

## KOZ AMC Nieuwsbrief nr. 11, november 2012

### Inhoudsopgave

▪ Site visit 4 oktober	blz. 1
▪ Kennismarkt KOZ/Ouderenet VUmc	blz. 2
▪ Professor Sophia de Rooij	blz. 3
▪ Voortgang TZB	blz. 2
▪ Voortgang Symbol	blz. 3
▪ Voortgang Profit	blz. 2
▪ Evidence based medicine	blz. 3
▪ FIT implementatie Alkmaar	blz. 3
▪ Renny van Delden, ouderenmonitor	blz. 4
▪ Verlenging NPO tot 2014	blz. 4
▪ Project EigenKrachtWijzer afgerond	blz. 5
▪ www.ouderenacademie.nl	blz. 6
▪ Onderwijs	blz. 6
▪ Nieuws van de partners	blz. 7
▪ KOZ in het nieuws	blz. 7
▪ Verschenen artikelen	blz. 8
▪ KOZ agenda	blz. 8

### Site visit 4 oktober

Afgelopen 4 oktober vond de jaarlijkse site visit van de programmacommissie van het NPO plaats, de voorzitter en vice voorzitter waren onder meer aanwezig. We hebben een boeiende en interactieve bijeenkomst gehad waarbij de filmpjes van FIT en de Transmurale Zorg Brug hoge ogen gooiden. Ook liggen we met vrijwel alle projecten keurig op schema. Verderop lichten we dat verder in deze nieuwsbrief toe.

Heel fijn dat er weer zoveel actieve partners van het ouderen netwerk bij aanwezig konden zijn. Het netwerk blijft in ieder geval door ZonMw ondersteund worden tot december 2013. Daarover willen we ook graag begin 2013 een bijeenkomst voor partners organiseren om met elkaar over de toekomst van de Kring Ouderenzorg AMC & partners na te denken en op welke manier partners betrokken kunnen en willen blijven.



### Kennismarkt KOZ/Ouderenet VUmc 16 nov

Na de succesvolle kennismarkt op 5 juni jl. organiseren de ouderen netwerken van het AMC en VUmc opnieuw een gezamenlijke kennismarkt!

We nodigen u van harte uit hierbij aanwezig te zijn. We stellen het erg op prijs als u ook uw kennis en ervaringen wilt delen met de andere deelnemers.

**Datum: vrijdag 16 november 2012**

**Tijd: 12.30 – 18.00 (uiterlijk)**

**Locatie: Miranda Paviljoen, Amsteldijk 223, 1079 LK Amsterdam**

De middag staat in het teken van ontmoeting en uitwisseling van kennis en informatie. Net als op 5 juni jl. krijgen alle partners de kans om in een marktkraampje hun "zorgwaar" te tonen en actief ideeën uit te wisselen. Tevens zijn er weer een aantal presentaties uit NPO projecten rond een aantal thema's zoals regie en zorgcoördinatie.

U komt toch ook naar de kennismarkt? Schrijf u in met het inschrijfformulier op onze website. U kunt uw voorkeur voor een parallelsessie eveneens aangeven. Wilt u ook een (gratis) marktkraam op de kennismarkt? Geef dit dan op hetzelfde formulier aan. Voor vragen kunt u contact opnemen met Gwendolyn Meijboom, [g.meijboom@vumc.nl](mailto:g.meijboom@vumc.nl), 020-4446144 (di/do). Gwendolyn zal op volgorde van binnenkomst de kramen toewijzen. Ook hier geldt: Op is op!

Het programma kunt u ook vinden op onze website (homepage/balk links/agenda).

*Accreditatie is aangevraagd voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde*

Wij verheugen ons op uw komst!

## Professor Sophia de Rooij

Eind september is Sophia de Rooij benoemd tot hoogleraar Inwendige geneeskunde met als leeropdracht Geriatrie-Ouderengeneeskunde. In 2013 zal zij haar oratie houden. Wij houden u op de hoogte van verdere ontwikkelingen.



## Voortgang TZB

De Transmurale Zorgbrug verloopt volgens het geplande schema. Er zijn nog ongeveer 100 ouderen nodig om het beoogde aantal participanten te behalen. De ouderennetwerken van Utrecht en Nijmegen hebben aangegeven dat zij de Transmurale Zorgbrug willen gaan overnemen, dat is erg positief nieuws. Ook in Almere en in het Flevoziekenhuis wordt nagedacht hoe de TZB interventie behouden kan blijven nadat het project is afgelopen. Er is dus ook veel aandacht voor verdere implementatie van de zorgbrug en de centrale rol van de transitiecoach/wijkverpleegkundige hierin.

## Voortgang Symbol

De Symbolstudie is thans druk bezig met het verzamelen van nieuwe deelnemers en mantelzorgerinformatie in een aantal huisartspraktijken in Amsterdam en Den Haag.

In Den Haag werken we hiervoor samen met de Parnassia Bavo groep. Parnassia was namelijk zeer geïnteresseerd in de Cross Culturele Dementiescreening (CCD) en had daarvoor zelf een onderzoek opgezet. Door samen te werken bundelen we nu de krachten: de CCD wordt sneller gevalideerd en genormeerd en er wordt meteen gekeken hoe de implementatie van de CCD verloopt. Ook wordt de informatie in de zorg die Parnassia biedt, direct toegepast.

Inmiddels zijn we ook verder uitgebreid naar Utrecht en Rotterdam. We hebben een aantal enthousiaste huisartspraktijken en gezondheidscentra gevonden die mee willen werken. Bijzonder is, dat we in Rotterdam

van stichting Laurens WoonZorgCentrum Delfshaven een kamer te leen gekregen als thuisbasis voor SYMBOL! Zomaar, omdat ze het project zo'n warm hart toe dragen.

Naast uitbreiding naar andere steden, zal er dit najaar ook een inhaalslag gemaakt worden met het terugkoppelen van de testresultaten aan de tot nu toe deelnemende huisartsen. We hopen tegen het einde van het jaar alle huisartsen in Amsterdam in elk geval de terugkoppeling gegeven te hebben. Een nieuwsbrief is in voorbereiding.

Tot nu toe hebben we in Amsterdam 1435 55-plussers mogen onderzoeken (incl. 30 ouderen met een diagnose dementie) en in Den Haag zijn er in de afgelopen maanden 214 deelnemers getest!

De eerste analyses van het SYMBOL project worden momenteel gedaan. Deze zullen we onder meer verwerken in een wetenschappelijk artikel over ontwikkeling, validatie en normering van de CCD. Verder is er een wetenschappelijk artikel geaccepteerd voor publicatie in een belangrijk wetenschappelijk tijdschrift. We hebben hierin beschreven hoe diverse vragenlijsten en meetinstrumenten het beste in oudere migranten gebruikt kunnen worden. Daarvoor is veel literatuur gelezen en samengevat. Ook treden we weer op op een aantal bijeenkomsten en wetenschappelijke meetings.

## Voortgang PROFIT

Prevention of falls using information technology (PROFIT), door Marjan Askari.

PROFIT's belangrijkste doelstelling is om te begrijpen hoe ICT belangrijke *disease management* concepten kan ondersteunen door in een echte omgeving innovatieve ICT methoden te ontwikkelen en te testen.

Het belangrijkste subproject binnen PROFIT is om bij huisartsen een zogenaamd *decision support system (DSS)* in hun huidige HIS-systeem in te bouwen. Een DSS is een software programma dat bijvoorbeeld automatisch *alerts* en *reminders* aan de betrokken gebruiker geeft, in dit geval over diagnostische en therapeutische opties volgens de geldende standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de internationale richtlijnen.

De functie van het systeem dat wij nu onderzoeken is om de huisartsen te helpen ouderen systematisch te onderzoeken op risicodeterminanten voor vallen en hen volgens de geldende kwaliteitscriteria hiervoor te behandelen. De beoogde kwaliteitscriteria die we hiervoor willen gaan gebruiken zijn gebaseerd op de ACOVE criteria. ACOVE is een verzameling van 392 kwaliteitsindicatoren die ontwikkeld is in de VS. Deze indicatoren schrijven de minimale zorg voor.

De indicatoren zijn aanvankelijk ontworpen om de kwaliteit van de te bieden zorg te beoordelen nadat deze zorg reeds geboden zou moeten zijn. Het innovatieve karakter van onze aanpak is het proactieve gebruik van deze indicatoren, met als doel het gedrag van de huisarts op een tijdige manier te beïnvloeden.

Momenteel bevindt het *decision support* systeem zich in de laatste fases van integratie binnen het huisartsinformatiesysteem. De resultaten van de trial worden volgend jaar verwacht. De belangrijkste uitkomst is of en in hoeverre dit systeem de adherentie van huisartsen aan de kwaliteitsindicatoren verhoogt.

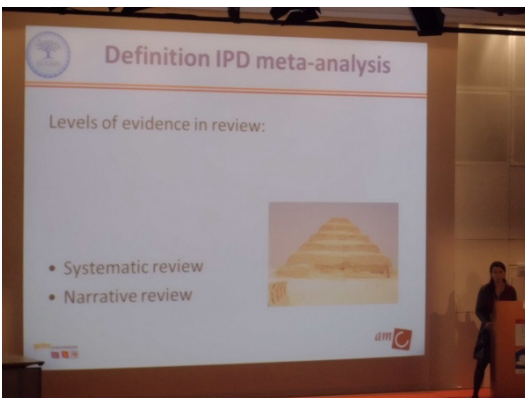
## Evidence-based medicine in de geriatrie

Het belangrijkste doel binnen dit project is het onderzoeken van manieren om meer onderzoek met en voor ouderen te doen. Momenteel zijn veel van de behandelingen die ouderen krijgen niet gestoeld op wetenschappelijk bewijs, omdat ouderen vaak van studies worden uitgesloten.

Eind september hebben wij op het congres van de EUGMS, de Europese organisatie voor geriatrie, een symposium gehouden samen met collega's uit Zweden en Schotland. Het onderwerp van dit symposium was 'Evidence-based medicine in geriatrics'. Professor David Stott zette in zijn presentatie uiteen waarom ouderen anders zijn dan jongeren. Esther van de Glind heeft iets verteld over het zoekfilter dat ontwikkeld is om gemakkelijk wetenschappelijke literatuur te vinden in PubMed (foto).



Barbara van Munster hield een presentatie over het analyseren van individuele patiënten data (IPD) (foto).



Op deze manier is het mogelijk om uit verschillende studies alleen de gegevens van ouderen te analyseren en zo meer evidence (wetenschappelijk bewijs) dat van toepassing is op ouderen te verkrijgen. Het was

verrassend dat in veel IPD's de conclusies voor ouderen anders waren dan voor de jongeren. Ten slotte hield professor Gunnar Akner een betoog over het organiseren van de zorg voor ouderen met multimorbiditeit. Het symposium werd goed bezocht en leverde een levendige discussie op.

Het artikel over het zoekfilter is inmiddels geaccepteerd ([J Am Med Inform Assoc.](#) 2012 May-Jun;19(3):468-72); het artikel over IPD's is in een gevorderd stadium.

Daarnaast loopt de ASLEEP- trial nog steeds. In deze studie willen we onderzoeken of paracetamol werkzaam is als slaapmiddel voor 65-plussers. De studie loopt nog tot eind van dit jaar. Geïnteresseerden kunnen zich nog steeds aanmelden via:

[http://www.defencestudy.nl/Projecten/ASLEEP/ASLEEP\\_advertentie.aspx](http://www.defencestudy.nl/Projecten/ASLEEP/ASLEEP_advertentie.aspx) .

Tenslotte zijn we, in samenwerking met onderzoekers uit Amerika en van de Klinische Informatiekunde van het AMC, bezig met een artikel over de zogenaamde *time to benefit* van medicatie. Veel ouderen gebruiken medicatie ter voorkoming van complicaties, bijvoorbeeld bloedverdunders bij hartklachten en bisfosfonaten bij osteoporose. Het zou interessant zijn om te weten hoe lang het duurt voordat een middel zijn effect bereikt, zodat voor kwetsbare ouderen beter de afweging kan worden gemaakt tussen het nemen van medicatie met de mogelijke bijwerkingen en het te verwachten effect. De methode om deze *time to benefit* te berekenen is relatief nieuw maar toch eenvoudig te begrijpen. We hebben de beschikking gekregen over een grote database uit Amerika waarmee we een voorbeeld van de berekening kunnen laten zien. We hopen dit artikel eind dit jaar af te ronden.

## FIT implementatie Alkmaar

In september 2010 is de FIT studie in de regio Alkmaar en IJmuiden van start gegaan met het doel om functieverlies bij thuiswonende ouderen te voorkomen. De voortgang van de studie verloopt goed. 20 huisartspraktijken in de regio Alkmaar en 5 in de regio IJmuiden doen mee aan het onderzoek. Totaal doen er 6649 ouderen mee aan het onderzoek. Het onderzoek is verlengd van één naar twee jaar omdat we verwachten dat de resultaten van de studie dan duidelijker naar voren komen. De huisartsen en praktijkondersteuners zijn erg enthousiast over de studie. Na 2 jaar FIT-studie zal de FIT-zorgmethodiek worden geïmplementeerd in 130 huisartsen praktijken in de regio Alkmaar. In mei 2013 zullen de eerste praktijken met de implementatie beginnen. Bij deze implementatie zal het digitale ketenzorgdossier worden ingezet en er is een protocol ontwikkeld voor jaarlijkse controle en instroom van nieuwe ouderen.

## Renny van Delden, ouderenmonitor

Ziek zijn, beter worden en dan...?

'Ziek worden' is één ding en het overkomt velen, '(chronisch) ziek zijn' is een ander ding, zeker als je tot de bevoorrechten behoort – binnen je beperkingen - zodanig te kunnen blijven functioneren, dat je je volle handen met anderen kunt delen.



Zó maakte ik dus in de afgelopen jaren mijn veelvuldige entree in het AMC en komend vanuit de uitgeverij – een zeer creatieve omgeving – gaat je interesse uit naar de wachtruimtes, waar op een goed moment het “AMC Patiëntenmagazine” op de tafels lag. Het blad zag er - met de nieuwe layout en druktechnieken - steeds mooier uit en al bladerend viel mijn oog niet alleen op de artikelen over de verbouwing van het AMC of de mij betreffende kwalen en het voortschrijdende inzicht daarin of de hoogst interessante niet te stoppen innovatie, maar meer op het feit of het ziekenhuis ook iets doet voor mij, de patiënt?

Zodoende las ik op een goed moment over het KOZ/AMC Ouderenmonitor (Geriatric), ik werd toch ook een dagje ouder. En omdat het bestuurlijke handwerk mij van huis uit is meegegeven – je leeft niet voor jezelf, maar óók voor de ander – was mijn interesse daar. Mijn ervaringsdeskundigheid kon ik mooi verzilveren, hoewel, mijn kennis van het beleidsterrein “zorg” wel wat aanvulling behoefde. Eerst maar eens solliciteren of de dames/heren mij wel goed genoeg vonden... Ik kreeg entree en daar heb ik tot op de dag van vandaag geen spijt van, ik leer nog elke dag van een zeer in beweging zijnde (zorg)wereld en ik krijg vaak de gelegenheid vanuit de patiënt met ervaringsdeskundigheid een afgewogen oordeel te geven of suggesties (info naar de patiënt) aan de voorstellen toe te voegen.

Het bezorgde mij ook de eerste prijs in m'n leven, als gast op een Klantencontactavond van Agis in Artis benaderde ik het totale zorgbudget van de Nederlandse ziekenhuizen het dichtst. Ook mijn suggesties inzake eventuele bezuinigingen op de terreinen van het ziekenhuis, de huisarts, de apotheek en de

fysiotherapie) vielen in zeer goede aarde. Ik ben ook heel trots op onze te monitoren “produkten”, FIT en Passen&Metten (TMZ), waarvan ik niet nalaat ze te promoten. Het is ècht heel inspirerend en uiterst zinvol werk met uitstekende AMC contacten.

Renny van Delden  
Ouderenmonitor KOZ/AMC

## Verlenging NPO tot 2014

**Het NPO wordt verlengd tot en met 31 december 2013. Dat staat in een brief die het ministerie van VWS onlangs naar ZonMw heeft gestuurd. Graag praten we u bij over wat we al hebben bereikt en welke uitdagingen ons nog staan te wachten.**

"In de afgelopen vier jaar heeft het NPO in 75 projecten hard gewerkt aan betere zorg en kwaliteit van leven voor kwetsbare ouderen", zo valt er in de brief te lezen. Deze projecten zullen vanaf begin 2013 hun vruchten afwerpen. Door de verlenging kunnen de resultaten van het programma worden geogst en verbeteringen in de ouderenzorg worden ingevoerd.

### Projecten

Binnen het programma zijn er 75 projecten, waarvan 17 transitie-experimenten, 32 onderzoeksprojecten, 11 implementatieprojecten en 15 onderwijsprojecten. In 2013 zal het merendeel van de projecten aflopen. De concrete resultaten die de projecten nu al opleveren zijn bijvoorbeeld een zorgprogramma voor ondermeer verpleegkundigen en huisartsen om meer gestructureerd te werken, een cursus voor ouderen om meer grip op het leven te krijgen en een bijscholingsmodule op het gebied van familievriendelijk werken voor verzorgenden. Een overzicht van deze eerste resultaten kunt u binnenkort vinden op de website [www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl](http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl). De projecten van de KOZ vindt u ook via [www.effectieveouderenzorg.nl](http://www.effectieveouderenzorg.nl).

### NPO in 2013

Met het oog op het aflopen van het programma vanaf 2014 is het belangrijk de opbrengsten uit het NPO veilig te stellen. Daarbij vormt het borgen van de resultaten van de projecten, die beschikbaar komen in 2013, de belangrijkste uitdaging voor het komende jaar. In 2013 worden de uitkomsten van de projecten gebundeld en afgestemd met relevante landelijke organisaties in zorg en welzijn. Deze bundeling en afstemming zal op landelijk niveau en thematisch plaats vinden.

De regionale netwerken blijven voortbestaan en richten zich steeds meer op verspreiding en implementatie van de kennis en ervaringen die in de NPO-netwerken is opgedaan.

In 2013 zal gewerkt worden aan het beantwoorden van de vraag wie de erfenis van het NPO overneemt; wie krijgt de centrale regie? Het is belangrijk dat de integrale verantwoordelijkheid voor het gedachtegoed van NPO wordt voortgezet zodanig dat gestuurd kan worden op de beste zorg en welzijn voor kwetsbare ouderen.

Gemeenten en zorgverzekeraars zullen nauw betrokken worden bij vervolgvacatures gericht op het eigenaarschap van de NPO erfenis.

### Onderwijs

Uit onderzoek in het medisch en verpleegkundig onderwijs (MBO, HBO, WO) blijkt dat de huidige studenten zich onvoldoende realiseren dat de zorg die zij in de toekomst gaan verlenen hoofdzakelijk gericht zal zijn op oudere patiënten. De kennis die ze over ouderen aangereikt krijgen kan beter. Daarbij is er nog een wereld te winnen in de beeldvorming over het werken met ouderen. In 2013 zal het NPO activiteiten ontplooiën ter verbetering van die beeldvorming.

### Ouderenparticipatie

De oudere met complexe problematiek staat centraal binnen het programma. De wensen en mogelijkheden van ouderen zelf zijn het uitgangspunt bij alle projecten. Ouderenorganisaties zijn één van de samenwerkingspartners in de regionale netwerken ouderenzorg. Zo'n 175 ouderen participeren in regionale netwerken ouderenzorg en hebben een stem in de gehele innovatiecyclus, van prioritering van onderzoeksvragen, indiening van voorstellen in subsidierondes, monitoring van experimenten en onderzoek, implementatie van resultaten etc. Deze werkwijze is niet vanzelfsprekend en vraagt blijvende aandacht en begeleiding en borging voor de toekomst. Het project "Krachtig Cliëntperspectief" van CSO ondersteunt deze participatie in de netwerken en landelijk. De CSO organiseert hiervoor uitwisseling tussen netwerken en gerichte training en advies. En zet zich in om ook het contact met de brede achterban van ouderen te versterken.

## Project EigenKrachtWijzer afgerond

### Onderzoek bevindingen gebruik EKW onder ouderen: positieve resultaten

In het voorjaar van 2011 is het onderzoek "Van Zorg naar Welzijn vanuit de Eigen Kracht van de kwetsbare ouderen en hun omgeving" in opdracht van de gemeente Almere door het Academisch Medisch Centrum Amsterdam gestart.

Er is onderzocht of door het gebruik van de EigenKrachtWijzer ouderen meer te weten komen over hun eigen mogelijkheden en behoeften en of zij zelf actie kunnen ondernemen om hulp te regelen als zij dat nodig hebben.

### Werkwijze

De deelnemers aan het onderzoek waren cliënten van 65 jaar en ouder van vijf organisaties in Almere:

- ServicePunt Z (voorzieningenverstrekking gemeente Almere)
- de Zorggroep Almere

- de Vrijwilligers en Mantelzorg Centrale Almere
- het Leger des Heils
- Welzijnsorganisatie De Schoor

Er zijn 710 ouderen benaderd van wie 218 wilden deelnemen aan het onderzoek. De deelnemers werden verdeeld in twee groepen. Beide groepen hebben drie vragenlijsten ingevuld in een periode van zes maanden. Eén groep vulde tevens de EigenKrachtWijzer in. De andere groep vulde de EigenKrachtWijzer niet in. In het onderzoek werden deze groepen met elkaar vergeleken. Tijdens het onderzoek hebben 47 ouderen zich om diverse redenen teruggetrokken.

### Resultaten en conclusies

De meeste deelnemers zijn positief over de EigenKrachtWijzer. Het gemiddelde rapportcijfer is een 7. Andere bevindingen over het gebruik van de EigenKrachtWijzer zijn:

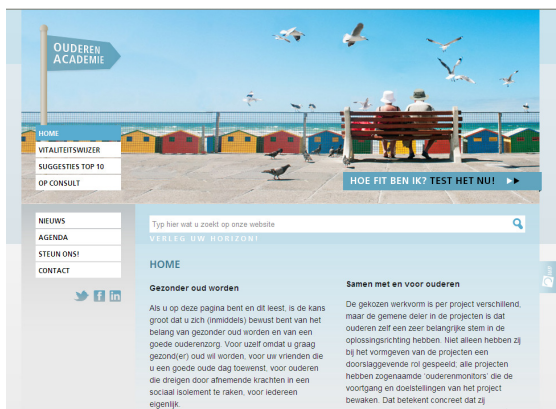
- De onderwerpen die in de EigenKrachtWijzer worden aangeboden sluiten aan bij de problematiek van ouderen.
- De vragen in de EigenKrachtWijzer vonden de deelnemers over het algemeen duidelijk.
- De meeste deelnemers vonden de EigenKrachtWijzer gebruiksvriendelijk, slechts 18% vond dat niet.
- Vier op de vijf deelnemers vond het doorlopen van de EigenKrachtWijzer zinvol of nuttig.
- Veel deelnemers konden zich de geboden oplossingen niet meer herinneren of waren minder tevreden over de geboden oplossingen. Aan een uitbreiding en verbetering van de adviezen wordt inmiddels gewerkt door de gemeente Almere.
- Ruim 30 % van de deelnemers zou de EigenKrachtWijzer aanbevelen aan een ander.
- Vijfentwintig ouderen die ondersteuning hebben gehad bij het invullen van de EigenKrachtWijzer lijken positiever dan degenen die dat zelfstandig hebben gedaan.

De onderzoekers hebben niet kunnen vaststellen of het gebruik van de EigenKrachtWijzer de kwaliteit van leven van de deelnemers heeft verbeterd. Dit geldt ook voor de verbeteringen in het doen van dagelijkse activiteiten en voor de afname van gevoelens van eenzaamheid. Na 6 maanden blijkt dat het gebruik van voorzieningen niet is afgenomen. Bij de deelnemers die de EigenKrachtWijzer hebben ingevuld is wel het aantal problemen afgenomen.

Samenvattend kan gesteld worden dat de EigenKrachtWijzer helpt bij de bewustwording van problemen en behoeften van ouderen en een goed middel is om specifieke behoeften en problemen van ouderen vast te stellen. Het bieden van ondersteuning door welzijn- of vrijwilligers organisaties bij het invullen van de EigenKrachtWijzer vergroot de mogelijkheid voor ouderen de EigenKrachtWijzer te gebruiken en gezamenlijk tot oplossingen te komen.

Meer weten? Neemt u dan gerust contact op met Eef Botjes, 06-13049254.

Met de Ouderenacademie willen we ouderen voorzien van betrouwbare informatie maar het is ook een manier om via het ouderennetwerk samen met de ouderenacademie cursussen en lezingen te organiseren. Lees binnenkort meer op de website [www.ouderenacademie.nl](http://www.ouderenacademie.nl). Ook kunt u hier de Vitaliteitswijzer invullen en testen hoe vitaal u bent. Of wat u zelf kan doen om het zo lang mogelijk te blijven.



## Onderwijs

### Minor Zorgtechnologie

Afgelopen september is op de Hogeschool van Amsterdam de Minor Zorgtechnologie van start gegaan. De gezondheidszorg is fors in beweging: een toenemende vergrijzing, tekort aan verzorgend personeel, oplopende zorgkosten en het feit dat ouderen steeds vaker thuis blijven wonen, vragen om een andere benadering van gezondheidszorg vraagstukken. Bij het inspelen op deze vraagstukken krijgt technologie een steeds grotere rol. Zorgtechnologieën bieden veel mogelijkheden om het professionele zorgproces te ondersteunen en zelfmanagement van patiënten mogelijk te maken. Zorgprofessionals, maar ook technici en informatici zullen in de toekomst in toenemende mate worden geconfronteerd met het onderwerp zorgtechnologie. Tot nu toe werden studenten hiervoor niet specifiek gestimuleerd. Opleidingen binnen het gezondheidszorgveld moeten op zoek gaan naar mogelijkheden om zorgtechnologie te integreren in het onderwijsprogramma. Het is van belang dat studenten een 'state of mind', een manier van denken, ontwikkelen over het onderwerp zorgtechnologie. De Minor Zorgtechnologie kan hierin een belangrijke bijdrage leveren. Studenten volgen een half jaar lang full-time vakken op het gebied van zorgtechnologie, wetenschap, communicatie en ethiek. Werkbezoeken op locaties waar zorgtechnologie al wordt toegepast vormen een goede aanvulling op de vakken die op de opleiding worden gegeven. Studenten sluiten de Minor Zorgtechnologie af met project waarin aan de studenten

wordt gevraagd een technologische oplossing te bedenken voor een bepaald probleem binnen een zorginstelling. Het is de bedoeling dat de geboden oplossing ook daadwerkelijk in de zorgstelling wordt geïmplementeerd.

### Geriatricie onderwijs in de Master

Een voorproefje op de oude dag; eerste ervaringen met het geriatricie onderwijs in de Master geneeskunde. Hoe zorg je ervoor dat toekomstige artsen zich beter kunnen inleven in de vergrijzende patiëntenpopulatie? Door ze tijdelijk op te zadelen met vervelende ouderdomskwalen. Drie zogenaamde ouderdomssimulatiepakken in het Vaardighedencentrum van het AMC krijgen dit voor elkaar. 'Ik durf amper de trap af te lopen.'

Masterstudent Geneeskunde Jacob, die zich voorbereidt op het co-schap oogheelkunde en KNO, is nog jong en ziet er ogenschijnlijk gezond uit. Toch heeft hij een stok nodig om de trap van het AMC op te lopen. Hij kampt onder meer met stijve gewrichten, een vergroeide rug en glaucoom. De klachten zijn gelukkig tijdelijk. Hij is een van de eerste studenten die de ouderdomspakken in het Vaardighedencentrum mag uitproberen.

Vanaf dit jaar worden de ouderdomspakken gebruikt in de voorbereiding op enkele co-schappen. De pakken bestaan uit een aantal onderdelen, zoals banden om de knieën en ellebogen, gewichten aan armen en benen, een plaat die de rug gekromd houdt en een bril die glaucoom nabootst. De studenten leggen met de pakken aan een klein parcours af door het ziekenhuis. Hiermee moeten ze inzicht krijgen in de kwalen waarmee oudere patiënten zoal rondlopen.

'De Nederlandse samenleving veroudert snel', zegt klinisch geriater Juliette Parlevliet, die de lessen met de ouderdomspakken begeleidt. 'Dat geldt ook voor de patiënten in ziekenhuizen.' De vergrijzing van de samenleving vraagt volgens Parlevliet om meer inlevingsvermogen in ouderen. De ouderdomspakken kunnen daarbij helpen. 'Voor iemand met artrose in zijn vingers en een slechte visus is het lastig om zelf medicijnen te sorteren en een patiënt die slecht ter been is kan moeilijk op één dag langs acht verschillende specialisten. Daar kom je achter wanneer jeervaart hoe het is om met dergelijke kwalen rond te lopen.'

Masterstudent Jacob heeft door de wandeling in het ouderdomspak in elk geval meer inzicht gekregen in de beperkingen van ouderen. 'Vooral het slechte zicht maakte indruk. Ik kan me nog niet goed voorstellen hoe het is om echt zo beperkt te zijn, maar ik zal nog wel eens aan deze ervaring terugdenken als ik een patiënt met soortgelijke klachten tegenkom.'

Dat laatste is precies wat de vakgroep ouderengeneeskunde/geriatricie voor ogen heeft met de practica. 'Uiteindelijk moeten alle co-assistenten een keer met het pak hebben rondgelopen. Hierdoor worden ze zich meer bewust van de mogelijke functionele beperkingen van oudere patiënten. Het streven is dat toekomstig artsen gaan denken vanuit de patiënt in

plaats van denken vanuit verschillende medische specialismen. Hopelijk kunnen de ouderdomspakken daar een steentje aan bijdragen.'

## Nieuws van de partners

**De interactieve internetfilm, Alzheimer Experience, is opnieuw in de prijzen gevallen. In Tokio won de film over Alzheimer de Japan Prize in de categorie beste innovatieve media.**

Eerder dit jaar won de Alzheimer Experience ook al de Gouden Spinaward 2012, een prijs voor het meest creatieve, interactieve mediaproduct. Nu valt de film opnieuw in de prijzen in Japan.

In de Alzheimer Experience ervaart de kijker hoe het is om de ziekte van Alzheimer te hebben. De film geeft een inkijk in de belevingswereld van dementerenden en hun omgeving: 22 scènes uit het dagelijks leven van de patiënten zijn vanuit verschillende perspectieven te bekijken. Per scene wordt uitleg gegeven over de ziekte. Het doel is de kloof van kennis en begrip tussen de 'gezonde' buitenwereld en de belevingswereld van Alzheimerpatiënten te helpen overbruggen. De interactieve film is bedoeld voor de miljoenen mensen in Nederland die dagelijks te maken hebben met Alzheimer. Als familielid, mantelzorger, verzorgende of verpleegkundige. Het aantal patiënten met Alzheimer zal de komende tijd in Nederland verdubbelen.

Het initiatief voor de Alzheimer Experience is ontstaan bij zorgondernemer en ervaringsdeskundige Marco Ouweland en wetenschapper Anne-Mei The. Samen met Alzheimer Nederland is de inhoud gerealiseerd. Het Trimbos Instituut deed in opdracht onderzoek naar de belevingen van mensen met dementie. Paula van der Oest schreef het scenario en voerde de regie. Vanaf de première op 30 mei 2011 hebben meer dan 150 duizend unieke bezoekers de weg weten te vinden naar de Alzheimer Experience.

## KOZ in het nieuws

AD artikel 1 oktober 2012:

**Complicaties vellen ouderen** - Suzanne Docter en Jeroen de Vreede.

Zeker de helft van alle Nederlandse ziekenhuizen doet onvoldoende om ernstige verwardheid bij ouderen te voorkomen. Dat blijkt uit de AD Ziekenhuis Top 100. De helft van de patiënten met een delirium overlijdt binnen een jaar. De Inspectie voor de Gezondheidszorg dringt al jaren aan op actie.

Delirium kan optreden na een operatie en is een combinatie van ernstige hallucinaties, verwardheid en bewustzijnsverlies. Uit onderzoek van het AMC blijkt dat

de helft van de mensen die in een ziekenhuis een delier oploopt, binnen een jaar overlijdt.

„Van de ouderen die acuut worden opgenomen heeft na ontslag een derde functieverlies, waardoor vaak opname in een verpleeghuis nodig is. De zorg voor oudere patiënten is nog lang niet altijd op orde, zegt Sophia de Rooij van de Nederlandse Internisten Vereniging en hoogleraar ouderenzorg bij het AMC. „Van de groep die acuut wordt opgenomen en een delirium krijgt, overlijdt de helft binnen een jaar. Wie overleeft, krijgt vaak geheugenproblemen.

De verwardheid van een delirium is op zich niet dodelijk, maar leidt ertoe dat patiënten niet meer willen eten, bewusteloos raken of niet herstellen van een operatie. Een delirium is met medicijnen te voorkomen als het tijdig wordt ontdekt. Met een eenvoudige vragenlijst is bij nieuwe patiënten in te schatten of zij risico lopen: hebben zij hulp bij hun verzorging nodig en zijn ze eerder verward geweest?

Uit de resultaten van de AD Ziekenhuis Top 100 blijkt dat lang niet alle oudere patiënten deze vragenlijst krijgen. Bovendien doen veel ziekenhuizen niets met de uitkomst. Zij houden risicopatiënten niet extra in de gaten, met alle mogelijk dodelijke gevolgen van dien.

De inspectie wil dat ziekenhuizen beter hun best doen en spreekt achterblijvende ziekenhuizen aan op hun gedrag. Ook publiciteit helpt om ziekenhuizen bij de controles te verbeteren. „In de meeste gevallen zijn deze ziekenhuizen het daaropvolgende jaar geen achterblijver meer, zegt woordvoerdster Monique Matze. „Ziekenhuizen die aantoonbaar onder de maat presteren of zich onvoldoende inspannen om te verbeteren, worden nauwlettend door de inspectie gevolgd.

Volgens hoogleraar De Rooij zijn er meer problemen voor ouderen dan alleen de kans op een delirium. „Eén op de drie 65-plussers die acuut in het ziekenhuis belanden, sterft binnen drie maanden, citeert Sophia de Rooij uit kersverse onderzoeksresultaten van haar vakgroep bij het Amsterdamse AMC.

Dit komt volgens haar vooral omdat een arts vaak alleen kijkt naar de gebroken heup van zijn patiënt en niet naar bijkomende aandoeningen als suikerziekte en hartproblemen. Daarnaast ziet hij over het hoofd dat ouderen in het ziekenhuis allerlei complicaties kunnen oplopen, zoals acute verwardheid, ondervoeding of doorligwonden.

De grote zorgen over het welzijn van ouderen in ziekenhuizen maakten dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg sinds 2007 een expertgroep laat onderzoeken hoe ziekenhuizen de zorg voor kwetsbare ouderen kunnen verbeteren. „Het doel dat ze voor eind 2012 allemaal een beleid hebben voor delier ,

ondervoeding, vallen en functieverlies, is niet bereikt, vertelt De Rooij, die deze expertgroep leidt.

Ook artsenvereniging KNMG wil de ziekenhuiszorg voor ouderen verbeteren. „We hebben artsen bijeen geroepen om na te denken over verbeteringen, vertelt Lode Wigtersma, directeur beleid en advies. „Er lopen proeven, zoals die van het AMC, het Flevoziekenhuis en verpleeghuizen rond Almere, waarbij oudere patiënten na opname direct worden gezien door een geriater of internist-ouderengeneeskunde, die ook later kijkt hoe goed hij of zij behandeld wordt.

De Flevolandse proef komt terug in de nieuwe richtlijn voor de behandeling van delier die de vereniging van klinisch geriater met andere wetenschappelijke verenigingen ontwikkelt, vertelt vice-voorzitter Peter Jue. „Laat één specialist naar de opname kijken en de zorg verder coördineren. En laat hem bepalen welke zorg nodig is. Geef zorgpersoneel ook jaarlijks nascholing. Bovendien moet een oudere vóór opname in het ziekenhuis worden gescreend op het risico op verwardheid en niet pas als de patient goed en wel in het ziekenhuisbed ligt.

De ouderenbonden vinden de problemen zo groot, dat ze zelf een keurmerk voor senior vriendelijk ziekenhuis ontwikkelen, vertelt Marjolein de Booij, van ouderenbond Unie KBO. „De cijfers over delirium zijn echt schokkend. Daar moet echt iets aan gebeuren. „Als Albert Heijn weet dat driekwart van zijn klanten bejaard is, passen ze hun assortiment en omgeving aan. Dat zou je van ziekenhuizen ook verwachten.

Het nieuwe keurmerk moet daarin verandering brengen. „We kijken niet alleen naar de zorg in het ziekenhuis, maar ook naar de bereikbaarheid en hoe de wachtkamerstoeltjes zitten. „Iemand van 70 die tien dagen in een ziekenhuisbed ligt, wordt in die tijd gemiddeld 15 jaar ouder qua functioneren. Dat moet anders.

## Verschenen (wetenschappelijke) artikelen

[Mortality and disability after hospital admission: risk assessment of acutely admitted elderly patients.](#)

Buurman BM, Hoogerduijn J, van Gemert EA, de Haan RJ, Schuurmans MJ, de Rooij SE. Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156(40):A5053. Dutch.

[Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer: a systematic review.](#)

Hamaker ME, Jonker JM, de Rooij SE, Vos AG, Smorenburg CH, van Munster BC. Lancet Oncol. 2012 Oct;13(10):e437-44. doi: 10.1016/S1470-2045(12)70259-0.

[Omission of surgery in elderly patients with early stage breast cancer.](#) Hamaker ME, Bastiaannet E, Evers D, Water WV, Smorenburg CH, Maartense E, Zeilemaker

AM, Liefers GJ, Geest LV, de Rooij SE, van Munster BC, Portielje JE. Eur J Cancer. 2012 Sep 6. [Epub ahead of print]

[The Value of Geriatric Assessments in Predicting Treatment Tolerance and All-Cause Mortality in Older Patients with Cancer.](#)

Hamaker ME, Vos AG, Smorenburg CH, de Rooij SE, van Munster BC. Oncologist. 2012 Aug 31. [Epub ahead of print]

[Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review.](#)

Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, Korevaar JC, Abu-Hanna A. PLoS One. 2012;7(8):e43617.

[How nurses and physicians judge their own quality of care for deteriorating patients on medical wards: Self-assessment of quality of care is suboptimal.](#)

Ludikhuijze J, Dongelmans DA, Smorenburg SM, Gans-Langelaar M, de Jonge E, de Rooij SE. Crit Care Med. 2012 Aug 10. [Epub ahead of print]

[Longitudinal assessment of serum anticholinergic activity in delirium of the elderly.](#)

van Munster BC, Thomas C, Kreisel SH, Brouwer JP, Nanninga S, Kopitz J, de Rooij SE. J Psychiatr Res. 2012 Oct;46(10):1339-45.

[Association between acute geriatric syndromes and medication-related hospital admissions.](#)

Wierenga PC, Buurman BM, Parlevliet JL, van Munster BC, Smorenburg SM, Inouye SK, de Rooij SE. Drugs Aging. 2012 Aug 1;29(8):691-9.

[Statistical process control for monitoring standardized mortality ratios of a classification tree model.](#)

Minne L, Eslami S, de Keizer N, de Jonge E, de Rooij SE, Abu-Hanna A. Methods Inf Med. 2012 Aug 7;51(4):353-8.

## KOZ agenda komende maanden

**16 november** – Kennismarkt Ouderenet VUmc en KOZ AMC

## KOZ inhoudelijk bureau:

prof. dr. Sophia de Rooij, netwerkcoördinator  
dr. Bianca Buurman, senior onderzoeker  
Nancy van der Hoorn, onderzoekskoördinator  
drs. Marjon van Rijn, onderzoekskoördinator  
Marlien Splinter, management assistent

Academisch Medisch Centrum  
KOZ/Afdeling Ouderengeneeskunde  
Meibergdreef 9, F4-218, 1105 AZ Amsterdam  
Tel: 020-5665991  
Fax: 020-5669325  
E-mail: [koz@amc.nl](mailto:koz@amc.nl)



Internet: [www.effectieveouderenzorg.nl](http://www.effectieveouderenzorg.nl) /

[www.ouderenacademie.nl](http://www.ouderenacademie.nl)

Twitter: koz\_amc

