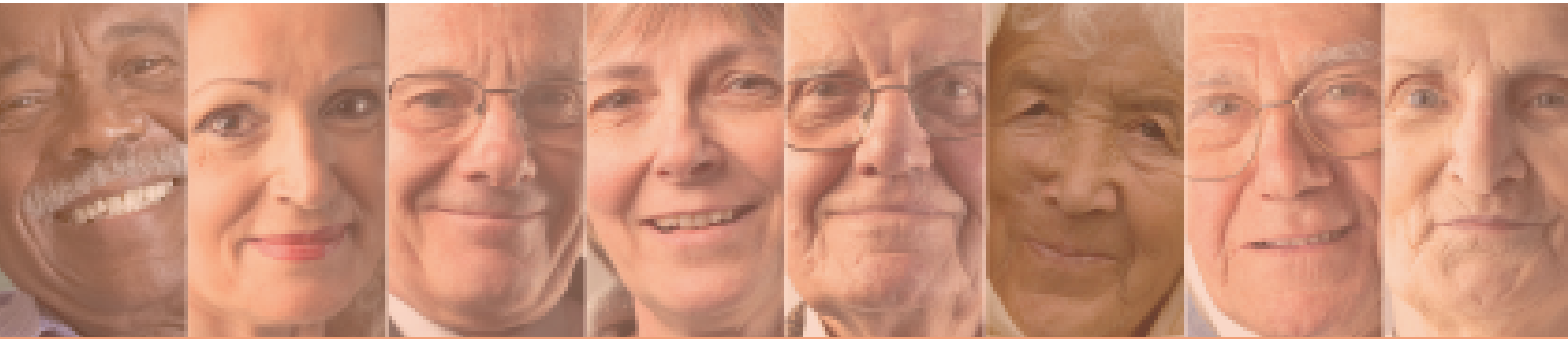


 LEIDSE
OUDERENGENEESKUNDE
DAGEN 



Abstracts

Donderdag 9 november 2023

De Leidse Ouderengeneeskunde Dagen zijn tot stand gekomen door samenwerking van de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde van het LUMC; het LCO (LUMC Centrum voor Ouderengeneeskunde); de Leyden Academy on Vitality and Ageing, LAEGO, en zorgorganisaties Activite, Marente en Topaz.



Overpeinzingen over de zorg voor ouderen en het Integraal Zorg-Akkoord

*prof. dr. Marcel Levi, internist Amsterdam UMC,
Hans van Santen, huisarts, Velp*

Prof. Dr. Marcel Levi, internist bij Amsterdam UMC en Hans van Santen, huisarts in Velp gaan met elkaar in discussie over de overpeinzingen van de zorg voor ouderen en het Intergraal Zorg-Akkoord.

Gaat het beleidsprogramma “Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen” ons helpen?

prof. dr. Wilco Achterberg, specialist ouderengeneeskunde LUMC – Topaz

Vorig jaar hebben verschillende partijen onder leiding van VWS het zogenaamde WOZO programma ondertekend. De korte samenvatting is: “Om te bevorderen dat ouderen in de toekomst langer zelfstandig kunnen blijven wonen op een plek waar ze zich thuis voelen, erkennen we als samenwerkingspartners een ontwikkeling die al gaande is maar waarbij de vrijblijvendheid nu voorbij is. De norm wordt: zelf als het kan; thuis als het kan en digitaal als het kan.”

In deze voordracht zullen we naar de zaken die in dit programma worden gewild gezien vanuit het licht van wat we al weten- welke aanwijzingen zijn er, dat dit ook zal gaan werken in de praktijk?

Passende eerstelijns ouderenzorg: scherpe keuzes zijn noodzakelijk

Bart Meijman, huisarts

In de curatieve sector ligt de sleutel tot het behapbaar houden van noodzakelijke medische hulp aan patiënten, in handen van dokters. Talrijke taboes en belangen maken echter dat er veel overbehandeling, overdiagnostiek en futiele medische hulp wordt gegeven. Aan de hand van praktijkvoorbeelden van wat ouderen in de huidige curatieve wereld kan overkomen, zal huisarts Bart Meijman een aantal van die taboes en belangen bespreken.

Om de noodzakelijke verandering te bewerkstelligen zullen dokters iets dapperder moeten worden en minder vluchten in excuses. Ook moeten ze aangeven welke activiteiten ze van anderen zoals verzekeraars, bestuurders, politiek, media, opleidingen enzovoorts nodig hebben om zich dapper te kunnen gedragen. Vermeden moet worden dat grootschalige bureaucratische processen, die allerlei behandel-directieven verordonneren, het bieden van optimale zorg (zorg waarbij de persoon belangrijker is dan de ziekte) verstoren of zelfs onmogelijk maken.

Pitch onderzoek: “goede zorg begint bij goed onderwijs”

dr. Pieter Barnhoorn, huisarts-seksuoloog, LUMC-Roelofarendsveen

Het uiteindelijke doel van medisch onderwijs is studenten en AIOS begeleiden in hun professionele identiteitsvorming (Professional Identity Formation (PIF)). Anders gezegd, hen zodanig faciliteren dat ze gaan “denken, doen en voelen als een dokter”. 1

PIF is de nieuwste loot aan de professionaliteitsboom. Professionaliteit kan gezien worden vanuit verschillende perspectieven: die van deugden, gedrag en identiteitsvorming. 2 3 Wanneer we professionaliteit als een verzameling deugden zien, is een goede dokter iemand met het juiste karakter en de juiste attitude. De deugdzame dokter werkt vanuit geïnternaliseerde waarden en brengt die waarden tot uitdrukking in de praktijk. Hij zet zijn eigenbelang opzij en stelt het belang van de patiënt voorop. Professionaliteit kan ook vernauwd worden tot gedrag. Waar deugden en attitude als zweverig gezien kunnen worden, is gedrag zichtbaar, meetbaar en beoordeelbaar. Vanuit dit perspectief gezien is de goede dokter iemand die zich professioneel gedraagt.

De laatste decennia is er een groeiende (onderzoeks)interesse voor socialisatie en professionele identiteitsvorming in de medische opleidingen. Wanneer we professionaliteit in het kader van identiteitsvorming gezien, is de goede dokter iemand die de waarden van de beroepsgroep in zijn of haar identiteit heeft verinnerlijkt. Dat vormingsproces leidt er dus toe dat een dokter gaat denken, doen en voelen als een goede dokter.

Dit promotie onderzoek richtte zich met name op de professionele identiteitsvorming van huisartsen in opleiding. Twee onderzoeken uit dat proefschrift worden belicht in deze voordracht. In het ene werden AIOS gevraagd: “Hoe word je een huisarts?” en in het andere werden opleiders gevraagd: “Hoe maak je een huisarts?”.

Volgens AIOS word je huisarts in de praktijk, waar je de overgang maakt van “doen als een huisarts” naar “een echte huisarts worden”, terwijl je al doende het evenwicht probeert te vinden tussen alle ervaren normen. 4 Opleiders ondersteunen de professionele identiteitsvorming van hun AIOS met het beeld van “de goede huisarts” voor ogen, door rolmodel en later ook mentor te zijn en een vertrouwensband met de AIOS te creëren. 5

Omdat AIOS niet altijd dezelfde visie hebben als hun opleiders op de invulling van het vak verdient het aanbeveling dat AIOS en opleiders hierover - in klein en groter verband - met elkaar in gesprek gaan.

Referenties

1. Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2019). Supporting the development of a professional identity: general principles. *Medical teacher*, 41(6), 641-649.
2. Barnhoorn P. Wat is professioneel? In: Van Dijken P, Barnhoorn P, Geurts J, redactie. *Professionaliteit in de zorg*. Houten: Springer, 2021:1-8.
3. Barnhoorn PC, Houtlosser M, Ottenhoff-de Jonge MW, Essers GT, Numans ME, Kramer AW. A practical framework for remediating unprofessional behavior and for developing professionalism competencies and a professional identity. *Med Teacher* 2019;41:303-8.
4. Barnhoorn, P. C., Nierkens, V., Numans, M. E., Steinert, Y., Kramer, A. W., & van Mook, W. N. (2022). General practice residents' perspectives on their professional identity formation: a qualitative study. *BMJ open*, 12(7), e059691.
5. Barnhoorn, P. C., Nierkens, V., Numans, M. E., Steinert, Y., & van Mook, W. N. (2023). “What kind of doctor do you want to become?”: Clinical supervisors' perceptions of their roles in the professional identity formation of General Practice residents. *Medical Teacher*, 45(5), 485-491

**Samen werken aan het voorkomen van ongewenste
ziekenhuisopnames:**

Een casus over een eisende familie

dr. Maartje Klapwijk, specialist ouderengeneeskunde, LUMC - Marente

Dr. Maartje Klapwijk, specialist ouderengeneeskunde bij Marente, zal aan de hand van een casus toelichten hoe ongewenste ziekenhuisopnames voorkomen kunnen worden.

Er is altijd hoop, maar wat als reanimatie geen goede zorg meer is?

*Marieke Meinardi, internist-ouderengeneeskunde Albert Schweitzer
Ziekenhuis Dordrecht*

“Hoop doet leven.” In de laatste levensfase is het belangrijk om hoop te blijven houden. Waar bestaat deze hoop uit? Op welke wijze smeden artsen een realistische coalitie van hoop en proberen we uit “therapeutische illusies”¹ (kloof tussen verwachting en praktijk) te blijven? Hoe haalbaar en wenselijk zijn aangeboden behandelingen?

Besluitvorming rondom IC-opname, beademing en intensive care is een universeel behandelbesluit waarin, zowel voor patiënt als behandelaar, een kans schuilt om samen na te denken over kwaliteit van leven en sterven. Wat is er nodig om deze besluitvorming te optimaliseren? Het liefst niet in een acute setting zoals nu nog vaak gedaan op een SEH. Huisartspraktijk en polikliniek³ lenen zich hiervoor. Eventuele voorbereiding met een keuzehulpen² en ondersteuning door verpleegkundige en POH lijkt wenselijk te zijn. Humor is de andere kant van rouw en verdriet en kan een behulpzaam om dit vaak zware onderwerp van eigen sterfelijkheid beter bespreekbaar te maken.⁴

Referenties

1. Therapeutische illusie, illusie van de maakbaarheid. Gerrit Jan Liefers. Ned Tijdschr Geneeskd.2022;166:DD7
2. <https://patientplus.info/gesprekshulp-behandelgrenzen/>
3. van Lummel EVTJ, Savelkoul C, Stemerding ELE, Tjan DHT, van Delden JJM. The development and feasibility study of Multidisciplinary Timely Undertaken Advance Care Planning conversations at the outpatient clinic: the MUTUAL intervention. BMC Palliat Care. 2022 Jul 6;21(1):119. doi: 10.1186/s12904-022-01005-3. PMID: 35794617; PMCID: PMC9258045.
4. De toekomst van het sterven-vitale ideeën voor de wereld van morgen-Marli Hurler. Uitgeverij Pluim

De eisende patiënt: een ethische beschouwing

dr. Dorothea Touwen, afd. ethiek en recht, LUMC

In de moderne tijd lijken mensen steeds hoger van de toren te blazen. De brutalen hebben de halve wereld, luidt het gezegde – maar is dat wel terecht? In de gezondheidszorg wordt de ruimte van een patiënt om behandeling op te eisen begrensd door de medische indicatiestelling door de arts. Uit onze wettelijke regeling van het toestemmingsvereiste vloeit voort dat de patiënt een sterk recht heeft om behandeling te weigeren. Maar de opdracht uit de WGBO om te handelen in lijn met de professionele standaard maakt dat je je als arts niet gedwongen zou moeten voelen tot medisch handelen dat je inschat als medisch zinloos. Lastig aan dat begrip medisch zinloos is dat het vele lagen heeft, met meer en minder onderhandelingsruimte. En nog afgezien daarvan: wat doe je met die patiënt die op hoge toon van alles van je wil? Of wat doe je met de verwanten van de patiënt die je onder druk zetten tot handelen dat je eigenlijk niet lege artis vindt? In de voordracht van Dorothea Touwen worden al deze facetten van het verschijnsel 'eisende patiënt' uiteen geplozen. De verschillende perspectieven van de verschillende betrokkenen komen aan bod, geplaatst in een groter maatschappelijk kader maar ook ingezoomd op het individuele niveau. Na afloop beschikt de luisteraar over een set afwegingen en argumenten die helpen om in praktijksituaties grip te krijgen op de zaak. Daarmee zijn enerzijds de grenzen weer helder maar wordt ook hulp geboden om maatwerk te leveren.

“Dokter, zo kunnen we het weekend niet in”: Het vrijdagmiddagconsult bij de huisarts

dr. Hedwig Vos, huisarts LUMC – Den Haag

De meeste ouderen wonen zo lang mogelijk thuis, ook als de gezondheid kwetsbaarder wordt. 1 Bij deze kwetsbare, thuiswonende ouderen kan het gebeuren dat vrij acuut een situatie ontstaat waarbij het thuis niet meer gaat. Er is dan meer zorg nodig omdat de oudere het thuis niet meer redt. In deze situaties bellen ouderen en hun mantelzorgers vaak hun huisarts: ‘Dokter, zo gaat het niet meer thuis, doe iets!’. Er is dan een acuut zorgprobleem ontstaan.

Acute zorgproblemen zijn stressvol voor ouderen en hun naasten, maar ook voor de zorgverlener die er mee geconfronteerd wordt. En de werkdruk van huisartsen is al hoog. 2 3 Ongeplande acute zorgproblemen hebben een grote impact op een werkdag van een huisarts en de vergrijzing is een van de factoren die leidt tot overbezetting van de gezondheidszorg, zowel de geplande zorg als de (ongeplande) acute zorg in de huisartsenpraktijk en de huisartsenpost. Ouderen en het toenemend aandeel thuiswonende patiënten met chronische aandoeningen maken vaker gebruik van acute zorg. 4

In deze presentatie wordt ingegaan op tot nu toe bekende factoren die verantwoordelijk zijn voor het vrijdagmiddagconsult, zoals bijvoorbeeld het ‘Daughter from California syndroom’, en enkele voorbeelden van initiatieven in het land om acute zorgproblemen te voorkomen. Er zijn echter relatief gegevens bekend over de kenmerken van deze acute problemen in de zorgorganisatie. Daarom zijn we op 1 september 2023 gestart met het FRIDAY-project. Het doel is inzicht te krijgen in 1) wat acute problemen van zorgorganisatie zijn en welke variatie er in deze problemen gevonden kan worden, 2) wanneer en 3) waar deze problemen zich voordoen, 4) waarom deze problemen zich voordoen, welke gebeurtenissen voorafgaan aan deze problemen en of ze voorspelbaar zijn en 5) wie risico lopen op het ontwikkelen van deze problemen, met een speciale focus op de verschillen tussen oudere mannen en vrouwen. Want kwetsbaarheid uit zich anders bij mannen dan bij vrouwen. 5 6

Referenties

1. <https://www.programmalangerthuis.nl/>
2. <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/10/LHV-Onderzoek-2021-Zorgen-over-werkdruk-en-bezetting.pdf>
3. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/driekwart-huisartsen-vindt-werkdruk-te-hoog.htm>
4. George G, Jell C, Todd B. Effect of population ageing on emergency department speed and efficiency: a historical perspective from a district general hospital in the UK. *Emergency Medicine Journal* 2006;23:379-83.
5. Gordon EH, Peel NM, Samanta M, Theou O, Howlett SE, Hubbard RE. Sex differences in frailty: A systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol* 2017;89:30-40.
6. Gordon EH, Hubbard RE. Differences in frailty in older men and women. *Med J Aust* 2020;212:183-8.

Pitch Havenue/ SubAcute Zorgstraat

*Marleen Harkes, klinisch geriater,
Maasstad Ziekenhuis Rotterdam*



In deze presentatie wordt een uniek zorgconcept beschreven, dat de belangrijkste items omarmt om toekomstbestendige zorg voor de kwetsbare patiënt te bieden. Het zorgconcept, Havenue genaamd, heeft een start gemaakt in 2019 in het voormalige Havenziekenhuis en wegens succes wordt nu doorgezet als SubAcute Zorgstraat (SaZ) in Rotterdam-Zuid. Het heeft als doel om een ontregeling van een thuiswonende kwetsbare oudere te voorkomen, door een multidisciplinaire en multidomein aanpak over de lijnen heen: unieke samenwerking met een welzijnsmedewerker, specialist ouderengeneeskunde en medewerkers van de polikliniek geriatrie.

De juiste zorg op de juiste plek afgestemd op de (wensen van) ouderen en preventie van (onnodige) acute zorgvragen is het uiteindelijke resultaat. D.m.v. wetenschappelijk onderzoek wordt nu inzichtelijk gemaakt wat de opbrengst is voor de patiënt, de mantelzorger en de hulpverleners. Zij worden een jaar na dit bezoek vervolgd met kwantitatieve en kwalitatieve variabelen: o.a. gegevens over hun zorgbehoefte, hun ervaringen, kwaliteit van leven en de mantelzorgbelasting. Dit wordt vergeleken met drie andere zorgproducten: spoedpolikliniek bij een geriater, eerstelijns spoedconsult van een specialist ouderengeneeskunde en een SEH-bezoek.

Introductie foto-expositie “Vergeten”

Rein Scholte, fotograaf

Bekijk de indrukwekkende foto-expositie “Vergeten” van fotograaf Rein Scholte.

De delirante patiënt in het ziekenhuis: hoe zit het met de wet- en regelgeving?

Robert Helle, specialist ouderengeneeskunde Viva! Zorggroep en jurist Helle, juridisch en medisch advies

Aan de hand van een casus wordt de wet- en regelgeving besproken omtrent de Wet Zorg en Dwang (WZD) en de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO).

Pitch De DANTON Studie: Stoppen met bloeddrukverlagende medicijnen bij ouderen met dementie: resultaten van een gerandomiseerde interventiestudie

dr. Rosaline Poortvliet, huisarts LUMC Zevenhoven

Inleiding

Veel ouderen met dementie in het verpleeghuis hebben last van onbegrepen gedrag zoals wanen, agressie en apathie. Meerdere onderzoeken laten zien dat er een verband lijkt te bestaan tussen dit onbegrepen gedrag en een verminderde doorbloeding van het brein. Bovendien lijkt er een verband te zijn tussen het gebruik van bloeddrukverlagende medicijnen, doorbloeding van het brein en toename van dit onbegrepen gedrag.

Onderzoeksvraag

Leidt het verhogen van de bloeddruk, door het afbouwen van bloeddrukverlagende medicijnen, tot minder onbegrepen gedrag en een betere kwaliteit van leven bij ouderen met matige tot ernstige dementie in het verpleeghuis?

Methode

Een gerandomiseerde en enkelblinde interventiestudie, uitgevoerd in 26 verschillende zorgorganisaties verspreid over heel Nederland. Ouderen met matige tot ernstige dementie in het verpleeghuis en een systolische bloeddruk ≤ 160 mmHg bij het gebruik van bloeddrukverlagende medicatie konden deelnemen. Zij werden gerandomiseerd in een afbouw- (semi-geprotocolleerd) en controlegroep (continuering) gedurende een periode van 8 maanden. Exclusiecriteria waren hartfalen NYHA-class-III/IV, actieve angina pectoris, een recent(e) cardiovasculair event/vasculaire interventie of een ingeschatte levensverwachting van minder dan 4 maanden.

De co-primaire uitkomstmaten waren de verandering in onbegrepen gedrag (Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home) en kwaliteit van leven (Qualidem) 4 maanden na randomisatie. Secundaire uitkomstmaten omvatten o.a. cognitieve functie, zorgafhankelijkheid, dagelijks functioneren, psychofarmacagebruik en vallen.

Resultaat

Van november 2018 tot mei 2021 werden 205 deelnemers (mediane leeftijd 85.8 jaar [IQR 79.6–89.5]; 79.5% vrouwen, mediane systolische bloeddruk 134 mmHG [IQR 123–146]) gerandomiseerd. In totaal 101 deelnemers werden ingedeeld in de groep die stopte met bloeddrukverlagers, 104 deelnemers bleven deze medicatie slikken.

In totaal 177 (86,3%) deelnemers bereikten het primaire eindpunt bij 4 maanden. Gedurende het onderzoek vonden 63 serious adverse events plaats in 61 deelnemers. Op advies van de Data Safety Monitoring Board werd het onderzoek vroegtijdig afgerond in december 2021 omwille van het ontbreken van duidelijke voordelen bij een verhoging van de nadelige effecten.

Na 16 weken waren er geen verschillen tussen de groepen in scores voor probleemgedrag (NPI-NH, adjusted mean difference 1.6 [95% CI -2.3 to 5.6]; $p=0.42$) en kwaliteit van leven (adjusted mean difference -2.5 [95% CI -6.0 to 1.0]; $p=0.15$). Ernstige nadelige gevolgen traden op in 25 (24.0%) deelnemers van de groep die de medicatie doorslikte, en bij 36 (35.6%) deelnemers die stoppen met bloeddrukverlagende medicijnen (adjusted hazard ratio 1.65 [95% CI 0.98 to 2.78]). Ook na 32 weken bleek de groep deelnemers die doorging met bloeddrukverlagende medicatie het beter te doen op alle uitkomstmaten.

Conclusie

Uit het DANTON onderzoek blijkt dat er geen voordelen zijn van het afbouwen van bloeddrukverlagende medicijnen ter verbetering van onbegrepen gedrag en kwaliteit van leven bij verpleeghuisbewoners met dementie, en blijkt er een verhoogd risico op ernstige nadelige effecten. Dit pleit niet voor het routinematig afbouwen van bloeddrukverlagende medicijnen bij ouderen met matige tot ernstige dementie.

Jonathan Bogaerts, Jacobijn Gussekloo, Bianca de Jong-Schmit, Saskia Le Cessie, Simon Mooijaart, Roos van der Mast, Wilco Achterberg, Rosalinde Poortvliet.

Quiz deprescribing

*Prof. Dr. Rob van Marum, klinisch geriater,
klinisch farmacoloog, Amsterdam UMC –
Jeroen Bosch Ziekenhuis*



Er bestaat een duidelijke relatie tussen het aantal gebruikte geneesmiddelen en de kans op m.n. klachten als vallen, misselijkheid, verwardheid ed. Jaarlijks worden ongeveer 50.000 ouderen via de SEH opgenomen met een mogelijke bijwerking. Er lijkt dan ook een redelijke consensus te bestaan onder behandelaars van oudere patienten met polyfarmacie dat een kritische evaluatie van de medicatie nuttig is. Met name het onderdeel stoppen en minderen van medicatie krijgt steeds meer aandacht. De STOPP/START criteria en richtlijnen m.b.t. polyfarmacie bij ouderen zijn redelijk bekend. Toch moet gewaakt worden voor de conclusie dat minderen en stoppen van potentieel ongeschikte medicatie ('deprescribing') meestal leidt tot positieve gevolgen voor de patient.

Wanneer we kijken naar studies die het effect van medicatiebeoordeling en deprescribing onderzoeken, zowel in de eerste lijn als in verpleeghuis of ziekenhuis dan valt op dat hierin zelden een positief effect voor de patient wordt gevonden. Wel zien we dat na een medicatiebeoordeling de medicatieset meer conform de richtlijnen is. Toch is het om velerlei redenen (die we in de lezing zullen bespreken) niet terecht om dus maar te concluderen dat medicatiebeoordeling en deprescribing zinloos is. RCT's die de effecten van deprescribing willen meten hebben vaak een te korte follow-up en een te brede populatie om zowel positieve als negatieve effecten ook goed te kunnen meten.

Daarnaast is het number needed to harm van veel medicijnen, ook bij de geriatrische kwetsbare patient, vaak dusdanig hoog dat de meeste patiente helemaal geen last hebben van hun medicatie. Dus stoppen daarvan leidt ook niet tot verbetering. Het ontbreken van een effect op groepsniveau zegt dus weinig over het effect van de interventies bij die ene patient met klachten in de spreekkamer. Deprescribing is dus een instrument dat selectief en op maat moet worden ingezet wil het effect sorteren.

Een terugblik op de dag

Sebastiaan van Beek, huisarts en kleinkunstenaar

Huisarts en kleinkunstenaar Sebastiaan van Beek geeft een terugblik op de dag.