



PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/27038>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.



Raymond Koopmans

Professionalisering van de verpleeghuisgeneeskunde

naar een verbinding van praktijk en wetenschap

Professionalisering van de verpleeghuisgeneeskunde:

naar een verbinding van praktijk en wetenschap

Professionalisering van de verpleeghuisgeneeskunde:

naar een verbinding van praktijk en wetenschap

Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum St Radboud op vrijdag 16 december 2005

door dr. Raymond T.C.M. Koopmans

© Raymond T.C.M. Koopmans, 2005

Vormgeving: Monique van Vlodrop
Drukwerk: Drukkerij Wim Geerlings BV

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt, opgeslagen in een gegevensbestand of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

ISBN 90-9019741-9
NUR 870

Mijnheer de rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders

Inleiding

In deze rede geef ik mijn visie op de verdere professionalisering van de verpleeghuis-geneeskunde en hoe de verpleeghuisgeneeskunde een bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van verpleeghuiszorg. Na een schets van de toekomst van de verpleeghuisarts, ga ik in op de ontwikkeling van het Universitair Verpleeghuis Netwerk Nijmegen (UVNN) en mijn plannen op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. Tenslotte ga ik in op de vorming van zogenaamde 'modelpraktijken' binnen de verpleeghuiszorg. Dit alles tegen de achtergrond van een ouderenzorg die enorm in beweging is en een sector Verpleging en Verzorging (V&V) die in het publieke en maatschappelijke debat onder druk staat.

Toen ik op 1 maart 2005 benoemd werd tot hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, kwam de verpleeghuissector andermaal negatief in de publiciteit terecht. Aanleiding vormde het in september 2004 uitgebrachte rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) getiteld 'Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet'.¹ De inspectie concludeert dat de minimaal noodzakelijke zorg niet is gegarandeerd in bijna 80% van de 60 onderzochte verpleeghuizen. Slechts 22% levert tenminste zorg die voldoet aan de tien indicatoren, die door de verpleeghuissector zelf zijn opgesteld.

Eind februari debatteerde de kamer over dit rapport, waarbij ook veel zorgverleners uit de sector gehoord werden. Vervolgens ontstond er een hele hausse van publiciteit waarin zich ook mijn beroepsvereniging de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) mengde. De vermeende slechte kwaliteit van zorg zou voor een aantal verpleeghuisartsen reden zijn geweest om ontslag te nemen, omdat zij de verantwoordelijkheid voor het behandelbeleid niet meer zouden kunnen dragen. Mijn collega Irene Leijten maakte dat in een integer interview bij het actualiteitenprogramma NOVA duidelijk. Zij schetste de dilemma's en gaf aan hoe weinig tijd ze had om er voor de bewoner te zijn wanneer er indringende vragen zoals een euthanasiewens spelen. Uiteindelijk nam ze ontslag.

Ook kwamen verontwaardigde familieleden in beeld die vertelden hoe onzorgvuldig zorgverleners waren omgesprongen met hun vader, moeder of partner en hoe ze hun geliefde ternauwernood hadden gered van de uitdodingsdood. De beelden deden herinneren aan de situatie van het Blauwbörgje in 1997, met dat verschil dat het in dit geval bewoners betrof die voor revalidatie waren opgenomen.

De problematiek en het beleid van verpleeghuizen rondom 'vocht en voeding' kwamen hiermee opnieuw onder de aandacht en de kranten kopten dat 30% van de verpleeghuisbewoners ondervoed is. "Ondervoeding en uitdroging als sluipmoordenaars van Nederlandse verpleeghuisbewoners", beweerde Jos Schols, verpleeghuisarts en hoogleraar chronische zorg aan de Universiteit van Tilburg.

NOVA werpt zich op als de stem van de verpleeghuisbewoner en opent op haar website een rubriek waarop iedereen zijn of haar grieven kenbaar kan maken. Binnen een paar dagen

verschijnen er honderden inzendingen met een divers palet aan reacties variërend van familieleden die wantoestanden melden tot boze zorgverleners die zich onheus bejegend voelen.

In de discussie lijkt de verpleeghuisarts wat op de achtergrond te raken. In de opinies klinkt ook de controverse tussen wonen, welzijn en kwaliteit van leven als hoogste goed van de verpleeghuisbewoner aan de ene kant en het zogenaamde ‘medisch model’ aan de andere kant. Met name de brancheorganisatie V&V Arcares wijst in de richting van de verpleeghuisartsen als zouden zij teveel het medische model aanhangen. Verpleeghuisartsen voelen zich hierdoor echter in het geheel niet aangesproken. Zij weten dat zij, vaak meer dan andere specialisten, verpleegbewoners holistisch benaderen met veel oog voor de partner en kinderen. Het behoud van een optimale kwaliteit van leven is een van de hoofddoelstellingen van de verpleeghuisgeneeskunde.

De verpleeghuisgeneeskunde heeft in mijn visie de opdracht te voorkomen dat de balans te zeer omslaat naar alleen aandacht voor wonen, zorg en welzijn. ‘Verpleeghuis legt te weinig nadruk op medische zorg’ kopt de Volkskrant in maart 2005. Ton Bakker, psychogeriater, waarschuwt voor de eveneens door de inspectie geconstateerde afname van deskundigheid en professionaliteit van het verplegend personeel in verpleeghuizen. Het aantal gediplomeerde verpleegkundigen is in vijftien jaar bijna gehalveerd.¹ Tevens blijkt er een verschuiving van gediplomeerde ziekenverzorgenden naar helpenden en daarmee de inzet van een lager deskundigheidsniveau. Deze afname van deskundigheidsniveau is in schril contrast met de ook al jarenlange toename van de zorgzwaarte en complexiteit van de verpleeghuisbewoners. Ook Bère Miesen, die in oktober benoemd is tot lector psychogeriatrie aan de Haagse Hogeschool, stelt dat je de zorg van de verpleeghuisbewoners niet aan te laag opgeleid personeel mag overlaten.

Als hier niets gebeurt, dan dient zich het doemscenario aan dat op indringende wijze is beschreven in het boek van Anne-Mei The, getiteld ‘In de wachtkamer van de dood’, dat in april 2005 verschijnt.² Stukken uit haar boek worden gepubliceerd in Medisch Contact onder de titel ‘Schuur van de losers’.³ Wederom komt de sector in het nieuws, maar ditmaal van binnenuit.

Anne-Mei The gunt de lezer op een integere wijze een blik in de verborgen wereld van het verpleeghuis. Een wereld die de maatschappij liever niet wil zien. Zij houdt als eerste de maatschappij een spiegel voor en durft in NOVA ook de door Arcares reeds genoemde ‘zorgkloof’ voor het voetlicht te brengen. Immers sinds meer dan vijftien jaar is het budget voor verpleeghuiszorg slechts opgehoogd met een standaard inflatiecorrectie, terwijl de zorgzwaarte aantoonbaar is toegenomen.

De zorgzwaarte en complexiteit lijken trouwens totaal genegeerde onderwerpen in het debat. Zo kunnen ondervoeding en uitdroging het gevolg zijn van de problemen die ontstaan in het beloop van een dementie. Bij de dementiepatiënt ontstaan slikproblemen of de patiënt kan in een ultieme poging zijn autonomie te behouden, eten en drinken gaan weigeren. Hoe zorgvuldig hiermee omgegaan wordt, heeft Roeline Pasman in 2004 in haar proefschrift beschreven.⁴ Ook lijkt men te vergeten dat verpleeghuiszorg pas begint nadat het mantelzorgsysteem overbelast is geraakt en de ziekenhuiszorg zogenaamd is uitbehandeld. Volgens

Ton Bakker heeft 90% van de ouderen bij opname last van minimaal één psychiatrische stoornis, 45% van de ouderen lijdt aan depressies en angsten en 20% aan hallucinaties of wanen. Verpleeghuiszorg is dus een vorm van *intensive care*.

De politieke keuzes van de overheid lijken echter steeds duidelijk te worden zoals ook Jan Lavrijsen, collega verpleeghuisarts, in een artikel in de Gelderlander beweert: “Onze overheid stimuleert de hogesnelheidslijn naar Parijs, maar geldt om kwetsbare ouderen op tijd naar het toilet te krijgen ontbreekt.”

Staatssecretaris Ross-van Dorp besluit de controle te verscherpen. Binnen een aantal maanden moeten alle verpleeghuizen, die in september 2004 nog onder de maat presteerden, voldoen aan de minimale eisen. Zo kan de inspectie in maart 2005 haar rapport getiteld ‘Ondergrens van de zorg in verpleeghuizen beter bewaakt’ publiceren.⁵ Ze opent ook een meldpunt waar iedereen, net zoals bij NOVA, zijn of haar beklag kan doen en belooft dat de inspectie bij ernstige zaken acuut zal reageren. Tevens nodigt ze Golden Tulip Hotels-topman Hans Kennedie uit om als gezant onderzoek te doen in verpleeghuizen en antwoord te vinden op de vraag waarom sommige verpleeghuizen voor hetzelfde budget wel in staat zijn kwalitatief verantwoorde zorg te leveren en anderen niet.

In mei 2005 verschijnt het rapport van Kennedie getiteld ‘Waarde, waardering en waardigheid’.⁶ Kennedie vergelijkt de bedrijfsvoering in verpleeghuizen met de hotelbranche. Het rapport is voor minstens de helft gevuld met hoe het in zijn branche is geregeld en lijkt op een PR-praatje voor de eigen bedrijfsvoering. Medische en verpleegkundige zorg worden niet in beschouwing genomen en Kennedie pleit, hoe origineel, voor een sterrensysteem.

Anne-Mei The reageert in de Volkskrant en in NOVA met de stelling dat het verpleeghuis geen hotel is en verpleeghuisbewoners zeker geen hotelgasten. Medewerkers van verpleeghuizen hoeft je dit overigens niet te vertellen. Gelukkig is er ook nog het Onderzoeks- en verificatiebureau van de tweede Kamer, die het rapport neerzet als een niet-wetenschappelijk vlugschrift. PVDA-Kamerlid Verbeet typeert het onderzoek als ‘borrelpraat van een hotelbaas’. Het is vreemd hoe het in de politiek kan gaan. Voor het bedrag van 225 duizend euro, dat het rapport heeft gekost, kun je een junior-onderzoeker een promotie-onderzoek laten doen.

Ondertussen klinkt er een toenemende roep om normen voor verantwoorde zorg. Hoewel nog niet in het publieke debat betrokken, dringt zich de vergelijking op met de situatie van de Verenigde Staten waar in de jaren tachtig de kwaliteit van de verpleeghuiszorg ook ernstig ter discussie stond. Daar is destijds door de overheid wettelijk ingegrepen met de *Omnibus Budget Reconciliation Act* (OBRA) uit 1987. Er werd een instrument ontwikkeld, het *Resident Assessment Instrument* (RAI), waarmee de verpleging de gezondheidsproblemen van bewoners minutieus in kaart kan brengen en daarmee hulp krijgt voor het maken van zorgplannen. Tevens leiden bepaalde observaties in de richting van *Resident Assessment Protocols* (RAP's) waarmee aandachtspunten zoals delirium of vallen verder uitgediept kunnen worden. De OBRA-87 bevat ook richtlijnen voor het voorschrijven van psychofarmaca, aangezien deze teveel werden voorgeschreven in de Amerikaanse verpleeghuizen.

De afdeling Verpleeghuisgeneeskunde van het Vrije Universiteit Medisch Centrum (VUMC) gebruikt het RAI als instrument voor de academisering van verpleeghuisgeneeskunde. ‘Meten is weten’ is het devies en een belangrijk adagium bij wetenschappelijk onderzoek. Dit besef begint ook door te dringen bij het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en de IGZ. Verpleeghuizen worden bestookt met allerlei vragenlijsten om cijfers te leveren over het aantal bewoners met vallen, fixatie, depressie, polyfarmacie en noem maar op. Vanaf 2007 worden alle verpleeg- en verzorgingshuizen verplicht de kwaliteit van de geleverde zorg openbaar te maken.

Maar helaas ontbreekt het de meeste instellingen aan geautomatiseerde systemen die dergelijke gegevens in een vloek en een zucht kunnen ophoesten. Hier wreekt zich het gebrek aan overheidsinvesteringen in deze sector. Arcares heeft becijferd dat er ruim 500 miljoen euro nodig is om de Informatie Communicatie Technologie (ICT)-voorzieningen van instellingen voor verpleeghuiszorg op peil te brengen. Kennedie spreekt in zijn rapport van “stenen tijdperk automatisering”!⁶ Het is verheugend te melden dat de overheid nu 25 miljoen euro heeft uitgetrokken voor een impuls van de automatisering en dat Arcares een pilot start voor de ontwikkeling van een elektronisch cliëntdossier (ECD).

Inmiddels zijn organisaties van cliënten, aanbieders en beroepsgroepen, waaronder de NVVA, er in juni 2005 in geslaagd om de nota ‘Op weg naar normen voor verantwoorde zorg’ uit te brengen.⁷ Verantwoorde zorg wordt in deze nota als volgt omschreven: “Een professionele organisatie levert verantwoorde zorg. Dit is zorg van een goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. De geleverde zorg voldoet aan veld- en beroepsnormen en is gewaarborgd door een werkend kwaliteitssysteem. Daarmee wordt geborgd dat informatie over kwaliteit systematisch wordt geregistreerd en waar nodig wordt vertaald naar structurele kwaliteitsverbetering.”

De norm onderscheidt vier domeinen: lichamenlijk welbevinden/gezondheid, woon-/leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden. Daarmee wordt recht gedaan aan het belang van al deze domeinen bij de invulling van verpleeghuiszorg en verdwijnt de eerder geschetste controverse tussen wonen, welzijn en medisch model. Het domein lichamenlijk welbevinden/gezondheid is bij uitstek het domein van de verpleeghuisarts. De verpleeghuisarts kan echter de kwaliteit van dit domein niet bevorderen zonder de deskundige bijdrage van leden van het gehele multidisciplinaire team, waarbij de verpleegkundige/verzorgende discipline uiteraard een zeer belangrijke rol speelt.

In het vervolg van deze rede benader ik de professionalisering van de verpleeghuisgeneeskunde primair vanuit mijn functie als hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde en dus vanuit mijn academische positie. Ik maak daarbij dankbaar gebruik van het gegeven dat ik wkelijks als praktiserend verpleeghuisarts werkzaam ben. In mijn visie zal iedere verpleeghuisarts in zijn handelen deze verbinding tussen praktijk en wetenschap moeten gaan leggen om te komen tot een verdere professionalisering en specialisatie. We moeten dus van *practice based evidence* naar *evidence based practice*. Geen enkel specialisme kan bestaan zonder een gedegen wetenschappelijke basis!

De toekomst van de verpleeghuisarts

Naar verwachting zal er een nieuwe naam voor ons specialisme, verpleeghuisgeneeskunde en verpleeghuisarts, komen. Het is dan ook een vreemde gewaarwording om een leeropdracht te krijgen - verpleeghuisgeneeskunde - waarvan de naam waarschijnlijk een jaar later is verdwenen. Zowel maatschappelijke ontwikkelingen als ontwikkelingen vanuit de NVVA, zullen aan deze naamsverandering bijdragen.

Martin Boekholdt schrijft in 2005 in een commentaar getiteld ‘Zorgen om de zorg in verpleeghuizen: het verpleeghuis voorbij’ dat termen als ‘verpleeghuis’ en ‘verpleeghuiszorg’ functioneel verouderde begrippen zijn.⁸ “Deze termen lopen door hun negatief imago de noodzakelijke vernieuwing voor de voeten en er ontstaan nieuwe vormen waarin het verpleeghuis niet meer herkend kan worden”, aldus Boekholdt. Hij stelt echter dat de kern overeind zal blijven en toekomst heeft, namelijk residentieel groepswonen gecombineerd met complexe geriatrische zorg voor omschreven doelgroepen, gericht op kwaliteit van leven. Verpleeghuizen worden centra voor (ouderen)zorg, benamingen die vele instellingen al dragen.

De vraag is ook of de grootschalige instituten hun langste tijd hebben gehad. In ieder geval spelen instellingen voor verpleeg- en verzorgingshuiszorg al meer dan vijftien jaar in op de behoeften van ouderen om zolang mogelijk thuis te blijven wonen en zorg te ontvangen zo dicht mogelijk bij hun eigen woonomgeving. Het proces van ontwikkeling van kleinschalige, soms rondom een groter instituut geclusterde woonvormen, de ontwikkeling van verpleegunits in verzorgingshuizen en het scheiden van wonen en zorg zijn allemaal voorbeelden van een sector die enorm in beweging is en met zijn tijd meegaat. Evenals het bieden van (aanvullende) verpleeghuiszorg thuis in verzorgingshuizen of zelfs ziekenhuizen

De verpleeghuisarts beweegt noodzakelijkerwijs mee in deze ontwikkeling, zij het niet altijd van harte. Immers toen begin jaren negentig de substitutieprojecten in verzorgingshuizen ontstonden, vonden veel collega’s met mij dat de multidisciplinaire zorg die substitutieteams boden slechts een ‘slap aftreksel’ was van ‘echte’ verpleeghuiszorg. In die tijd echter zetten verpleeghuisartsen voor het eerst stappen buiten de muren van het hun zo vertrouwde instituut en daarmee startte de geleidelijk veranderende taakhoud van het specialisme.

De meest belangrijke ontwikkeling in dit opzicht is echter de ophanden zijnde fusie van de sociaal geriaters en de verpleeghuisartsen. Het is de sociaal geriaters niet gelukt om een aparte erkenning voor hun specialisme te krijgen, waarmee de discipline dreigde te verdwijnen. De NVVA en de Nederlandse Vereniging van Sociaal Geriaters (NVSG) zijn fusiebesprekingen begonnen die inmiddels uitgemond zijn in een statuut voor een nieuwe beroepsvereniging. Er werd een beroepsprofiel geschreven voor het verbrede specialisme verpleeghuisarts/sociaal geriater.⁹ Centraal in dit beroepsprofiel staat dat de nieuwe specialist de behandelaar kan zijn van patiënten met samengestelde en complexe zorgvragen ongeacht de verblijfplaats van de patiënt. Er werd tevens een nieuw takenpakket vastgesteld.¹⁰ Op 25 november hebben de leden ingestemd met de formele fusie van de NVVA met de NVSG, waarbij de NVSG ophield te bestaan.

Met de erkenning van het nieuwe, verbrede specialisme zal ook een nieuwe naam aan het vak gegeven moeten worden. De naam van het nieuwe specialisme is al meer dan een half jaar onderwerp van debat en bij het ter perse gaan van deze rede was er nog geen uitsluitsel over de nieuwe naamgeving. Zelf ben ik een voorstander van de benaming ‘algemeen geriater’ voor ons specialisme. De naam heeft een professionele uitstraling en kan ook goed in het Engels vertaald worden. Het zal evenwel niet gemakkelijk worden om in het buitenland duidelijk te maken wat het nieuwe specialisme behelst. Het buitenland kent trouwens geen *nursing home physicians*, althans niet als geregistreerd specialisme met een eigenstandige opleiding. Echter er wordt met veel belangstelling naar de Nederlandse verpleeghuisartsopleiding gekeken en de hoofden opleiding, Frank Hoek vanuit Amsterdam en Jan Lavrijsen vanuit Nijmegen, doen hier mooi zendingswerk.

Het moge duidelijk zijn dat er een potentieel groot werkerrein voor de nieuwe specialist beschikbaar is. De veranderingen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en het komende nieuwe zorgstelsel bieden kansen voor de nieuwe specialist om zich los van een zorginstelling te vestigen. Dergelijke scenario's zijn al aan de orde geweest in een nascholingsbijeenkomst met het vrij ondernemerschap van de nieuwe specialist als onderwerp. Het blijft echter koffiedik kijken hoe dit zich zal ontwikkelen.

Het aantal ouderen zal de komende twintig jaar fors toenemen en het is de vraag hoe de medische zorg voor deze groeiende groep geregeld zal worden. Huisartsen zullen de eerst aanspreekbare artsen blijven voor deze ouderen, maar hier is in mijn visie een belangrijke taak weggelegd voor de nieuwe specialist.

Nu reeds werken verpleeghuisartsen en huisartsen samen bij de zorg en behandeling van met name verzorgingshuisbewoners, die aanvullende verpleeghuiszorg ontvangen. In 2004 heeft de landelijke huisartsenvereniging (LHV) een handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in het verzorgingshuis en thuis uitgebracht.¹¹ In deze handreiking worden drie opties voorgesteld, te weten:

- 1 Alle medische zorg in het verzorgingshuis wordt overgenomen door de verpleeghuisarts.
- 2 De verpleeghuisarts neemt een deel van de patiënten over, dit wordt per patiënt bekeken.
- 3 Huisarts en verpleeghuisarts als ‘duopraktijk’. Ieder levert de volledige medische zorg voor een deel van de patiënten, zij werken nauw samen en verbinden zo ‘het goede van beiden’.

Er zijn in het land al een aantal voorbeelden van deze opties. De ontwikkeling is echter afhankelijk van de financieringsstructuur en de bereidheid van huisartsen een deel van hun zorg af te staan aan de nieuwe specialist. Op dit moment zijn er trouwens te weinig verpleeghuisartsen/sociaal geriaters om een substantieel deel van de patiënten over te nemen.

Optie drie is een heel interessant scenario dat goed aansluit bij de visie van Jan Maarten Nuijens e.a., verwoord in hun scriptie: ‘De functie medische behandeling in de ouderenzorg. Evaluatie van strategische opties voor verpleeghuizen.’¹² Ik maak in deze rede dankbaar gebruik van het model dat zij presenteren, omdat ik in dat model de kansen zie voor de

verdere professionalisering van de verpleeghuisgeneeskunde en de instellingen voor verpleeghuiszorg.

De auteurs beschrijven in hun scriptie een viertal oplossingsrichtingen voor de medische behandelingsfunctie in de ouderenzorg: terugtrekken, handhaven (consolidatie), productmarktontwikkeling en diversificatie. De auteurs kiezen voor het diversificatiescenario als meest wenselijke ontwikkelingsrichting van de functie medische behandeling en ik sluit me gaarne bij die keuze aan.

“De kern van het diversificatie-scenario is het doorbreken van bestaande paradigma's over medische zorg voor ouderen, waarbij de functie van verpleeghuisarts doorontwikkeld wordt naar die van ouderenarts met consequenties voor het speelveld van huisarts, medisch specialist en gelieerde beroepsgroepen”, aldus de auteurs. “De ouderenarts richt zich op de medische behandeling van zorgvragers met complexe problematiek ongeacht hun verblijfsomgeving”. De auteurs kiezen hier voor de omschrijving uit het beroepsprofiel van het verbrede specialisme verpleeghuisarts/sociaal geriater.

“In deze optie ontwikkelt het traditionele verpleeghuis zich tot een expertisecentrum Verpleging & Verzorging dat in hun visie sterk verankerd dient te geraken in een nieuwe lokale structuur van gezondheidszorg voor ouderen. Kenmerkend hierbij is, dat de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg in organisatorische vorm aan elkaar gekoppeld worden in een lokaal gezondheidscentrum door het samenbrengen van huisarts en ouderenarts, het toepassen van taakherschikking met gebruikmaking van Hoger Beroeps Onderwijs (HBO)-professionals en het gericht inzetten van aanvullende diensten en bedrijfsmatige ondersteuning vanuit het expertisecentrum V&V.”

“De definiëring van de problematiek van de cliënt verloopt in deze lokale gezondheidscentra wezenlijk anders dan in traditionele settings: na triage wordt pas bepaald welk zorgaanbod nodig is. In dit model beperkt de huisarts zich vooral tot behandeling van zogenaamde enkelvoudige problematiek, terwijl de focus van de ouderenarts gericht is op de behandeling van meervoudige, complexe problematiek. De ouderenarts staat in dit model zowel de huisarts als de medisch specialist uit het ziekenhuis ten dienste. Het concept van verpleeghuiszorg verandert op geleide van participatie in de zorgketen mee: naast behandeling gaat het ook om advisering, consultatie, medebehandelaarschap, preventie en onderzoek. De ouderenarts heeft in deze optie zijn blikveld verbreed, zijn kerncompetentie geherdefinieerd en zijn collegiale samenwerking in de medische as verbreed.”

Voor het zover is, zal er echter nog het nodige moeten veranderen. De huidige generatie verpleeghuisartsen is in mijn visie nog onvoldoende gekwalificeerd om de in het model geschetste functie van ouderenarts uit te voeren. Nieuw op te leiden artsen zullen toegevoegd moeten worden voor de veranderde taakuitoefening. Deze ontwikkeling vraagt sowieso om taakherschikking. Door taken te herschikken tussen HBO-professionals (*nurse practitioners*, *physician assistants*, praktijkondersteuners) kan er een neerwaartse druk op de werkdruk van verpleeghuisartsen ontstaan. De herintreding van verpleegkundigen in het verpleeghuis is noodzakelijk om de kwaliteit van de medische en verpleegkundige zorg te verbeteren. Daardoor verandert noodzakelijk de werkwijze van de verpleeghuisarts, hetgeen op termijn

onvermijdelijk is, zeker in het geschetste scenario. De NVVA speelt ook in op deze ontwikkeling in hun notitie over taakherschikking.¹³

De vraag is of het concept van Continue Systematische Langdurige Multidisciplinaire (CSLM)-zorg nog wel haalbaar is in alle andere settings waar de nieuwe specialist werkzaam is. Het verantwoordelijk zijn voor de inhoud van het multidisciplinaire zorgplan is een taak die in de intramurale setting nog wel uitvoerbaar is, maar het is de vraag in hoeverre dit daarbuiten nog te realiseren is. De nieuwe specialist moet zich in dit scenario dus afvragen of hij/zij de regierol ook buiten de muren wil claimen. Daardoor zouden domeindiscussies kunnen ontstaan die dit model in de weg staan. De unieke aspecten van het verpleeghuiszorgconcept moeten echter wel behouden blijven. Ook huisartsen zien in toenemende mate de voordelen van het opstellen van multidisciplinaire zorgplannen waarbij op basis van zorgvragen gericht doelen en acties geformuleerd worden.

De ontwikkeling van verpleeghuiszorginstellingen in de richting van expertisecentra V&V spreekt me enorm aan. De auteurs schrijven dat de ruim aanwezige cumulatieve ervaring door onderzoek en onderwijs zich verder kan ontwikkelen. Hier ligt dus de kans om praktijk en wetenschap met elkaar te verbinden. De ontwikkeling van nieuwe kennis (onderzoek), de overdracht van kennis (onderwijs) en de toepassing van kennis (patiëntenzorg) zijn bij uitstek functies van universitaire (medische) centra (UMC). Als verpleeghuisorganisaties zich willen ontwikkelen tot expertisecentra V&V, dan zullen zij samenwerking moeten zoeken met UMC's. UMC's op hun beurt zullen samenwerking moeten zoeken met verpleeghuisorganisaties wanneer ze prioriteit geven aan onderzoek en onderwijs in de ouderenzorg.

In maart 2003 is een samenwerkingsovereenkomst getekend tussen het UMC St Radboud en acht instellingen voor verpleeghuiszorg uit de regio Nijmegen, Noord-Limburg en Brabant: het Universitair Verpleeghuis Netwerk Nijmegen (UVNN). In het vervolg van deze rede geef ik mijn visie op de professionalisering van de verpleeghuisgeneeskunde op het gebied van onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg, waarbij ik het UVNN als kapstok gebruik.

Het Universitair Verpleeghuis Netwerk Nijmegen (UVNN)

De totstandkoming van het UVNN is een belangrijke stap in de richting van de academisering van de verpleeghuisgeneeskunde. Er is hierbij sprake van een relatie tussen het UMC St Radboud en verpleeghuizen waarin beide partijen delen. Omtrent de belangen van een UMC in een verpleeghuisnetwerk is in 2000 een belangrijk rapport van de Raad voor Gezondheidszorg-Onderzoek (RGO) verschenen.¹⁴ In dit rapport wordt gesproken van zogenaamde 'academische werkplaatsen'. "Dit is een voorziening op het gebied van de gezondheidszorg noodzakelijk voor een faculteit der geneeskunde in het kader van de opleiding tot basisarts en het facultaire onderzoek." Deze werkplaatsfunctie van het academisch ziekenhuis kan ook vervuld worden door zorginstellingen buiten het academisch ziekenhuis en wordt dan 'werkplaats buiten het academisch ziekenhuis' genoemd. Een werkplaats kan ook bestaan uit een netwerk van instellingen, waarmee het UVNN dus gezien kan worden als een verzameling van academische werkplaatsen buiten het academische ziekenhuis.

De belangen van de verpleeghuizen die aan het UVNN deelnemen, liggen op twee terreinen: universitaire steun bij de eigen voortgaande professionalisering van de zorg en bij de voortgaande ontwikkeling van een doelmatige zorgorganisatie.

De doelstellingen van het UVNN zijn:

- -Het ontwikkelen en in standhouden van een structuur waarin voortdurend wetenschappelijke onderzoeksactiviteiten ter verbetering en innovatie van de professionele zorg plaatsvinden;
- Het ontwikkelen en instandhouden van een structuur waarin voortdurend onderwijs- en opleidingsactiviteiten plaatsvinden;
- Het creëren van een continue voorbeeldfunctie van adequate zorg(ontwikkeling) voor andere instellingen;
- Het bevorderen van de continuïteit in medewerking door verpleeghuisartsen en andere leden van multidisciplinaire verpleeghuisteamen aan bovengenoemde doelstellingen.

Het UVNN heeft op alle genoemde gebieden een taak, waarbij men op het gebied van patiëntenzorg streeft naar een voorbeeldfunctie, ook wel modelpraktijk genoemd. De functies en daarbij behorende taken van het UVNN zien er als volgt uit¹⁵:

Wetenschappelijk onderzoek:

- Het vanuit de maatschappij, het werkveld en de wetenschap zelf voortkomende vragen op het terrein van de ouderenzorg prioriteren en vertalen in wetenschappelijke vraagstellingen en deze wetenschappelijk (doen) beantwoorden en vertalen in *best practices* in het werkveld;
- Het realiseren van een infrastructuur voor dit onderzoek;
- Het bevorderen van geautomatiseerde, multidisciplinaire registratie van patiëntgegevens in de modelpraktijk waarmee tevens wetenschappelijke onderzoeksvragen kunnen

worden beantwoord;

- Het projectmatig deelnemen aan *pilotstudies*, (continue) beloopstudies, interventies en gerandomiseerde klinische experimenten;
- Het bevorderen dat subsidies voor onderzoek worden verkregen;
- Het bieden van een klimaat waarin verpleeghuisartsen, psychologen, verpleegkundigen, paramedici en managers in de instellingen enerzijds en wetenschappelijke onderzoekers en onderwijsgevers van universiteiten anderzijds, gebruik maken van elkaars kennis, vaardigheden en praktijkervaringen op het terrein van zorg, leren en onderzoek.

Onderwijs:

- Het bieden van gestructureerde begeleiding bij onderwijsactiviteiten zoals blokonderwijs, stages en co-assistentenschappen ten behoeve van de opleiding tot basisarts;
- Het zorgvuldig bieden van mogelijkheden demonstratiepatiënten in te zetten voor onderwijs ter plaatse en aan de universiteit;
- Het bijdragen aan de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog en nurse practitioners;
- Het bijdragen aan de vervolopleiding tot verpleeghuisarts;
- Het bijdragen aan de opleiding tot huisarts en tot andere medisch specialisten.

Modelpraktijk:

- Modelmatige zorg en ontwikkeling van voorbeeldfunctie;
- Passend in een integraal kwaliteitsbeleid van een instelling;
- Voortdurende terugkoppeling van zorg- en onderzoeksgegevens ter toetsing en ter ontwikkeling en innovatie van de zorg;
- Participatie in richtlijnontwikkeling, richtlijnaanpassing en implementatie van richtlijnen.

Het huidige samenwerkingsverband zie ik als ‘kern’-UVNN, dat alle functies en taken gaat vervullen. Daarnaast zullen we de komende jaren het UVNN gaan uitbreiden met instellingen die slechts delen van de taken en functies uitvoeren. In feite bestaat dit ‘uitgebreide’-UVNN al. Immers de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde realiseert de vervolopleiding tot verpleeghuisarts in ruim 70 opleidingsinrichtingen en talrijke instellingen verzorgen onderwijs ten behoeve van de verpleegstage of het co-assistentchap ouderenzorg. Deze uitbreiding is noodzakelijk gezien de ophanden zijnde toename van het onderwijs in de ouderenzorg in het kader van de *Bachelor-Master (BaMa)* structuur van de geneeskundeopleiding (zie verderop in deze rede) en de verwachte groei van het aantal wetenschappelijke onderzoeksprojecten.

Wetenschappelijk onderzoek

De afdeling Verpleeghuisgeneeskunde van het UMC St Radboud heeft geen lange historie op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Wel kent Nijmegen een historie van onderwijs in de verpleeghuisgeneeskunde. De eerste (bijzondere) hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde Joop Michels is in de jaren tachtig benoemd aan de Nijmeegse Faculteit der Medische Wetenschappen. Joop heeft de verpleeghuisgeneeskunde een gezicht gegeven, zeker bij de geneeskundestudenten. Het is dan ook niet verwonderlijk dat nog steeds een oververtegenwoordiging van in Nijmegen afgestudeerde artsen kiest voor een specialisatie in de verpleeghuisgeneeskunde. Pas vanaf 1995, met de komst van de verpleeghuisartsopleiding naar Nijmegen, is de afdeling gestaag gegroeid. Paul Froeling, mijn voorganger, werd in 1997 benoemd als tweede bijzondere hoogleraar vanwege de stichting St. Joannes de Deo, welke gelieerd is aan de stichting Kalorama te Beek-Ubbergen.

De ontwikkeling van beleid op het gebied van wetenschappelijk onderzoek kwam echter pas in de tweede helft van het jaar 2000 op gang. Onder stimulans van Hans van den Bosch, verpleeghuisarts en bestuurder van de stichting de Zorgboog te Bakel en met inbreng van de ruime ervaring van mijn promotor Chris van Weel, hoogleraar huisartsgeneeskunde van ons UMC, werd de Stuurgroep Wetenschappelijk Onderzoek Verpleeghuisgeneeskunde (SWOV) opgericht, die de basis heeft gelegd voor het huidige onderzoeksbeleid en het UVNN. Na twee en een half jaar hoofd van de verpleeghuisartsopleiding te zijn geweest, mocht ik me nu als onderzoekscoördinator bezig gaan houden met mijn passie wetenschappelijk onderzoek.

In de afgelopen vijf jaar is er een duidelijke lijn ontstaan in het onderzoeksbeleid. Als hoofdprogramma formuleerden we destijds: ‘Onderzoek naar de werkelijkheid en het beloop van de verpleeghuisgeneeskundige problematiek.’ Tot op heden is er slechts beperkt patiëntengebonden onderzoek verricht in Nederlandse verpleeghuizen. Aangezien de organisatiestructuur van Nederlandse verpleeghuizen niet vergelijkbaar is met die van buitenlandse *nursing homes*, zijn die resultaten ook niet zondermeer te extrapoleren naar de Nederlandse situatie. De werkelijkheid van de verpleeghuisgeneeskundige problematiek is min of meer een *black box* of zoals Anne-Mei The het stelt, een verborgen wereld.² Slechts door deze wereld te onderzoeken en de resultaten te publiceren en erover te communiceren, kan duidelijk worden hoe de unieke werkwijze is van de Nederlandse verpleeghuisgeneeskunde en verpleeghuiszorg. Dat het ontsluiten van de werkelijkheid van groot belang is, blijkt onder andere uit de onderzoeken van Jenny van der Steen en het al eerder gememoreerde onderzoek van Roeline Pasman, beiden gepromoveerd bij collega Miel Ribbe, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde van het VUMC.^{16, 4} De werkwijze van verpleeghuisartsen rondom het wel of niet behandelen van een pneumonie bij dementeren en het wel of niet instellen van kunstmatige vocht- en voedseltoediening zijn goede voorbeelden van de unieke Nederlandse werkwijze, die sterk contrasteert met die van bijvoorbeeld de Verenigde Staten.¹⁷

Het verpleeghuis biedt de gelegenheid om het beloop van patiënten met bepaalde

aandoeningen te bestuderen. Hier zit ook de hoofddoelstelling van het vak, namelijk proberen de functionele autonomie van patiënten te behouden en progressie van de aandoening te beïnvloeden. Patiënten die worden opgenomen, verkeren veelal in eindstadia van ziekten. Deze patiëntengroep onttrekt zich aan het oog van de meeste onderzoekers die institutionalisering vaak als eindpunt van onderzoek definiëren. Omdat veel patiënten in het verpleeghuis overlijden, biedt deze setting ideale mogelijkheden om medische beslissingen rond het levenseinde te bestuderen, alsook onderzoek te doen in de palliatieve zorg. Het is dus de taak van de verpleeghuisgeneeskunde om onderzoek naar de eindstadia van ziekten te doen om daarmee meer inzicht te genereren in de prognose en het te verwachten beloop.

Niet alle patiënten overlijden in het verpleeghuis. Een grote groep wordt opgenomen ter revalidatie van een orthopedische aandoening, bijvoorbeeld na een heup- of knieoperatie of na een beroerte en kan daarna met ontslag. Ribbe vond in zijn studie dat eenderde van de somatische verpleeghuispatiënten na opname met ontslag kon.¹⁸ En Nijmeijer e.a. vonden in een recent onderzoek naar de effectiviteit van de Enschedese *stroke-service* dat 63% van de patiënten binnen drie maanden naar huis ging en na zes maanden was 82% naar huis ontslagen.¹⁹ Deze specifieke functie, die in de beeldvorming van verpleeghuizen vaak onderbelicht blijft, is nog nauwelijks wetenschappelijk onderzocht.

De keuze voor onderzoek naar de werkelijkheid en beloop impliceert een keuze voor epidemiologisch en beschrijvend onderzoek. Het is in mijn visie van groot belang om met dit type onderzoek te beginnen. Immers epidemiologisch onderzoek biedt de mogelijkheid ervaring op te doen met onderzoeksinstrumenten en schalen, en niet alle ontwikkelde schalen zijn bruikbaar voor onze populatie. Veel schalen zijn beschikbaar in de Engelse taal en in die taal gevalideerd. Door beschrijvend, epidemiologisch onderzoek te doen met geschikte schalen introduceren we instrumenten waarmee uiteindelijk ook interventie-studies gedaan kunnen worden. Hier dient zich het spanningsveld aan met de prioriteiten van subsidieverstrekkers, die voornamelijk interventiestudies financieren. Het zal zaak zijn hier een goede middenweg in te vinden.

Een goed voorbeeld van het hierboven beschreven onderzoek is dat van mijn eerste promovendus Jan Lavrijsen naar verpleeghuispatiënten in een vegetatieve toestand.²⁰ Zijn proefschrift geeft een gedetailleerd beeld van de werkelijkheid en het beloop van vijf patiënten die meer dan één jaar in een vegetatieve toestand verbleven. Een patiënt daarvan verblijft nog steeds in het verpleeghuis na 17 jaar. Zijn case-studies, die in *Brain Injury* gepubliceerd zijn, tonen een beeld van de *intensive care* van deze patiënten en van de vele bijkomende medische problemen.²¹ Tevens beschrijft hij hoe door de jaren heen het medisch beleid bij deze patiënten is geëvolueerd van een reactief beleid tot een pro-actief beleid waarbij uiteindelijk kunstmatige toediening van vocht en voeding gestaakt wordt. Het moge duidelijk zijn dat hier sprake is van indringende ethische problematiek.

Met de case-studies en later ook een casus van een patiënt die in het ziekenhuis door een verpleeghuisarts behandeld wordt, herintroduceert hij het narratieve element in het wetenschappelijk onderzoek. De verpleeghuisgeneeskunde leent zich uitstekend voor deze *narrative based medicine* als middel om inzicht te krijgen in indringende en complexe

problematiek. Elke verpleeghuisarts kent de unieke verhalen van patiënten met vaak een hoge leeftijd en een lange medische historie. Deze verhalen moeten verteld worden en kunnen kwalitatief geanalyseerd worden om daarmee het inzicht in de werkelijkheid en het verpleeghuisgeneeskundig handelen te vergroten.

Niemand kiest voor een dementie, een beroerte of nog erger een vegetatieve toestand. Niemand kiest voor opname in het verpleeghuis. “Het verpleeghuis zit vol met mensen die dat niet gewild hebben”, zeg ik wel eens. Opname is één grote oefening in verwerking en acceptatie van ziek zijn en lijden. Een groot deel van de verpleeghuisbewoners lukt het echter om een nieuwe balans te vinden; de mens is heel flexibel en kan weer nieuwe levensvervulling vinden.

Meer dan de helft van de verpleeghuisbewoners lijdt aan een of andere vorm van dementie. Dementie is de epidemie van de toekomst en gaat met een grote belasting voor de patiënt en zijn naasten gepaard. De afdeling is in de gelukkige omstandigheid te beschikken over drie senioronderzoekers (twee verpleeghuisartsen en een psycholoog) die gepromoveerd zijn op dementie bij verpleeghuispatiënten. De keuze voor het beloop van dementie als hoofdprogramma van onderzoek is dan ook een heel logische. Binnen dit programma onderscheiden we een aantal aspecten van het beloop namelijk het beloop en de behandeling van probleemgedrag en de invloed van bijkomende ziekten (co-morbiditeit) op het beloop.

Probleemgedrag, in de NVVA-richtlijn gedefinieerd als “al het gedrag dat door de patiënt of diens omgeving moeilijk te hanteren is”, is een van de belangrijkste redenen voor verpleeghuisopname.²² De omgang met probleemgedrag vormt een van de grootste uitdagingen voor multidisciplinaire verpleeghuisteamen. Het is dan ook vreemd dat er nauwelijks cijfers zijn van de prevalentie van probleemgedrag bij dementerende verpleeghuisbewoners. Er zijn slechts een paar buitenlandse studies maar geen Nederlandse.

Vandaar dat wij in 2003, met subsidie van de eerdergenoemde stichting St. Joannes de Deo en de Hersenstichting Nederland een grootschalig *multicenter* onderzoek zijn gestart naar de prevalentie en determinanten van probleemgedrag bij dementerende verpleeghuispatiënten. Syste Zuidema, de verpleeghuisarts-onderzoeker, heeft gegevens verzameld van in totaal 1452 patiënten, verblijvend op 70 afdelingen uit 27 instellingen. Met deze naar onze informatie grootste database betreffende probleemgedrag bij verpleeghuispatiënten zijn we in staat een gedetailleerd beeld te geven van het vóórkomen van probleemgedrag en de factoren die daarop van invloed zijn.

Dat laatste is intrigerend. Er lijken namelijk grote verschillen te bestaan tussen afdelingen wat betreft het voorkomen van probleemgedrag en het aantal patiënten dat behandeld wordt met psychofarmaca. De gegevens bieden de mogelijkheid deze verschillen te onderzoeken en te zoeken naar verklaringen ervoor.

We hebben deze studie de Nijmeegse WAALBED-studie genoemd naar analogie van de Maastrichtse MAASBED (= *Maastricht Study on Behaviour in Dementia*)-studie.^{23, 24} De samenwerking met de groep van Frans Verhey, hoogleraar neuropsychiatrie en ouderenpsychiatrie van het academisch ziekenhuis Maastricht is goed en zeer leerzaam. Begin 2006 zal WAALBED deel twee starten, een longitudinaal onderzoek naar het beloop en de

determinanten van probleemgedrag. WAALBED-2 is daarmee de opvolger van de MAASBED-studie waarin het beloop van probleemgedrag over twee jaar bestudeerd is bij 200 thuiswonende dementerenden.

Probleemgedrag is ook een groot aandachtspunt bij jong-dementerenden. Bij jong-dementerenden begint de dementie voor hun 65-ste levensjaar. Er is weinig fantasie voor nodig om je voor te stellen hoe dramatisch dit kan zijn. De historie van deze patiënten wordt vaak gekenschetst door een lange periode van onduidelijkheid waarbij allerlei psychiatrische diagnoses waaronder *burn-out* of depressie gediagnosticeerd worden. De stoornissen leiden vaak tot problemen op het werk of het huwelijk met een vergrote kans op echtscheiding tot gevolg. Het stellen van de diagnose dementie is dan vaak ook, hoe paradoxaal, een opluchting voor iedereen.

Dat deze groep en het familiesysteem er omheen aparte zorg nodig hebben, tekent zich de afgelopen jaren duidelijk af. Veel van deze patiënten verblijven in verpleeghuizen op aparte daartoe ingerichte afdelingen. Patiënten zijn vaak fysiek sterk en gezond, het zijn relatief meer mannen dan vrouwen en de verdeling van de typen dementie is anders dan bij hen die op latere leeftijd gaan dementeren. Een door Arcares ingestelde stuurgroep jong-dementerenden, die bestaat uit vertegenwoordigers van ongeveer twintig instellingen die deze bijzondere zorg leveren, heeft een zorgprogramma jong-dementerenden geschreven dat in december 2004 is aangeboden aan Arcares.²⁵

Het zorgprogramma is hoofdzakelijk op basis van praktijkervaring tot stand gekomen en vraagt om een verdere wetenschappelijke onderbouwing. Vandaar dat wij in 2004 met steun van de Stichting Verzorging en Verpleging Eindhoven (SVVE) de Archipel gestart zijn met de *Behaviour and Evolution in Young Onset Dementia* (BEYOND)-studie, een onderzoek naar de kenmerken en het beloop van patiënten met een dementie begonnen voor het 65-ste levensjaar. We hopen in de toekomst deze studie uit te breiden met thuiswonende dementerenden, die via dagbehandelingen of geheugenpoliklinieken geïdentificeerd worden. Bovendien zijn er plannen voor een project naar de belasting en ondersteuning van de mantelzorgers en kinderen van jong-dementerenden, waarbij we dankbaar gebruik zullen maken van de expertise van Myrra Vernooij-Dassen, senioronderzoeker bij de afdeling Kwaliteit van Zorg, van ons UMC en Marjolein de Vugt en Pauline Aalten van de Universiteit van Maastricht.

Naast de prevalentie en het beloop van probleemgedrag, heeft de behandeling ervan nadrukkelijk onze aandacht. De eerste stap in de behandeling van probleemgedrag zijn psychosociale interventies. Verpleeghuizen hebben een schat aan praktijkervaring in de omgang met probleemgedrag. Verpleeghuispsychologen spelen daarbij een belangrijke rol. De laatste vijf jaar is er veel aandacht voor de ‘belevingsgerichte zorg’. Het is de kunst om achter de beleving van de bewoner te komen, om ons in te leven in zijn/haar wereld en het gedrag en de uitingen te leren begrijpen. In dit begrip liggen de sleutels van de benadering waarbij het belangrijk is de levensgeschiedenis van de bewoner te kennen.

Gedrag dat wij bij verpleeghuisbewoners zien, is de resultante van een ingewikkelde interactie tussen de dementerende persoon en diens omgeving. De omgeving wordt gevormd

door de medebewoners, de verzorgenden en andere professionals en de fysieke leefomgeving. Van de invloed en effecten van al deze actoren weten we nog veel te weinig. Er is beperkt onderzoek voorhanden naar de effecten van belevingsgerichte zorg of van zintuig-activering (‘snoezelen’), maar er is behoefte aan meer.^{26, 27, 28} De effecten van kleinschalig wonen worden onderzocht door de groep van Jan Eefsting, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde aan het VUMC. Hier ligt volgens mij een opdracht voor de ouderenpsychologie, waarbij de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde in samenwerking met de afdeling Psychogerontologie (Yolande Kuin) van de Radboud Universiteit Nijmegen, naar wegen zoekt een onderzoeksprogramma van de grond te krijgen.

Ondanks de aandacht voor de non-farmacologische behandeling van probleemgedrag, gebiedt de eerlijkheid te zeggen dat bij veel patiënten psychofarmaca worden voorgeschreven. Dit overigens tegen de stroom van de beperkte effectiviteit in, zoals recent in de CBO-richtlijn ‘diagnostiek en behandeling van dementie’ is beschreven.²⁹ Tweederde van de patiënten uit de WAALBED-studie heeft op zijn minst één prescriptie van een psychofarmakon, ruim 35% krijgt een antipsychoticum (niet gepubliceerde gegevens van Zuidema). Deze cijfers komen overeen met mijn eigen onderzoek en cijfers van Van Dijk, waaruit bleek dat psychofarmaca veel en vaak langdurig worden voorgeschreven.^{30, 31} De vraag is of verpleeghuisartsen wel regelmatig pogingen ondernemen de medicatie af te bouwen of te staken. Er zijn voldoende aanwijzingen uit buitenlands onderzoek dat staken mogelijk is.^{32, 33, 34, 35} Interventies om polyfarmacie te verminderen en de kwaliteit van het voorschrijf-beleid te verbeteren, vormen daarmee ook een belangrijk onderdeel van het onderzoek naar het beloop van dementie.

‘De ouderdom komt met gebreken’ is een oud gezegde. Met die ‘gebreken’ wordt bedoeld op de veelheid van bijkomende aandoeningen die in de loop van veroudering kunnen ontstaan. Een verpleeghuispatiënt heeft per definitie samengestelde, complexe, problematiek. Daarmee bedoelen we dat vaak een veelheid van lichamelijke, psychische en sociale problemen in een ingewikkelde interactie een rol spelen bij het uiteindelijk functioneren van de patiënt. Het is de taak van de verpleeghuisarts en het team om deze kluwen te ontwarren, er prioriteiten in aan te brengen en uiteindelijk een multidisciplinair zorg(behandel)plan op te stellen met haalbare doelen en acties.

In het in 2005 verschenen rapport van de Gezondheidsraad getiteld ‘Vergrijzen met ambitie’ wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan het probleem comorbiditeit en het begrip *frailty*, dat ook wel kwetsbaarheid wordt genoemd.³⁶ Over *frailty* zal ik hier niet verder uitweiden, maar verwijst ik u naar de oratie van collega Marcel Olde Rikkert, hoogleraar klinische geriatrie aan ons UMC.³⁷ Ik ben echter al sinds mijn promotie erg geïnteresseerd in comorbiditeit. Elke verpleeghuisarts heeft de ervaring dat comorbiditeit en met name intercurrente gezondheidsproblemen van invloed zijn op het beloop van de dementie. In ons onderzoek vonden we dat naarmate patiënten meer ziekte-episoden hadden de progressie van de dementie sneller was.³⁸ De afdeling Verpleeghuisgeneeskunde (projectleider: Pieter van Dijk, senioronderzoeker) is bezig met de voorbereiding van een project naar het effect van comorbiditeit op het beloop van dementie.

De invloed van bijkomende en intercurrente aandoeningen op de progressie van dementie is in de literatuur sterk onderbelicht. Toch liggen hier mogelijkheden voor beïnvloeding. Immers we weten dat een heupfractuur dodelijk kan zijn en een ernstige infectie voor een forse functionele achteruitgang kan zorgen. Preventie van dergelijke aandoeningen kunnen behoorlijke gezondheidswinst opleveren. Dat is ook de reden waarom het UVNN gaat deelnemen aan het project *safe or sorry*. In dit door de afdeling Verplegingswetenschap geleide project (projectleider: Theo van Achterberg, hoogleraar verplegingswetenschap, UMC St Radboud), worden de effecten van de implementatie van een geïntegreerd patiëntveiligheidsprogramma op vallen, urineweginfecties en decubitus onderzocht.

In de loop van een dementieproces kunnen naast probleemgedrag bij de dementie behorende neurologische verschijnselen ontstaan zoals slikproblemen, myoclonieën, epilepsie en tonusstoomissen. De tonusstoomis die bij een dementie kan ontstaan wordt 'paratonie' genoemd. Het concept van paratonie is in de literatuur niet uitgekristalliseerd en dient onderscheiden te worden van rigiditeit en spasticiteit. In 2004 is een onderzoeksproject gestart naar de definitie, de prevalentie, de determinanten en het beloop van paratonie bij dementerende verpleeghuispatiënten. Ook hier maken we weer dankbaar gebruik van investeringen van verpleeghuiszorgorganisaties, in dit geval de Vitalis zorggroep uit Eindhoven, die een van hun fysiotherapeuten, tevens bewegingswetenschapper, in staat stelt te promoveren. Dit onderzoek is een voorbereiding op een interventiestudie naar de effecten van doorbewegen op paratonie, een behandeling die veel verricht wordt door verpleeghuisfysiotherapeuten. De samenwerking met Rob de Bie, hoogleraar fysiotherapie research aan de Universiteit van Maastricht, is zeer stimulerend.

Dementie is een progressief syndroom met een dodelijke afloop. De duur van dit proces kan enorm variëren en niet iedereen doorloopt dit proces tot de laatste fase. Wij vonden in ons onderzoek dat 14% van de onderzochte patiënten, die allen gevolgd zijn tot overlijden, overleeft tot de laatste fase.³⁹ Dat betekent dat de overigen vóór die fase overlijden, veelal door bijkomende aandoeningen. De laatste fase van dementie is ook onderbelicht in de literatuur. Ook hier weer blijkt dat onderzoekers patiënten na opname in een verpleeghuis niet verder meer volgen. Bovendien is er geen eenduidige definitie van deze fase. Wat voor onderzoekers buiten het verpleeghuis een ernstige dementie is (*severe dementia*), is voor verpleeghuismedewerkers een begeleidingsbehoefte patiënt. De wereld is zo klein als je eigen blikveld!

De Nederlandse verpleeghuisgeneeskunde is bij uitstek het vakgebied om deze meest kwetsbare groep voor het voetlicht te brengen. Natuurlijk, deze groep is het schrikbeeld van ieder familielid, maar het is een realiteit om onder ogen te zien. Het onderzoek naar de laatste fase richt zich vooralsnog op een beschrijving van die groep.⁴⁰ Het meten van welbevinden of kwaliteit van leven is een bijzondere uitdaging bij deze patiënten. Het (on)welbevinden en de kwaliteit van leven worden nu intuïtief gebruikt bij behandelbeslissingen zoals bijvoorbeeld het nalaten van kunstmatige vocht- en voedseltoediening. Kortom er ligt een toekomst in de verdere uitbouw van onderzoek naar de laatste fase van

dementie, in het bijzonder de palliatieve zorg bij deze groep.

De komende jaren gaat de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde een onderzoeksprogramma op het gebied van de palliatieve zorg ontwikkelen. Dit in samenwerking met het Kenniscentrum Palliatieve Zorg, de nieuw benoemde hoogleraar Kris Vissers en andere afdelingen van het UMC St Radboud die nu reeds onderzoek op dit terrein verrichten.

Het hoeft geen betoog dat een groot deel van de verpleeghuisgeneeskunde in feite een vorm van palliatieve zorg betreft. Er is veel kennis van en ervaring met de palliatieve zorg binnen de sector, en verpleeghuizen ontwikkelen steeds meer specifieke afdelingen voor palliatieve zorg of participeren in *hospices*. De intentie is een onderzoeksprogramma 'palliatieve zorg' te ontwikkelen dat raakvlakken heeft met de overige programma's inzake patiënten in een vegetatieve toestand, de laatste fase van dementie en medische beslissingen rondom het levenseinde. Een van de senioronderzoekers (Jan Lavrijsen) zal projectleider worden van een dergelijk te ontwikkelen onderzoeksprogramma.

Tot slot de geriatrische revalidatie. Zoals al eerder aangegeven, is dit een belangrijke functie van verpleeghuizen. Vanuit de Zorgboog te Bakel wordt op dit thema een onderzoek voorbereid.

Ik realiseer me dat het onderzoek erg veel thema's bevat en daarmee contrasteert met de door het UMC bepleite concentratie en specialisatie. Verpleeghuisgeneeskunde is echter net zoals de huisartsgeneeskunde een breed vakgebied en de genoemde thema's zijn vanuit het veld aangedragen. Een universiteit hoort zich dienend op te stellen naar het veld. Ontwikkeling van nieuwe kennis doe je om de patiëntzorg te verbeteren. Deze keuze betekent ook een keuze voor vakontwikkeling en niet voor specialisatie in een klein deel van de verpleeghuisgeneeskunde.

Het onderzoek wordt ingebed in het *Nijmegen Center for Evidence Based Practice (NCEBP)*, onder deelprogramma 2: *effective primary care: management of chronic diseases* (projectleider Chris van Weel). Om het onderzoek naar het beloop van dementie te profileren, maak ik dankbaar gebruik van het Alzheimer Centrum Nijmegen (ACN). Dit samenwerkingsverband tussen de afdelingen Kwaliteit van Zorg, Geriatrie, Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en Alzheimer Nederland biedt een veelbelovende en ambitieuze infrastructuur voor de groei van het dementieonderzoek. Overige UMC afdelingen zoals de afdelingen Neurologie en Pathologie zijn ook natuurlijke samenwerkingspartners bij het dementieonderzoek.

Wetenschappelijk onderwijs

De toenemende vergrijzing en daarmee de noodzaak voor aankomende artsen om zich te bekwamen in de ouderenzorg, is een kans voor de verpleeghuisgeneeskunde. Het beleid van zowel de NVVA als van de afdeling is erop gericht het imago en de beeldvorming van het vak te verbeteren, hetgeen inmiddels vruchten afwerpt. Het beleid van de afdeling is de laatste jaren dan ook steeds meer ‘van binnen naar buiten’ gericht. Daarmee is de afdeling zichtbaarder geworden binnen en buiten het UMC St Radboud en weten andere afdelingen de expertise van de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde inmiddels op waarde te schatten.

Aanwezigheid van een vakgebied in het onderwijs aan geneeskundestudenten maakt het vakgebied tot een ‘kernvak’. De afdeling heeft zich in haar meerjarenbeleidsplan tot doel gesteld het onderwijs op het gebied van ouderenzorg en chronische ziekten verder te bestendigen en te ontwikkelen en het aandeel van dit onderwijs in het basiscurriculum geneeskunde te vergroten.⁴¹ Zichtbaarheid en herkenbaarheid in het basiscurriculum is ook een belangrijke voorwaarde om toekomstige artsen te motiveren voor het nieuwe specialisme.

De herziening van het geneeskundecurriculum in de richting van een BaMa-structuur biedt de afdeling een aantal mogelijkheden om de ouderenzorg en ouderengeneeskunde nadrukkelijk onder de aandacht van de studenten te brengen. Het is dan ook verheugend te constateren dat het UMC St Radboud de demografische ontwikkelingen van de Nederlandse bevolking - de vergrijzing - vertaalt in haar onderwijs. De BaMa-structuur voorziet in klinische oriëntaties in de verpleeghuisgeneeskunde in het tweede jaar van de bachelorfase. Het co-assistentchap ouderenzorg wordt een kern-co-schap en wordt vooraf gegaan door een vier weken durend blok ‘centraal klinisch onderwijs’ waar de verpleeghuisgeneeskunde ook in vertegenwoordigd zal zijn.⁴² Ook kunnen studenten kiezen voor een twaalf weken durend senior co-schap in de verpleeghuisgeneeskunde, wat een mooie voorbereiding voor een verdere specialisatie biedt.

In deze rede ga ik niet in op de specifieke leerdoelen van de verschillende onderwijsonderdelen omdat deze nog ontwikkeld moeten worden. Ik probeer echter in algemene zin aan te geven wat geneeskundestudenten kunnen leren van ons specialisme.

Verpleeghuisgeneeskunde is deels een specialistisch en deels een generalistisch vakgebied. Het is verder vooral een holistisch vak. Het heeft veel overeenkomsten met de huisartsgeneeskunde en het specialisme integreert aspecten van onder andere de interne geneeskunde, neurologie, (ouderen) psychiatrie, revalidatiegeneeskunde en klinische geriatrie. Het vakgebied legt meer nadruk op de behandeling van de gevolgen van ziekten dan op de ziekten zelf. Daarin heeft het veel raakvlakken met de revalidatiegeneeskunde en maakt het ook al jaren gebruik van het binnen de revalidatiegeneeskunde ontwikkelde Somatisch-Functioneel-Maatschappelijk-Psychisch-Communicatie (SFMPC)-model.⁴³ Het multidisciplinaire zorg(behandel)-plan vormt de kern van het verpleeghuisgeneeskundig handelen. De zorgvragen van de patiënt worden naar aandachtsgebied van het SFMPC-model geordend en geprioriteerd en voorzien van haalbare doelen en zorg- en

behandelacties. Het zorgplan wordt cyclisch geëvalueerd, waarbij zorgvragen, doelen en acties bijgesteld worden.

Wat kunnen studenten hiervan leren? Studenten kunnen binnen de verpleeghuisgeneeskunde kennismaken met de multipele pathologie van veelal hoogbejaarde patiënten. Hier worden ze geconfronteerd met de grenzen van de geneeskunde en zelfs de gevolgen van de *high-tech* geneeskunde die in ziekenhuizen bedreven wordt. De patiënt die na een geslaagde reanimatie en *intensive care*-behandeling een ernstige hersenanoxie heeft opgelopen met als gevolg ernstige functionele beperkingen, belandt in het verpleeghuis. Patiënten in eindstadia van velerlei aandoeningen zoals van de ziekte van Parkinson, ziekte van Huntington en van andere vaak zeldzame neurologische aandoeningen worden nogal eens opgenomen in een verpleeghuis. Maar ook patiënten met terminaal hartfalen of chronisch obstructief longlijden kunnen soms als gevolg van hun functionele beperkingen niet meer zelfstandig thuiswonen.

Studenten kunnen hier kennismaken met de complexe interactie tussen lichamelijke, psychische en sociale beperkingen van de patiënten. Maar ook met patiënten die als gevolg van ernstige cognitieve beperkingen of dementie niet meer in staat zijn hun klachten te uiten of wilsonbekwaam zijn geworden. Hier dienen zich regelmatig complexe vraagstukken aan die verpleeghuisartsen met beperkt diagnostisch instrumentarium trachten op te lossen. Studenten kunnen hier hun fysisch-diagnostische vaardigheden oefenen en ervaren hoe het is om te werken met onzekerheden en te vertrouwen op je zintuigen.

In het verpleeghuis dient zich, meer dan in welke setting ook, de vraag aan: ‘Moet alles wat kan?’. Dit is een van sterkten van het specialisme namelijk het anticiperend vastleggen van het medisch beleid bij ernstige, levensbedreigende, aandoeningen. In het buitenland noemt men dit *advance care planning*. Reeds kort na opname wordt in overleg met de patiënt en in geval van wilsonbekwaamheid, met diens vertegenwoordiger, vastgelegd of er bij ernstige bijkomende aandoeningen een curatief, palliatief of symptomatisch beleid gevoerd dient te worden. De wil of gereconstrueerde wil van de patiënt staat hierbij centraal, vandaar dat er ook altijd naar wilsverklaringen gevraagd wordt.

Medische besluitvorming bij complexe vraagstukken kost tijd. Jan Lavrijsen heeft dat in zijn proefschrift heel goed geïllustreerd voor patiënten in een vegetatieve toestand. Maar ook bij andere typen patiënten zoals bij dementerenden en patiënten die wegens palliatief terminale zorg worden opgenomen, brengen verpleeghuisartsen de principes van het moreel beraad in praktijk.⁴⁴ Hier speelt zich ook een deel van de verborgen werkelijkheid van de verpleeghuisgeneeskunde af, die een belangrijk deel van de kwaliteit bepaalt. Het is niet moeilijk om een ambulance te bellen en een patiënt naar een ziekenhuis te sturen. Dat is binnen tien minuten geregeld. Besluiten om dat niet te doen, kost tijd! Dit stelt ook Ben de Pauw, hoofd van de afdeling Bloedtransfusie en Transplantatie Immunologie van ons UMC in de Radbode van 15 juli 2005. Ik citeer: “Echter, of een risicovolle behandeling wel of niet moet worden ingesteld, is vaak een andere, veel gecompliceerde kwestie, zeker bij een ongeneeslijke ziekte. Behoort genezing niet langer tot de mogelijkheden, dan moeten we afgaan op gevoel. Op inlevingsvermogen. Er komen dan vragen aan de orde zoals: wat is het

beste voor de patiënt. Is het maximale het beste? Doorgaan? Accepteren? Naar de *intensive care* of naar huis? Het beantwoorden van dit soort vragen kost veel tijd, omdat een arts de patiënt en zijn naasten moeten hebben leren kennen om tot een afgewogen advies te komen.”⁴⁵ Ben de Pauw spreekt van ‘kwali-tijd’ en beschrijft hier een handelswijze die verpleeghuisartsen maar al te goed kennen. Sneller is hier dus lang niet altijd beter al lijkt dat wel het adagium voor de ziekenhuissector www.snellerbeter.nl).

Dementie is een zorg apart stelt de Gezondheidsraad in zijn eerder genoemd rapport. Nergens kunnen studenten zo kennismaken met de problematiek van dementie als in het verpleeghuis of in aan verpleeghuiszorginstellingen gelieerde verzorgingshuizen. De analyse en behandeling van probleemgedrag conform de NVVA-richtlijn is een leerzame ervaring. Maar ook het ervaren wat het voor een dementerende betekent de greep en de regie op zijn leven kwijt te raken en in aanraking te komen met de pijn die de naasten hiervan ervaren, vormen belangrijke leermomenten voor de studenten..

Verder biedt de verpleeghuisgeneeskunde studenten de kans kennis te maken met de bijdragen van de vele disciplines aan de zorg- en behandelingsdoelstellingen. Ik noem hier onder andere de rol van psychologen bij neuropsychologisch onderzoek, omgangsadvisen, teambegeleiding en intervisie, de rol van paramedici bij patiënten die ter revalidatie worden opgenomen, maar ook de rol van pastoraal werkers als ‘geestelijk’ therapeuten.

Tenslotte de kans om ‘huis-, tuin-, en keukengeneeskunde’ te bedrijven dat wil zeggen het behandelen van de vele intercurrente aandoeningen zoals urine- en luchtweginfecties, decubitus, obstipatie en noem maar op. Deze komen vaak voor, waarbij studenten kunnen leren hoe anders de klachten en symptomen kunnen zijn.

Zo kan ik nog wel een tijd doorgaan, maar zal dat bewaren voor de ongetwijfeld boeiende gedachtewisselingen met de collega-afdelingen waarmee we dit onderwijs in de ouderenzorg in de komende jaren gestalte gaan geven. Dat is een boeiende uitdaging waarbij we ook een groot beroep zullen doen op de vele instellingen van het uitgebreide UVNN.

De afdeling Verpleeghuisgeneeskunde verzorgt ook de vervolgopleiding tot verpleeghuisarts. Door de verbreding van het specialisme zal, naar verwachting mogelijk vanaf 2007, de opleidingsduur met één jaar verlengd worden tot een drie-jarige opleiding. De competenties van de verpleeghuisarts/sociaal geriater zijn beschreven in de gelijknamige nota die de NVVA eind 2004 heeft uitgebracht.⁴⁶ In de nota zijn de competenties in zeven gebieden weergegeven: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit.

In mijn visie is het van belang dat de verpleeghuisarts/sociaal geriater zich naast generalist ook meer ontwikkelt tot specialist. Met specialist bedoel ik dat de verpleeghuisarts/sociaal geriater zich, meer dan nu het geval is, diepgaande kennis eigen moeten maken van aandoeningen die in een hoge prevalentie voorkomen bij al of niet geïnstitutionaliseerde ouderen (of jongeren). De psychogeriatric of gerontopsychiatrie is daar een goed voorbeeld van. In het competentiegebied ‘medisch handelen’ staat onder het kopje ‘diagnostiek’ vermeld: “diagnosticeert en prognosticeert somatische, psychogeriatric en gerontopsychiatische ziektebeelden, niet alleen gericht op het stellen van de diagnose, maar

ook op het constateren van de bijbehorende stoornissen, beperkingen en handicaps en op de zorgbehoefte”.

Nosologische (etiologische) diagnostiek van dementie is daar een goed voorbeeld van. Daar waar in het verleden verpleeghuisartsen vaak weinig belang hechtten aan de vraag of een patiënt lijdt aan de ziekte van Alzheimer of aan een vasculaire dementie, is dat in mijn visie anno 2005 een niet meer te verdedigen standpunt. Als verpleeghuisartsen/sociaal geriateren zich als dementiespecialisten willen profileren dan zullen zij, met het hun ter beschikking staande instrumentarium, dementiediagnostiek moeten bedrijven op een etiologisch niveau. De eerder genoemde CBO-richtlijn ‘diagnostiek en behandeling van dementie’ biedt hier een goed startpunt en de beroepsgroep zal snel een van deze richtlijn afgeleide NVVA-richtlijn moeten ontwikkelen.

Specialiseren betekent ook meer *evidence based* handelen. Het competentiegebied ‘kennis en wetenschap’ vermeldt hierover: “de verpleeghuisarts/sociaal geriater werkt vanuit een wetenschappelijke attitude en gebruikt *evidence* in de klinische besluitvorming”. De NVVA heeft in dit opzicht belangrijke stappen gezet met de ontwikkeling van haar richtlijnen. Hier ligt volgens mij een belangrijke taak voor de vervolgopleidingen tot verpleeghuisarts/sociaal geriater. Deze kunnen de wetenschappelijke attitude van de assistenten in opleiding tot specialist (aios), meer dan nu het geval is, stimuleren. Daarbij zal de verantwoordelijkheid om de meest recente literatuur boven tafel te krijgen, meer bij de aios gelegd moeten worden. Zoeken in *Pubmed* zal tot de wekelijkse zo niet dagelijkse routine van de aios moeten gaan behoren, waarbij bepaalde vraagstukken door afwisselende aios naar de laatste stand der wetenschap uitgediept worden.

Tenslotte het competentiegebied ‘professionaliteit’. Hier vermeldt de nota dat de verpleeghuisarts/sociaal geriater “hoogstaande zorg levert, op een integere, oprechte en betrokken wijze”. Professionaliteit betekent hier ook adequaat persoonlijk en sociaal professioneel gedrag. Het begrip professionaliteit wordt hier wat nauwer omschreven dan ik bedoel met professionalisering van de verpleeghuisgeneeskunde. Nu het specialisme vijftien jaar bestaat, komt het moment dat het specialisme volwassen gaat worden. Een naam met een professionele uitstraling draagt bij aan de professionalisering, maar veel belangrijker is dat achter de naam een deskundige professional steekt die respect afdwingt bij zijn/haar collega artsen in de gezondheidszorg.

Aan de opleidingen de verantwoordelijkheid deze professional op te leiden. De nieuwe specialist gaat van binnen (de muren van het verpleeghuis) naar buiten (de eerste lijn). Dat betekent dat de opleidingen, meer dan nu het geval is, de aios moeten voorbereiden op de assertieve rol die de toekomstige professional moet gaan spelen in het krachtenveld van de ouderenzorg. Het kleinschalige, probleemgestuurde, cursorisch groepsonderwijs, met een mix van theoretisch onderwijs en het werken in de praktijk onder supervisie van een opleider zijn krachtige leermiddelen, die zeker behouden zullen moeten blijven. De extramurale vervolgopleidingen lopen in dat aspect voor op de vervolgopleidingen van klinische specialismen.

De geplande praktijkstages in bijvoorbeeld de huisartsenpraktijk, klinische geriatrie of

revalidatiegeneeskunde bieden de aios de kans zich te positioneren in het werkveld buiten het directe en vaak veilige verpleeghuis. Daarbij zou het ook goed zijn als het praktijk-gedeelte in twee verschillende verpleeghuiszorginstellingen zou plaatsvinden, omdat er vaak grote verschillen in werkwijzen en culturen tussen verpleeghuizen bestaan. In het cursorisch onderwijs is het van belang de aios meer verantwoordelijk te maken voor zijn eigen leerproces. De grote verscheidenheid van vooropleidingen maakt het sowieso noodzakelijk individuele leertrajecten uit te stippelen, waarbij de opleiders (zowel docenten als praktijkopleiders) de beschikking krijgen over valide toetsinstrumenten om de vorderingen van de aios te beoordelen. Deze individuele leertrajecten vragen om een verdere flexibilisering van het theoretisch onderwijs.

De opleider speelt in dit alles een cruciale rol, immers 80% van de opleiding vindt plaats in de praktijk. Tot op heden is er nog weinig bekend van deze praktijkleersituatie. Vandaar dat de afdeling in 2003 is gestart met een onderzoek naar de kwaliteit van de praktijkleersituatie van de verpleeghuisartsopleiding. De afdeling werkt in dit project samen met het onderwijsinstituut van ons UMC (Sanneke Bolhuis). Met dit onderzoek hopen we meer inzicht te krijgen in de vele factoren die uiteindelijk het leereffect bij aios bepalen. We hopen met het onderzoek ook gegevens te verzamelen die kunnen leiden tot verbetering van het opleiderscurriculum.

Er is op landelijk niveau hard gewerkt aan een raamcurriculum. Bundelen van de krachten is hier het devies. Het uitgangspunt is te komen tot een landelijke opleiding die op drie plaatsen in het land (Amsterdam, Nijmegen en Leiden) wordt verzorgd. Ik heb alle vertrouwen in deze ontwikkelingen en laat graag de verantwoordelijkheid over aan de hoofden van de opleidingen.

Modelpraktijk

Met het vanuit mijn universitaire functie aangeven wat ik onder model- of voorbeeldpraktijk versta, loop ik het risico beschuldigd te worden van 'ivoren toren'-neigingen. Dat is uiteraard geenszins mijn bedoeling; immers ik wil juist de verbinding van de praktijk met de wetenschap tot stand brengen. Om het begrip modelpraktijk af te bakenen is het goed om het te onderscheiden van 'model-verpleeghuis'. De visie op het model-verpleeghuis wordt sterk bepaald door de visie op wonen en welzijn. De visie op modelpraktijk daarentegen wordt bepaald door de visie op behandeling en verpleging.

Hans Kennedie heeft in zijn eerder gememoreerde rapport voornamelijk zijn visie gegeven op het model-verpleeghuis en de bedrijfsvoering daarvan. Het model-verpleeghuis moet een soort hotel zijn, waar de cliënten gastvrij ontvangen worden en goed te eten en te drinken krijgen. De keuzes van de cliënt staan centraal, er moet veel ruimte voor privacy zijn, cliënten hebben een ruime eenpersoons slaapkamer met eigen douche en toilet. Er moet veel aandacht zijn voor de eigenheid van ieder mens.

Voorbeelden van deze visie vinden we in het Humanitas-model in Rotterdam. In hun zorgconcept staat *use it or lose it* centraal. De cliënten houden zelf de regie, waarbij het uitgangspunt is dat zij zelf weten wat goed voor hen is. Van de zorgverleners wordt een principieel individuele benadering verwacht, die de opvattingen, wensen en gewoonten van de ouderen respecteert. Deze transformatie van aanbodgerichte zorg naar vraaggerichte, cliëntgerichte of belevingsgerichte zorg is een ontwikkeling die in veel instellingen voor verpleeghuiszorg gaande is.

Ook de eerder geschetste voorzieningen voor kleinschalig wonen en genormaliseerd wonen leggen veel nadruk op wonen en welzijn en bieden daarmee ingrediënten voor het model-verpleeghuis. De zorggroep Almere met zijn verpleeghuis Polderburen is hier een voorbeeld van.⁴⁷

Het is echter opvallend dat dergelijke initiatieven tot op heden niet door onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek geëvalueerd zijn. Zoals eerder gesteld vindt er momenteel wel onderzoek naar kleinschalige woonvoorzieningen voor dementerenden plaats. Ik ben dan ook zeker een voorstander van deze ontwikkelingen, mits aangetoond dat ze het welzijn en de gezondheid van cliënten daadwerkelijk bevorderen.

Eerder heb ik de ontwikkeling van expertisecentra geschetst en de verbinding die deze aan kunnen gaan met universiteiten in de vorm van Universitaire Verpleeghuis Netwerken. Een van de doelstellingen hiervan is de ontwikkeling van modelpraktijken. Binnen het UVNN zijn we de eerste stappen aan het zetten op deze weg.

De ontwikkeling van een modelpraktijk dient zich niet te beperken tot de behandel-functie van de verpleeghuisarts, maar nadrukkelijk ook gericht te zijn op paramedici, psychologen en de verpleegkundige en verzorgende discipline. Deze beroepsgroepen zitten allen in een fase van hun eigen professionalisering, waarbij de multidisciplinaire setting van het verpleeghuis de mogelijkheid biedt geïntegreerd samen te werken aan de ontwikkeling van de modelpraktijk.

Een van de doelstellingen van de modelpraktijk is te komen tot een gestandaardiseerd *assessment*, dat in geautomatiseerde gegevensbestanden is vastgelegd. Hier kom ik bij twee essentiële voorwaarden voor de ontwikkeling van modelpraktijken, namelijk uniformiteit van gegevensverzameling en elektronische opslag van gegevens zodanig dat ze te gebruiken zijn voor sturingsinformatie, maar ook voor wetenschappelijk onderzoek.

Om te komen tot deze uniformiteit en automatisering hebben er afgelopen jaar een drietal inventarisaties plaatsgevonden in het UVNN. Bij alle disciplines is geïnventariseerd welke meetinstrumenten of classificatiesystemen men gebruikt om de cognitie, de activiteiten van het dagelijks leven (ADL), de mobiliteit etc. van bewoners vast te leggen.⁴⁸ De medische en multidisciplinaire zorgdossiers zijn op hun inhoud geïnventariseerd en tevens is de mate van automatisering van patiëntgebonden gegevens geïnventariseerd en het ICT-beleid van de instellingen.^{49, 50}

Het beeld dat uit deze inventarisaties naar voren komt, kan kort samengevat worden: de verpleeghuisprofessionals gebruiken in totaal 70 verschillen meetinstrumenten en schalen om patiëntgebonden gegevens vast te leggen, er is een grote overeenkomst tussen de zorgdossiers van de acht instellingen en geen van de instellingen heeft patiëntgebonden gegevens behoudens personalia vastgelegd in een elektronisch cliëntendossier (ECD).

Om te komen tot modelmatige zorg, zal de zorgbehoefte van de cliënten op een objectieve manier vastgelegd moeten worden en idealiter ook gevolgd in de tijd, zodat daarmee de zorg te beoordelen is op zijn effecten op de gezondheid en kwaliteit van leven. Hier is 'meten is weten' het adagium. Binnen de geneeskunde wordt in toenemende mate het gebruik van meetschalen voor het volgen van effecten van behandelingen gepropageerd. Een goed voorbeeld hiervan is het volgen van de effecten van de cholinesteraseremmers. Het protocol van het College voor Zorgverzekeraars vereist dat het cognitief functioneren, het gedrag en de ADL van de patiënten die met een dergelijk middel behandeld worden, periodiek wordt vastgelegd om te kunnen beoordelen of het middel effectief is.

Uit de inventarisatie van de meetschalen in de UVNN-instellingen blijkt dat sommige professionals, bijvoorbeeld fysiotherapeuten, reeds gebruik maken van klinimetrie om de effecten van hun behandelingen te volgen. Specifieke fysiotherapeutische richtlijnen geven daar ook aanwijzingen voor. Psychologen bedienen zich al sinds jaar en dag van uitgebreide testbatterijen voor neuropsychologisch onderzoek en ergotherapeuten beschikken over verfijnde schalen om de ADL van cliënten in kaart te brengen.

Gezien echter de grote hoeveelheid van in gebruik zijnde schalen is er behoefte aan reductie en consensus over welke schaal voor welke doelstelling het meest geschikt is. De komende jaren willen we dan ook op monodisciplinair niveau dergelijke consensus-trajecten op gang brengen, waarbij uiteindelijk richtlijnen voor keuzes gegeven worden, die gebaseerd dienen te zijn op de beschikbare gegevens over betrouwbaarheid, validiteit of voorspellende waarde van de schalen en op de praktische bruikbaarheid ervan bij de oudere populatie.

Daarnaast is er behoefte aan een globalere beoordeling die dient als informatie voor de periodieke multidisciplinaire zorgplanbesprekingen en waarbij met name de verzorgenden

observationale gegevens van gedrag, cognitie, mobiliteit, functionele status, communicatie etc. op een objectieve manier vastleggen. Schalen van het RAI zouden hiervoor zeer geschikt kunnen zijn, wat het voordeel heeft dat hiermee uniformiteit ontstaat met het UVN van het VUMC en veel landen van de wereld.

Dit alles kan niet zonder een ECD. De overeenkomsten van de inhoud van de dossiers van de acht UVNN-instellingen, stemt optimistisch over de kans van slagen van een gezamenlijk ECD. De kosten en de impact van een dergelijke operatie vormen echter een grote uitdaging. Niets is zo lastig als automatiseren van processen en het is niet voor niets dat hier niet de eerste prioriteit lag van het UVNN.

Het ECD vormt de kern van de modelpraktijk. Het ECD dient multidisciplinair van opzet te zijn, dient idealiter perfect in het transmurale veld te communiceren, moet dubbel-registratie voorkomen en dient ook intern te communiceren met bijvoorbeeld de apotheek, het laboratorium en noem maar op. De structuur dient modulair te zijn, waarbij op een flexibele manier schalen in te voegen zijn. Ik realiseer me dat ik hiermee een behoorlijk ideaal beeld voor ogen heb. Het UVNN moet echter geen fictie blijven, maar ooit werkelijkheid worden!

Een ander aspect van de modelpraktijk is de implementatie van professionele richtlijnen. Hier is nog een lange weg te gaan. Er is tot op heden nauwelijks onderzoek gedaan naar de implementatie van bijvoorbeeld de NVVA-richtlijnen, dus we weten eigenlijk niet of ze wel voldoende geïmplementeerd of geborgd zijn. Maar ook van andere richtlijnen, bijvoorbeeld van preventie en behandeling van decubitus weten we niet hoe het staat met de implementatie.

De verzorgenden hebben een grote invloed op de kwaliteit van zorg. In de modelpraktijk dient er dan ook veel aandacht te zijn voor het deskundigheidsniveau van deze discipline. Al eerder heb ik aangegeven dat omwille van de verandering van de functie-inhoud van de nieuwe specialist de introductie van HBO-professionals een goede zaak zou zijn.⁵¹ De bijdrage van deze verpleegkundigen kan de zorg op een hoger niveau brengen. Wat dat betreft hopen we ook een stimulans te krijgen van de samenwerking met het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV). Het LEVV richt haar kwaliteitsbeleid ook meer en meer op de sector verpleging en verzorging en zij kunnen een belangrijke rol spelen bij de introductie en implementatie van richtlijnen voor verzorgenden en verplegenden.

Het moge duidelijk zijn dat er voor de ontwikkeling van modelpraktijken opdrachten liggen voor alle beroepsgroepen die actief zijn in de sector V&V. Het UVNN kan hierin fungeren als aanjager en motor, waarbij iedereen uitgenodigd wordt mee te gaan in de ontwikkeling. De modelpraktijk moet natuurlijk wel zijn meerwaarde bewijzen en bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Dat betekent dat op termijn de effecten wetenschappelijk geëvalueerd dienen te worden. Instellingen zouden zich pas expertisecentra mogen noemen wanneer een aantal van de hierboven geschetste elementen geïmplementeerd zijn. Bovendien dient er voortdurende feedback van zorg- en onderzoeksgegevens ter toetsing en ter ontwikkeling en innovatie van de zorg plaats te vinden. Wanneer ook

onderwijs en onderzoek plaatsvinden, zou een dergelijke instelling zich academisch expertisecentrum V&V kunnen gaan noemen. Dan is er een ware verbinding van praktijk en wetenschap gemaakt met een zichtbare verbetering van de kwaliteit van zorg voor de meeste kwetsbaren van onze samenleving.

Dankwoord

In de twintig jaar dat ik werkzaam ben in de verpleeghuisgeneeskunde zijn er velen op mijn pad gekomen die mij geholpen hebben op het punt te komen waar ik nu sta. Aan allen ben ik veel dank verschuldigd, waarbij ik een aantal mensen in het bijzonder wil noemen.

Allereerst dank ik Ine Cox, die mij in 1985 heeft aangesteld als erkend gewetensbezwaarde in verpleeghuis Margriet. Beste Ine, jij hebt het mogelijk gemaakt om me te gaan bekwamen in de verpleeghuisgeneeskunde. Door destijds te stimuleren om naast het klinisch werk ook nog een wetenschappelijk onderzoek te doen, is de basis gelegd voor mijn wetenschappelijke carrière. Ik ben blij dat we nog steeds samenwerken om ons vak te professionaliseren.

Frank Gribnau ben ik veel dank verschuldigd omdat hij vanaf 1985 betrokken is geweest bij mijn persoonlijke ontwikkeling en de ontwikkeling van de verpleeghuis-geneeskunde in het algemeen. Beste Frank, jij bent voor mij een echte ambassadeur van de ouderenzorg. Ik hoop dat onze paden elkaar nog vaak zullen kruisen.

De collega-verpleeghuisartsen Marie-Anne Bogaers en Piet van Kalmthout dank ik voor de stimulerende en inspirerende tijd die ik tot op de dag van vandaag ervaar in verpleeghuis Joachim en Anna. Beste Marie-Anne, jij bent voor mij altijd een rolvoorbeeld geweest. Als geen ander weet jij specialistische kennis met generalistische aspecten te integreren. Jij bent een echte professional. Beste Piet, jij hebt me destijds als mijn leidinggevende alle ruimte geboden me verder te ontwikkelen en speelde een belangrijke bijdrage bij het verkrijgen van subsidie voor ons promotie-onderzoek. De verbinding tussen ons verpleeghuis en de universiteit is mede door jou toedoen tot stand gekomen.

John Ekkerink dank ik voor de goede samenwerking die ontstaan is vanaf het moment dat we gezamenlijk onderzoek gingen doen. Beste John, ik hoop nog lang samen met jou te bouwen aan de psychosociale zorg voor onze bewoners en de wetenschappelijk onderbouwing daarvan.

Mijn promotor Chris van Weel dank ik voor zijn steun en wijze adviezen. Beste Chris, als geen ander heb jij geholpen onze afdeling Verpleeghuisgeneeskunde mee op te bouwen. Huisartsgeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde hebben veel gemeen met elkaar en dat maakt samenwerken heel gemakkelijk. Ik maak ook de komende jaren graag gebruik van je uitgebreide ervaring in het 'academisch spel'.

Ik dank mijn voorgangers Joop Michels en Paul Froeling voor de basis die zij gelegd hebben. Beste Joop, als eerste hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde heb jij een start gemaakt met de academisering van de verpleeghuisgeneeskunde. Ik voel me dan ook zeer vereerd en ontroerd dat ik hier vandaag mag staan in de toga die jij destijds hebt gedragen. Ik dank daarvoor ook mevrouw Michels. De foto van uw echtgenoot prijkt in onze Joop Michelszaal. Jammer dat Joop deze zitting niet meer mee kan maken. Beste Paul, jij hebt ervoor gezorgd dat wij in 1995 de Vervolgopleiding tot Verpleeghuisarts konden starten. Daardoor heeft de afdeling kunnen groeien tot de huidige omvang. Je bent in al die jaren jezelf gebleven, een kwaliteit die een hoogleraar volgens mij hard nodig heeft.

Jan Lavrijsen dank ik voor de uitstekende samenwerking die nu al meer dan tien jaar duurt. Beste Jan, ik prijs me gelukkig met jou als collega. Ik heb veel bewondering voor je niet te stuiten enthousiasme, creativiteit en professionaliteit. Onze uitstekende verstandhouding heeft gemaakt dat de afdeling geworden is tot wat hij nu is; een geïntegreerde afdeling waarbij er een toenemende bevruchting over en weer tussen de geledingen plaatsvindt. Dat alles moeten we koesteren.

Ik dank de bestuurders van de acht instellingen die in maart 2003 de samenwerking met onze afdeling zijn aangegaan onder de titel van het Universitair Verpleeghuisnetwerk Nijmegen. Ik hoop dat wij samen de hoge ambities die we hebben neergelegd in de samenwerkingsovereenkomst kunnen waarmaken.

In het bijzonder bedank ik Hans van den Bosch, Hetty Stieger en Francis Pothof. Beste Hans, ik dank je voor de bijdrage die jij hebt geleverd aan de profilering van onze afdeling in het algemeen en het wetenschappelijk onderzoek in het bijzonder. Zonder jouw inbreng en subsidie vanuit de Stichting de Zorgboog te Bakel waren we niet zover geweest en was ik niet al promotor geweest van een eerste promovendus. Hetty Stieger en het bestuur van de stichting St. Joannes de Deo dank ik eveneens voor de subsidie voor het onderzoek naar probleemgedrag. Beste Francis, jij bent de derde directeur in rij van onze stichting sinds ik in 1987 in de Waalboog toen nog Huize St. Joachim en Anna, kwam werken. Ik bedank jou en daarmee je voorgangers voor de mogelijkheden die jullie mij gegeven hebben. Ik voel me dan ook zeer vereerd dat ik vanavond binnen ons verpleeghuis het glas met jullie allen mag heffen.

Jos Schols bedank ik voor zijn bijdrage aan de opbouw van onze afdeling. Beste Jos, het goede contact tussen ons garandeert een toekomstige samenwerking tussen Maastricht en Nijmegen.

De leden van het College van Bestuur van de Radboud Universiteit Nijmegen en de Raad van Bestuur van het UMC St Radboud bedank ik voor mijn benoeming. Beste Raad van Bestuur, ik dank u voor het vertrouwen dat jullie met deze benoeming in mij stellen. Ik denk dat ons UMC hiermee 'kiest voor morgen' en daarmee investeert in de maatschappelijke werkelijkheid die op ons afkomt namelijk die van de toenemende vergrijzing. Ik hoop mijn steentje bij te dragen aan het nog beter toerusten van de toekomstige artsen voor deze patiëntengroep.

Ik dank alle collega's waarmee ik samenwerk en in het bijzonder Frans Verhey, Marcel Olde Rikkert, Myrra Vernooy-Dassen, Rob de Bie, Theo van Achterberg, Sanneke Bolhuis en Jos de Jonghe. Door met jullie samen te werken, krijgt het verpleeghuisgeneeskundig onderzoek een belangrijke impuls.

Mijn collega-artsen van stichting de Waalboog dank ik voor de uitstekende samenwerking in al die jaren. Wij mogen trots zijn op ons artsenteam. Voor mij zal het echte dokterswerk altijd een belangrijke voedingsbron blijven. Ik wil jullie dan ook vragen er op toe te zien dat ik daar niet te ver van afdrijf.

Ik dank alle medewerkers van de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde voor hun inzet voor de verdere professionalisering van de verpleeghuisgeneeskunde. Ik ben trots op jullie allen.

Beste ma, het ware mooier geweest als pa dit allemaal nog had kunnen meemaken. Ik weet zeker dat hij net zoals jij, heel trots zou zijn. Ik dank jullie beiden voor de mogelijkheden die jullie mij gegeven hebben om het zover te brengen.

Lieve Lotte, Michel en Tom, door jullie aanwezigheid wordt het elke dag weer duidelijk wat echt belangrijk is in het leven. Het is goed dat jullie me er af en toe op wijzen dat ik meer weg ben dan jullie wensen. Dat sterkt mij in de overtuiging dat uiteindelijk mijn eerste prioriteit bij jullie, bij thuis, ligt.

Lieve Annet, ik dank je voor het vertrouwen dat je in mij stelt en de voortdurende steun die je me geeft op het pad waarop ik me bevind. Zonder jou zou ik dit alles niet kunnen.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- 1 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet*. Den Haag 2004.
- 2 The Anne-Mei. *In de wachtkamer van de dood*. Thoeis, Amsterdam 2004.
- 3 The Anne-Mei. *De schuur van de losers*. Medisch Contact 2005; 60: 618-620.
- 4 Pasman R. *Forgoing artificial nutrition and hydration in nursing home patients with dementia*. Proefschrift, Vrije Universiteit van Amsterdam 2004.
- 5 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Ondergrens van de zorg in verpleeghuizen beter bewaakt*. Den Haag 2005.
- 6 Waarde, waardering, waardigheid: *hospitality care en de toekomst van de Nederlandse verpleeghuiszorg*. Eindrapportage Golden Tulip Hotels, Inns & Resorts, juni 2005.
- 7 Arcare, AVVV, LOC, NVVA, Sting, in afstemming met IGZ, VWS en ZN. *Op weg naar normen voor verantwoorde zorg*. Juni 2005.
- 8 Boekholdt MG. *Zorgen om de zorg in verpleeghuizen: het verpleeghuis voorbij*. Tijdschr Gerontol Geriatr 2005; 36: 44-46.
- 9 NVVA. *Beroepsprofiel verpleeghuisarts*. Utrecht 2000.
- 10 NVVA, NVSG. *Nota takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater*. Utrecht 2003.
- 11 Rijdt-van de Ven. *Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis*. Landelijke Huisartsen Vereniging, Utrecht 2004.
- 12 Nijens JM, Schoof P, Smid J. *De functie medische behandeling in de ouderenzorg: evaluatie van strategische opties voor verpleeghuizen*. Studie in het kader van de TIAS-leergang 'Strategie en management van organisaties in de gezondheidszorg'. Tilburg, april 2004.
- 13 NVVA. *Taakherschikking in de verpleeghuisgeneeskunde*. Utrecht 2005.
- 14 Raad voor Gezondheidszorgonderzoek. *Werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis*. Advies 21. Den Haag, augustus 2000.
- 15 Koopmans RTCM, Ribbe MW, Cools HJM. *Universitair verpleeghuisnetwerk (UVN): een infrastructuur voor patiëntenzorg, onderwijs en opleiding en onderzoek*. Januari 2005.
- 16 Steen JT van der. *Curative or palliative treatment of pneumonia in psychogeriatric nursing home patients*. Proefschrift, Vrije Universiteit van Amsterdam 2002.
- 17 Steen JT van der, Kruse RL, Ooms ME, Ribbe MW, Wal G van der, Heintz LL, Mehr DR. *Treatment of nursing home residents with dementia and lower respiratory tract infection in the United States and the Netherlands: an ocean apart*. J Am Geriatr Soc 2004; 52: 691-699.
- 18 Ribbe MW, Mens JT van, Frijters DH. *Kenmerken van patiënten tijdens verblijf in het verpleeghuis en bij ontslag*. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 123-127.
- 19 Nijmeijer NM, Aan de Stegge BM, Zuidema SU, Sips HJWA, Brouwers PJAM. *Effectiviteit van afspraken binnen de Enschedese Stroke-service om patiënten met een beroerte adequaat te verwijzen van de stroke-unit in het ziekenhuis naar een verpleeghuis voor kortdurende reactivering*. Ned Tijdschr Geneesk 2005; 149: 2344-2349.
- 20 Lavrijsen JCM. *Patients in a vegetative state: diagnosis, prevalence and long-term care in Dutch nursing homes*. Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen 2005.
- 21 Lavrijsen J, Bosch H van den, Koopmans R, Weel C van, Froeling P. *Events and decision-making in the long-term care of Dutch nursing home patients in a vegetative state*. Brain Injury 2005; 19: 67-75.
- 22 Ypma-Bakker MEM, Glas ER, Hagens JHAM et al. *Richtlijn probleemgedrag*. NVVA, Utrecht januari 2002.
- 23 Aalten P. *Behavioral problems in dementia: course and risk factors*. Proefschrift, Universiteit van Maastricht 2004.
- 24 Vugt M de. *Behavioural problems in dementia: caregiver issues*. Proefschrift, Universiteit van Maastricht 2004.
- 25 Stuurgroep jong-dementerenden. *Landelijk zorgprogramma jong-dementerenden*. Utrecht, november 2004.
- 26 Finnema E, Dröes RM, Ettema T, Ooms M, Ader H, Ribbe MW, Tilburg W van. *The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial*. Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20: 330-343.
- 27 Lange J de. *Omgaan met dementie; het effect van belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen, een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment*. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam 2004.
- 28 Weert JC van, Dulmen AM van, Spreuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM. *Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care*. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 24-33.
- 29 CBO. *Diagnostiek en behandeling van dementie*. Utrecht 2005.
- 30 Koopmans RTCM, Rossum JM van, Hoogen HJM van den, Hekster YA, Willekens-Bogaers MAJH, Weel C van. *Psychotropic drug use in a group of Dutch nursing home patients with dementia: many users, long-term use, but low doses*. Pharm World Sci 1996; 18: 42-47.
- 31 Dijk KN van, Vries CS de, Berg PB van den, Brouwers JRBJ, Jong-van den Berg LTW de. *Drug utilisation in Dutch nursing homes*. Eur J Clin Pharmacol 2000; 55: 765-771.
- 32 Cohen-Mansfield J et al. *Withdrawal of haloperidol, thioridazine and lorazepam in the nursing home*. Arch Intern Med 1999; 159: 1733-1740.
- 33 Reekum R van et al. *A randomized, placebo-controlled trial of the discontinuation of long term anti-psychotics in dementia*. International Psychogeriatrics 2002; 14: 197-210.
- 34 Ballard C. et al. *A 3-Month, randomized, placebo-controlled, neuroleptic discontinuation study in 100 people with dementia: the neuropsychiatric inventory*

LITERATUUR

- median cut-off is a predictor of clinical outcome.* Clin Psychiatry 2004; 65: 114-119.
- 35 Ruths S et al. *Effect of antipsychotic withdrawal on behavior and sleep/wake activity in nursing home residents with dementia: a randomized, placebo-controlled, double blinded study.* The Bergen District Nursing Home Study. J Am Geriatr Soc 2004; 52: 1737-1743.
- 36 Gezondheidsraad. *Vergrijzen met ambitie.* Den Haag, februari 2005.
- 37 Olde Rikkert MGM. *Ontwikkeling en onderzoek in de geriatrie: quelques modes de transverser le mur de fragilité.* Inaugurale rede, Katholieke Universiteit Nijmegen 2004.
- 38 Koopmans RTCM, Ekkerink JLP, Hoogen HJM van den, Froeling PGAM, Weel C van. *Indicatoren voor progressie van de dementering bij verpleeghuispatiënten.* Ned Tijdschr Geneesk 1994; 138: 1164-1168.
- 39 Koopmans RTCM, Ekkerink JLP, Weel C van. *Survival to late dementia in Dutch nursing home patients.* J Am Geriatr Soc 2003; 51:184-187.
- 40 Jong E de., Ekkerink JLP, Touma I, Koopmans RTCM. *De laatste fase van demencie: kenmerken en behandelaspecten.* Tijdschr Gerontol Geriatr 2005; 36: 31-35.
- 41 Koopmans RTCM. *Beleidsplan 2004-2009 afdeling Verpleeghuisgeneeskunde.* UMC St Radboud Nijmegen 2004.
- 42 Stuurgroep BaMa-structuur geneeskunde: competente student, competente arts. *Plan voor de BaMa-structuur in de Nijmeegse studie geneeskunde.* Nijmegen, maart 2005.
- 43 Hertogh CPM. *Functionele geriatrie: probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen.* Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen 1999, 2e druk.
- 44 *De Nijmeegse methode voor moreel beraad.* Afdeling Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, UMC St Radboud Nijmegen.
- 45 Pauw B de. *Behoeftte aan kwali-tijd.* Radbode, 15 juli 2005.
- 46 NVVA. *De competenties van de verpleeghuisarts/sociaal geriater: kwalificatie-vereisten voor het verbrede specialisme verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie.* Utrecht, oktober 2004.
- 47 Arcares. Management team, mei 2005.
- 48 Nieuwboer M, Derksen E. *Notitie meetinstrumenten.* Afdeling Verpleeghuisgeneeskunde, UMC St Radboud Nijmegen, juli 2005.
- 49 Alberink M. *Inventarisatie zorgdossiers UVVN-instellingen.* Afdeling Verpleeghuisgeneeskunde, UMC St Radboud Nijmegen, januari 2005.
- 50 Coenen C. *Inventarisatie automatisering cliëntgegevens.* Afdeling Verpleeghuisgeneeskunde, UMC St Radboud Nijmegen, februari 2005.
- 51 Schumacher J, Pool A. *Een nieuwe verpleegkundige in het verpleeghuis: eindverslag van het onderzoek naar competenties en taakherschikking in het verpleeghuis.* NIZW Zorg, Utrecht, juni 2004.



Universitair
Verpleeghuis
Netwerk
Nijmegen