
Signalementen 2018/1

Auteurs: Redactie bureau

Op een zorgboerderij hebben bewoners met dementie een actiever dagelijks leven dan in een traditioneel verpleeghuis

Het traditionele verpleeghuis (grootschalig, met gedeelde kamers en met vaste routines) leverde zorg volgens een medisch model, waarbij het leveren van fysieke zorg het belangrijkste was. Tegenwoordig is er meer aandacht voor persoonsgerichtheid, autonomie, kwaliteit van leven en kleinschalig wonen in een herkenbare omgeving. Het proefschrift van sociaal- en gezondheidspsycholoog *Bram de Boer*, 27 jr, beschrijft het eerste onderzoek naar zorgboerderijen die 24-uurs verpleeghuiszorg bieden voor mensen met dementie. Er is onderzocht of er verschillen zijn tussen zorgboerderijen, traditionele verpleeghuizen, en reguliere kleinschalige woonvormen in termen van het dagelijks leven van bewoners, kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven, en ervaringen van informele zorgverleners.

Het blijkt dat mensen met dementie die op een zorgboerderij wonen, een actiever dagelijks leven hebben dan bewoners van traditionele verpleeghuisafdelingen en dat ze meer sociale interactie hebben en meer buiten komen. Ook vergeleken met bewoners van reguliere kleinschalige woonvormen hebben zij meer fysieke inspanning. Deze resultaten geven aan dat zorgboerderijen een aantrekkelijke huiselijke omgeving en activiteiten bieden, die een positieve invloed hebben op betrokkenheid en sociale interacties.

De gemeten kwaliteit van zorg op zorgboerderijen is vergelijkbaar met die van andere vormen van verpleeghuiszorg.

Wat betreft de mantelzorgers blijkt dat degenen die zich voor de verhuizing van hun naaste actief informeren en op zoek gaan naar een woonomgeving die past bij de persoon met dementie, achteraf meer positief zijn over de geleverde zorg. Bij traditionele verpleeghuizen werden minder bewuste keuzes gemaakt, vaak was er sprake van snelle actie vanwege een crisissituatie.

Proefschrift *Living at a green care farm. An innovative alternative for regular care in nursing homes for people with dementia*, Universiteit Maastricht, 19 oktober 2017, 170 p, ISBN 978 94 6159 746 5. Promotor was prof. dr. J.P.H. Hamers.

Onderscheid maken tussen depressie en apathie na een beroerte

Depressie en apathie hebben een slechte prognose omdat ze een negatieve invloed hebben op functioneel herstel en kwaliteit van leven na een beroerte. Ondanks significante overlap in geassocieerde factoren zijn er aanwijzingen voor verschillen in geassocieerde risicofactoren en zijn post-stroke-depressie (PSD) en post-stroke-apathe (PSA) misschien wel onafhankelijke syndromen. Neuropsycholoog/onderzoeker *Elles Douven*, 27 jr, deed promotieonderzoek naar de invloed van biologische en psychosociale risicofactoren op de ontwikkeling en het beloop van PSD en PSA en onderzocht of er verschillen kunnen worden gevonden tussen de associaties met deze twee syndromen.

Wat betreft depressie bleek dat vooral patiënten met een herseninfarct in de frontaal kwab of in de basale ganglia een verhoogd risico op dit neuro-psychiatrisch syndroom lopen in de post-acute fase (0,5 tot 6 maanden) na een beroerte.

Bij depressie blijken degeneratieve en vasculaire achtergrondschade in het brein een belangrijke rol te spelen in het voorspellen wie er apathie ontwikkelt na een beroerte, en níet de locatie en grootte van het infarct.

Naast biologische risicofactoren spelen ook factoren als cognitief functioneren, persoonlijkheid en vermoeidheid een belangrijke rol in het voorspellen of iemand depressie of apathie ontwikkelt na een beroerte.

Het is belangrijk om zowel in de klinische praktijk als in onderzoek onderscheid te maken tussen apathie en depressie, omdat het twee verschillende concepten zijn geassocieerd met andere risicofactoren. Verschillen in kwetsbaarheidsfactoren zijn belangrijk om in overweging te nemen voor het aanbieden van een behandeling op maat (patiënt-specifiek). Vroegere detectie van deze condities en beter onderscheid tussen PSD en PSA leidt hopelijk tot de ontwikkeling van behandelingsstrategieën en een betere klinische prognose na een beroerte.

Proefschrift *Depression and apathy after stroke. The influence of risk factors on their development and course*, Universiteit Maastricht, 8 december 2017, 263 p, ISBN 978 94 6299 769 1. Promotor was prof. dr. F.R.J. Verhey.

Ouderen met apathie ervaren minder kwaliteit van leven

Apathie wordt tegenwoordig gezien als afzonderlijk klinisch syndroom dat verlies van motivatie veroorzaakt en verminderd doelgericht gedrag en cognitie, en beperkte emotionele expressie. Bij depressie op oudere leeftijd kan apathie zeer prominent aanwezig zijn, aanleiding voor ouderenpsychiater *Isis Koolhoven*, 49 jr, om dit fenomeen bij zowel depressieve als niet-depressieve ouderen vanuit een breed perspectief te onderzoeken.

Klinisch relevante apathie blijkt in haar promotieonderzoek bij 75 % van de depressieve en 25 % van de niet-depressieve ouderen aanwezig te zijn en is onafhankelijk geassocieerd met het hebben gehad van minder onderwijs en het mannelijk geslacht. Andere bevindingen zijn onder andere dat apathie vaker voorkomt bij depressie op latere leeftijd dan bij depressieve jongeren. Verder blijkt dat de ernst van de apathie en niet die van de depressie het voortbestaan van de apathie bij depressieve ouderen voorspelt en dat de aanwezige apathie bij depressieve ouderen een voorspeller is voor een slechter herstel van de depressie. Duidelijk wordt dat ouderen met apathie minder kwaliteit van leven ervaren, maar dat apathie bij depressieve ouderen geen additioneel negatief effect heeft op de reeds ervaren lage kwaliteit van leven.

Opmerkelijk is de zevende stelling bij het proefschrift waarbij de opvatting van stoïcijn filosoof Chrysippus van Soli (ongeveer 200 VC) wordt geciteerd: 'Apathie is een deugdzaam toestand die nagestreefd dient te worden omdat hartstochten en emoties als ziekten zijn die de ziel onderdrukken en verpletteren'. Mogelijk dat ouderen dit in deze tijd toch niet als zodanig ervaren.

Proefschrift *Prevalence, symptoms and risk profiles of apathy at old age*, Universiteit Leiden, 7 november 2017, 149 p, ISBN 978 90 7787 721 0. Promotor was prof. dr. R.C. van der Mast.

Voorzichtig zijn met toediening antipsychotica aan ouderen

Antipsychotica worden frequent voorgeschreven aan oudere patiënten voor de behandeling van een delier of gedragsproblemen bij dementie. Deze medicijnen kunnen echter ernstige bijwerkingen hebben. Klinisch geriater/farmacoloog *Astrid van Strien*, 34 jr, deed onderzoek naar een breed scala aan bijwerkingen van antipsychotica en de onderliggende mechanismen hiervan. Zo werd het antipsychotica-geïnduceerd parkinsonisme onderzocht bij het medicijn haloperidol, eerste keus bij de behandeling van een delier, en het mechanisme van het verhoogde risico op trombose en CVA bij haloperidolgebruikers in het ziekenhuis (dit blijft helaas onverklaard).

Uit het promotieonderzoek blijkt ook dat het gebruik van verschillende groepen psychofarmaca (antipsychotica, antidepressiva, benzodiazepines) sterk geassocieerd zijn met vallen. Dokters zouden zich bewust moeten zijn van deze bijwerking wanneer ze deze medicatie voorschrijven aan kwetsbare ouderen. Waarschijnlijk is het zinvol om te proberen deze medicatie te staken.

Uit eerdere studies komt de suggestie naar voren dat behandeling met antipsychotica het risico op sterfte verhoogt bij ouderen en aangetoond is dat patiënten die antipsychotica gebruiken, in de eerste week na starten een verhoogde kans hebben op longontsteking.

Astrid van Strien onderzocht zelf de associatie tussen urineweginfecties en het gebruik van antipsychotica bij oudere vrouwen. Het blijkt dat het risico op een urineweginfectie het hoogst is in de eerste week van het gebruik van een antipsychoticum, het onderliggende mechanisme is onbekend (blaasretentie?). Voorschrijvers van antipsychotica zouden alert

moeten zijn op het ontstaan van urineweginfecties bij oudere vrouwen én mannen, vooral in de eerste twee weken van antipsychoticagebruik, blijkt uit een andere studie in dit promotieonderzoek.

Aan het eind van het proefschrift beschrijft en onderzoekt Astrid van Strien diverse beschikbare schalen om de bijwerkingen van antipsychotica te meten.

Haar algemene conclusie is dat gezien de vele, ernstige bijwerkingen antipsychotica alleen voorgeschreven zouden moeten worden bij absolute noodzaak. Zorgprofessionals moeten hun kennis over het effect en de bijwerking van deze medicijnen verbeteren. En na het starten van een antipsychoticum moet de patiënt nauwkeurig gemonitord worden, vooral in de eerste week.

Proefschrift *Adverse drug reactions of antipsychotics in frail older patients*, Vrije Universiteit Amsterdam, 14 september 2017, 158 p, ISBN 978 94 9230 313 4. Promotor was prof. dr. R.J. van Marum.

Op weg naar succesvolle geriatrische revalidatie

Als gevolg van stijgende levensverwachting en betere zorg neemt ook de groep kwetsbare ouderen met multimorbiditeit toe. Voor deze populatie is geriatrische revalidatie belangrijk om adl-functioneren te behouden en heropname in verpleeg- of ziekenhuis te voorkomen. Geriatrische revalidatie bestaat uit geïntegreerde multidisciplinaire zorg, gericht op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang. Promotieonderzoek van klinisch epidemioloog/onderzoeker *Marije Holstege*, 37 jr, richt zich op het pad naar succesvolle revalidatie en kijkt naar de organisatiestructuur en verbetering van de revalidatieprocessen.

In 88 verpleeghuizen werd de relatie tussen patiënt-volume (hoeveelheid patiënten) en concentratie van doelgroepen op de uitkomst van geriatrische revalidatie onderzocht met als uitkomstmaat 'korte opnameduur in het verpleeghuis en ontslag naar huis'. Er blijkt echter vooralsnog beperkte bewijskracht dat deze specialisatie leidt tot sneller ontslag naar huis.

In praktische zin blijkt het hebben van een grotere preoperatieve kracht van de kniestickekkers (met name Quadriceps) geassocieerd te zijn met een beter functioneel herstel bij patiënten met een totale heupprothese.

De besproken BACK-HOME studie in dit proefschrift evalueert of het wekelijks scoren van de verpleegkundige steuntakenscorelijst in de avond en nacht en bespreking van de resultaten in een multidisciplinair team, leidt tot afname van de opnameduur in het verpleeghuis. Het resultaat is positief, als er thuis geen woningaanpassingen nodig zijn.

In het proefschrift wordt ook het nationaal programma 'Proeftuinen geriatrische revalidatie', geïnitieerd door het Ministerie van VWS in 2011 om de kwaliteit van geriatrische revalidatie te verbeteren, besproken. Eén jaar na de uitvoering van de proeftuinen geriatrische revalidatie bleek het percentage ouderen dat zelfstandig functioneerde in ADL met 12 % te zijn toegenomen. Gecombineerd met de uitkomstmaat ontslag naar huis na korte opnameduur was dit betere resultaat alleen voor heupfractuurpatiënten weggelegd.

In ieder geval hebben de inspanningen van de 'Proeftuinen geriatrische revalidatie' een positieve beweging in gang gezet voor het verbeteren van de kwaliteit van geriatrische revalidatie.

Proefschrift *The road to successful geriatric rehabilitation*, Universiteit Leiden 5 oktober 2017, 145 p, ISBN 978 94 9268 366 3. Promotores waren prof. dr. W.P. Achterberg en prof. dr. J. Gussekloo.

Downsyndroom en de ziekte van Alzheimer

Wereldwijd hebben ongeveer zes miljoen mensen het syndroom van Down, in Nederland treft het 1 op de 740 baby's. Het downsyndroom wordt veroorzaakt door een derde exemplaar van chromosoom 21 (trisomie 21). De biologische gevolgen zijn de karakteristieke lichaamsbouw, de (variabele) verstandelijke beperking én een enorm hoog risico op alzheimer: 50-80 % van deze mensen ontwikkelt dementie op 60-70 jarige leeftijd tegen 11 % van de algemene bevolking op die leeftijd. Down en alzheimer is het centrale onderwerp van het proefschrift van neurowetenschapper *Alain Dekker*, 26 jr.

Het immense risico op alzheimer is te wijten aan de trisomie: door het derde chromosoom 21 wordt vanaf jonge leeftijd

overmatig veel APP-eiwit aangemaakt in de hersenen van mensen met het downsyndroom, hetgeen resulteert in zeer veel amyloïd plaques en zichtbare schade. Vanaf veertig jaar is het downbrein te vergelijken met een alzheimerbrein: vol met plaques, maar ook met kluwens van tau-eiwit en aanwezigheid van ontstekingsprocessen. Toch duurt het nog (variabel) lang tot de klinische symptomen van dementie zich uiten – soms pas tot in de zestig – in de vorm van cognitieve of ADL achteruitgang én gedragsveranderingen.

Hoe dit te voorspellen of te monitoren voor tijdige aanpassing van de dagelijkse zorg? Alain Dekker richt zich bij zijn onderzoek op de dementie-gerelateerde gedragsveranderingen (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD) en ontwikkelde een nieuwe schaal voor de systematische evaluatie van BPSD bij downsyndroom, BPSD-DS. Bij onderzoek van de studiegroepen (149 personen met downsyndroom zonder dementie, 65 met twijfelachtige dementie en 67 met gediagnosticeerde dementie) met dit meetinstrument blijkt een substantieel deel van de groep met twijfelachtige dementie al een toename te laten zien in angst, slaapproblemen, apathie en depressieve kenmerken. Dit zijn dus mogelijk vroege signalen voor dementie bij downsyndroom.

Naast het bestuderen van de gedragsveranderingen richt het promotieonderzoek zich ook op veranderingen in neurotransmitters, de signaalstoffen in de hersenen. Daarbij wordt specifiek gekeken naar de zogenaamde monoamine neurotransmitters – noradrenaline, adrenaline, dopamine en serotonine – en hun belangrijkste afbraakproducten. De monoaminerge neurotransmissie, in het bijzonder het noradrenerge systeem blijkt aangetast in downsyndroom. Toch levert dit onderzoek nog geen betrouwbare biomarker voor alzheimer bij downsyndroom op. Verdere studies naar monoamine veranderingen in downsyndroom zijn nodig.

Proefschrift *Down & Alzheimer. Behavioural biomarkers of a forced marriage*, Rijksuniversiteit Groningen, 15 november 2017, 320 0, ISBN 978 94 0340 066 2. Promotores waren prof. dr P.P. De Deyn en prof. dr. M. C. Potier-Zelveyan.

Optimale glaucoomzorg voor een verouderende bevolking

Onze oogzenuw vervoert alle visuele informatie van het oog naar het brein. Glaucoom is een aandoening waarbij de oogzenuw progressief beschadigd raakt door (versneld) verlies van zenuwvezels, dus sneller dan bij normale veroudering. De oorzaak is onbekend maar verhoogde oogdruk, familiale belasting en een hogere leeftijd vergroten de kans op glaucoom. In deze vergrijzende wereld zal het aantal mensen met glaucoom, en dus risico op blindheid, toenemen tot 112 miljoen in 2040. Oogheelkundige *Christiaan Wesselink*, 35 jr, verrichtte promotieonderzoek naar diverse aspecten van glaucoomzorg en komt tot de conclusie dat er diverse mogelijkheden zijn om de glaucoomzorg te optimaliseren. Omdat sommige glaucoompatiënten gezichtsveldonderzoeken niet betrouwbaar kunnen uitvoeren door ouderdom, concentratieproblemen of fysieke beperkingen komt Wesselink met tests die minder belastend zijn voor de patiënt en ook geschikt zijn voor het diagnosticeren van progressie van glaucomateuze gezichtsvelduitval.

Een hogere leeftijd, een verder gevorderd ziektestadium en een hogere oogdruk blijken bij zijn risicofactoranalyse drie onafhankelijke risicofactoren voor progressie van gezichtsvelduitval bij glaucoom.

Een andere onderzoeksvraag was of het wellicht mogelijk is om oudere glaucoompatiënten minder intensief te monitoren of te behandelen zonder dat dit grote risico's met zich meebrengt. De conclusie is dat bijna alle glaucoompatiënten volledige glaucoomzorg nodig hebben, maar dat wanneer patiënten ouder worden dan tachtig jaar en niet teveel gezichtsvelduitval hebben, de glaucoomzorg minder intensief kan worden gemaakt.

Proefschrift *Glaucoma care optimised in an aging population*, proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 22 november 2017, 152 p, ISBN 978 94 0340 235 2. Promotores waren prof. dr. N.M. Jansonius en prof. dr. J.J.M. Hooymans.

Leeftijd telt mee bij de sociaaleconomische verschillen in werk en gezondheid

Een lage sociaaleconomische positie (SEP), gemeten met indicatoren zoals een laag opleidingsniveau of een laag inkomen, is een belangrijke risicofactor voor ongunstige uitkomsten in werk en gezondheid. De SEP beïnvloedt intermediaire gezondheidsdeterminanten zoals materiële omstandigheden, gezondheidsgedrag en psychosociale factoren, die vervolgens sociaaleconomische verschillen in gezondheid veroorzaken. Een slechte gezondheid kan SEP beïnvloeden via (minder)

mogelijkheden om te werken en daarmee (minder) inkomen. Meer inzicht is nodig om erachter te komen hoe een lage SEP op zichzelf en in combinatie met andere risicofactoren samenhangt met ongunstige uitkomsten in werk en gezondheid, om gerichtere screening, preventie- en interventiemethoden te ontwikkelen.

Gezondheidswetenschapper *Sander van Zon*, 31 jr, onderzocht deze zaken en komt tot de conclusie dat een lage SEP consistent samenhangt met een slechte fysieke, functionele en psychische gezondheid, met type 2 diabetes (T2DM) en met werkeloosheid. Aangetoond werd in dit promotieonderzoek dat andere risicofactoren voor deze uitkomsten, zoals een transgenerationale belasting voor T2DM, het negatieve effect van een lage SEP mogelijk versterken. Of zoals Sander van Zon het in zijn stellingen formuleert: De combinatie van een lage sociaal economische positie en een familiale belasting voor type 2 diabetes moet bij de huisarts een bel doen rinkelen.

Leeftijd blijkt ook een belangrijke factor in de context van sociaaleconomische verschillen in werk en gezondheid, aangezien de aanwezigheid en omvang van die verschillen en interacties blijken te variëren tussen de diverse leeftijdsgroepen. Beleid gericht op het verkleinen van sociaaleconomische verschillen dient dan ook specifiek te zijn per leeftijdsgroep. Zo kan bij mensen met een laag opleidingsniveau meer aandacht voor hun psychische gezondheid vooral in het vroege werklevens sterk bijdragen aan hun kansen op de arbeidsmarkt.

Andere bevindingen uit het promotieonderzoek leiden tot de conclusie dat differentiatie van de pensioenleeftijd naar SEP meegenomen zou kunnen worden in de discussie over het verhogen van de pensioenleeftijd, omdat mensen met een lage SEP sneller achteruit gaan in functionele gezondheid vóór pensionering dan mensen met een hoge SEP.

Proefschrift *Socioeconomic inequalities in work and health*, Rijksuniversiteit Groningen, 15 november 2017, 249 p, ISBN 978 94 0340 049 5. Promotores waren prof. dr. S.A. Reijneveld en prof. dr. U. Bültmann.

Auteurs

Redactie

Vilans, Kenniscentrum voor langdurende zorg

Mr. C. S. M. (Cordulia) Hermans-van Leeuwe (rubriek Signalementen)

Dr. Annette Plouvier (redactiesecretaris per 1 september 2020)

Mr. drs. P. J. F. (Paul) van der Kooij (redactiesecretaris tot 1 september 2020)
