

# Symptomatische behandeling met rivastigmine van dementie met Lewy bodies

## Een gevalbeschrijving

R.M. Moerkens, M.J. Müller, A.D.F. Dhondt\*

### Samenvatting

Patiënten met een dementiesyndroom ten gevolge van Lewy lichaampjes (DLB) vertonen gedragsproblemen die met neuroleptica moeilijk te behandelen zijn. Er zijn diverse aanwijzingen dat de choline-acetyltransferase bij patiënten met DLB verlaagd is. Hier beschrijven wij de effecten bij een patiënt van behandeling met rivastigmine, een middel dat het cholinerge systeem activeert. Na een behandeling van zes weken waren vrijwel alle klachten verdwenen. Met behulp van een gestandaardiseerde gedragsobservatie (GIP) en globaal neuropsychologisch onderzoek in een onderzoeksopzet met een voor- en een nameting, bleek dat vooral de aandachtsfuncties sterk waren verbeterd. Naast het succes van de behandeling wordt met deze casus nog eens het belang van goede dementiediagnostiek onderstreept.

*Summary: Symptomatic treatment with rivastigmine of dementia with Lewy bodies. A case study.* Dementia patients with Lewy bodies (DLB) show behavioural problems that are difficult to treat with regular neuroleptics. There are several indications of lower levels of choline acetyltransferase in patients with DLB. In this case-study we prescribed rivastigmine, a cholinergic agent, to a patient with DLB. After a six-week treatment there was a marked reduction of most symptoms. Behavioural observation with standardized instruments (GIP) and neuropsychological assessment in a pre- posttreatment design showed a remarkable improvement, especially the attention-arousal-deficit. Notwithstanding its success this demonstration clearly shows the importance of a solid differential diagnosis of the dementia syndrome.

Trefwoorden: DLB, cholinerge systeem, visuele hallucinaties, dementiesyndroom.

Tijdschr Gerontol Geriatr 2000;31:160-5

\* Psycholoog resp. psychiater in opleiding en gerontopsychiater; Van Foreest Centrum voor ouderenpsychiatrie, Heiloo/Alkmaar

### Correspondentie:

drs. R.M. Moerkens, Kennemerstraatweg 464, 1851 NG Heiloo, tel. 072-5312312.

### Inleiding

In de dagelijkse praktijk van de ouderenpsychiatrie komt men regelmatig probleemgedrag tegen als gevolg van een dementiesyndroom. Doorgaans probeert men dit gedrag medicamenteus en door middel van afspraken over bejegening gunstig te beïnvloeden. Naast M. Alzheimer en vasculaire dementie wordt de dementie met Lewy bodies (DLB) als derde variant in de kliniek der dementieën genoemd. Dit is een aandoening die zich neuropathologisch onderscheidt van de twee genoemde ziekten door intraneuronale veranderingen -Lewy lichaampjes- die door hun diffuse verspreiding (sub)corticale functiestoornissen teweeg brengen. Diagnostisch is er in de literatuur een grote mate van overeenstemming over het patroon van afwijkingen bij patiënten die aan DLB lijden.<sup>1-3</sup> Op grond van klinische verschijnselen kan de diagnose DLB redelijk betrouwbaar worden gesteld. Gedragsstoornissen ten gevolge van vasculaire afwijkingen dan wel frontaalaandoeningen kunnen gelijktijdig optreden en een eenduidige diagnose lastig maken. Deze eventuele comorbiditeit sluit een diagnose DLB geenszins uit.<sup>4,5</sup> De diagnose DLB wordt waarschijnlijker indien er sprake is van aandachtsschommelingen, aanhoudende visuele hallucinaties en parkinsonisme.<sup>1</sup> Patiënten met DLB reageren versterkt op neuroleptica met sedatie of ernstig parkinsonisme en kunnen gunstig reageren op medicamenteuze behandelingen die het cholinerge systeem activeren.<sup>6-10</sup> Het succes van dergelijke behandelingen bij patiënten met de ziekte van Alzheimer staat breed in de belangstelling, de effecten bij patiënten met DLB zijn minder systematisch gedocumenteerd.<sup>9,12</sup> In dit artikel doen wij verslag van een proefbehandeling met rivastigmine bij een dementerende, zeer onrustige man. Elders was de diagnose DLB gesteld. Een voormeting met een gestandaardiseerde observatielijst en neuropsychologisch onderzoek werd uitgevoerd voordat we met rivastigmine startten. Kort nadat de patiënt op de therapeutische dosering was ingesteld vond een nameting plaats. De periode tussen voor- en nameting bedroeg twee maanden.

### Casus

Medio september 1999 wordt een 69-jarige man, gepensioneerd docent van een school voor de journa-



listiek, opgenomen op onze opnameafdeling ouderpsychiatrie met gedragsproblemen, klachten van slapeloosheid, wanen en visuele hallucinaties. De psychiatrische voorgeschiedenis was blanco, lichamelijk was hij bekend met hoge bloeddruk. De problemen ontstonden anderhalf jaar geleden met duizeligheid, het laatste jaar kwamen slaapproblemen, illusionaire vervalsingen en parkinsonisme naar de voorgrond. Concentratie en geheugen waren verminderd en na gebruik van Temazepam kreeg patiënt last van visuele hallucinaties. Patiënt was recent voor observatie opgenomen geweest op een GAAZ waar men geen behandelbare aandoening kon vaststellen. MRI-onderzoek van het brein liet paraventriculaire witte-stoflaesies zien, een SPECT-scan toonde verlaagde IBZM-opname in de basale ganglia aan. Op basis van de symptomatologie en het neuropsychologisch profiel concludeerde men dat er vermoedelijk sprake was van Lewy-bodydementie. Bij ontslag uit de GAAZ werd patiënt in verband met de onrust en nachtelijke verwardheid ingesteld op Leponex 2 dd 25 mg. Patiënt ging verder achteruit en nadat zijn echtgenote aangaf uitgeput te raken volgde opname op onze afdeling. Twaalf dagen voorafgaande aan deze opname werd de Leponex gestaakt in verband met leucopenie. Op broomperidol, dat daarna eenmalig werd voorgeschreven, reageerde patiënt met toenemende onrust. Wij zagen bij opname een voor zijn leeftijd sterk verouderde, uitgeputte man die een wanhopige indruk maakte. Zijn aandacht was vluchtig en er was sprake van desoriëntatie in tijd en plaats. Patiënt meldde gedetailleerde, levendige hallucinaties van personen die voor een vergadering met hem zijn kamer binnenkwamen. Soms leek hij zich overdag bewust van de onwerkelijkheid van deze verschijnselen, 's nachts ontbrak dit inzicht en reageerde patiënt paranoïde op zijn hallucinaties. Zijn stemming omschreef hij als verdrietig, niet angstig. Echtgenote vulde aan dat patiënt steeds 'onhandiger' leek te worden: ADL en BDL waren gestoord.

Lichamelijk onderzoek bij opname leverde behoudens de bekende hypertensie en parkinsonisme geen bijzonderheden op. Het EEG was afwijkend met een diffuus onregelmatig achtergrondpatroon, laag gevoltageerd, vertraagd en weinig tot niet reactief. Patiënt gebruikte geen psychofarmaca maar uitsluitend bloeddrukverlagende medicatie en hydrokinine tegen restless legs.

### Methode

Als meetinstrument voor het klinische gedrag kozen we voor een gestandaardiseerde gedragsobservatie aan de hand van de GIP.<sup>13</sup> De GIP is de afkorting van Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric en bestaat uit 82 vragen over gedrag. De ernst waarin een bepaald gedragsaspect aanwezig is kan volgens een vierpuntsschaal worden gescoord. De vragen kunnen na clusteranalyse in 14 afzonderlijke gedrags-typen worden ingedeeld en weerspiegelen drie basale

dimensies: sociaal gedrag (subschalen 1-4), cognitie (subschalen 5-10) en stemming (subschalen 11-14).<sup>14,15</sup> De psychometrische kwaliteit van de vragenlijst is uitstekend. Van 106 patiënten op een opnameafdeling gerontopsychiatrie die langer dan zes weken waren opgenomen hebben we gedragsobservaties met behulp van de GIP verzameld (Bijlage). Scores van de patiënt die meer dan één standaarddeviatie boven of onder het gemiddelde liggen werden geïnterpreteerd als afwijkend.

Voor een beoordeling van de cognitieve status gebruikten wij de CST, de ADS, een apraxie-lijst, een wijzerplaat en een afbeelding van een sociale gebeurtenis. De CST wordt gebruikt als instrument voor detectie van cognitieve stoornissen in een vroeg stadium en bestaat uit 20 vragen over oriëntatie en biografische feiten.<sup>16</sup> Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van de verkorte versie van de CST, en de daarbij behorende normen.

De afkorting ADS staat voor Amsterdamse Dementie Schaal en is een testbatterij die zes deeltesten van cognitieve vaardigheden onderzoekt: de visuele en verbale inprenting, de oriëntatie, de mentale flexibiliteit, visueel-constructieve vaardigheden en het semantisch geheugen.<sup>17</sup> Het onderdeel natekenen als proeve van visueel-constructieve capaciteiten is vanwege de geringe betrouwbaarheid uit het onderzoek weggelaten. Na omrekening van de test-scores kan met de ADS de kansverwachting worden bepaald waarmee de diagnose dementieel syndroom mag worden uitgesproken. De marges waarbinnen meefouten bij hertest kunnen optreden zijn bekend, zodat een verschil een aanwijzing kan zijn voor een verbetering of een verslechtering van de cognitieve prestatie.

Voor onderzoek van praktische vaardigheden verzochten wij de patiënt negen instrumentele en zes symbolische handelingen te demonstreren.<sup>18</sup> De onderdelen variëren in moeilijkheid doordat de hulp die men ontvangt steeds concreter wordt. De prestatie wordt volgens een vierpuntsschaal beoordeeld waarbij men meer punten ontvangt naarmate de beweging beter herkenbaar is. De optimale grensscore zou goed differentiëren tussen patiënten met of zonder handelingsstoornissen. Kloktekenen is een vaardigheid die een zekere mate van abstractie vereist. Er zijn vele versies met daarbij behorende normgegevens. Wij kozen voor een relatief simpele variant waarbij de wijzerplaat wordt onderverdeeld in vier kwadranten met de bijbehorende cijfers die de kwadranten begrenzen: 3, 6, 9, 12. De patiënt wordt vervolgens uitgenodigd de resterende cijfers op de wijzerplaat te tekenen, evenals de klokstand tien over elf. Bij een score van 8 punten zou men betrouwbaar kunnen differentiëren tussen patiënten met en patiënten zonder een degeneratieve aandoening.<sup>19</sup> Tenslotte verzochten wij de patiënt een mondelinge beschrijving te geven van een afbeelding, waarop een jongen een standje krijgt van zijn leraar nadat hij met een sneeuwbal een ruit heeft ingegooid. Met de beschrijving kan een indruk worden verkregen van het vermogen om sociale situaties te beoordelen.

### Voormetingen

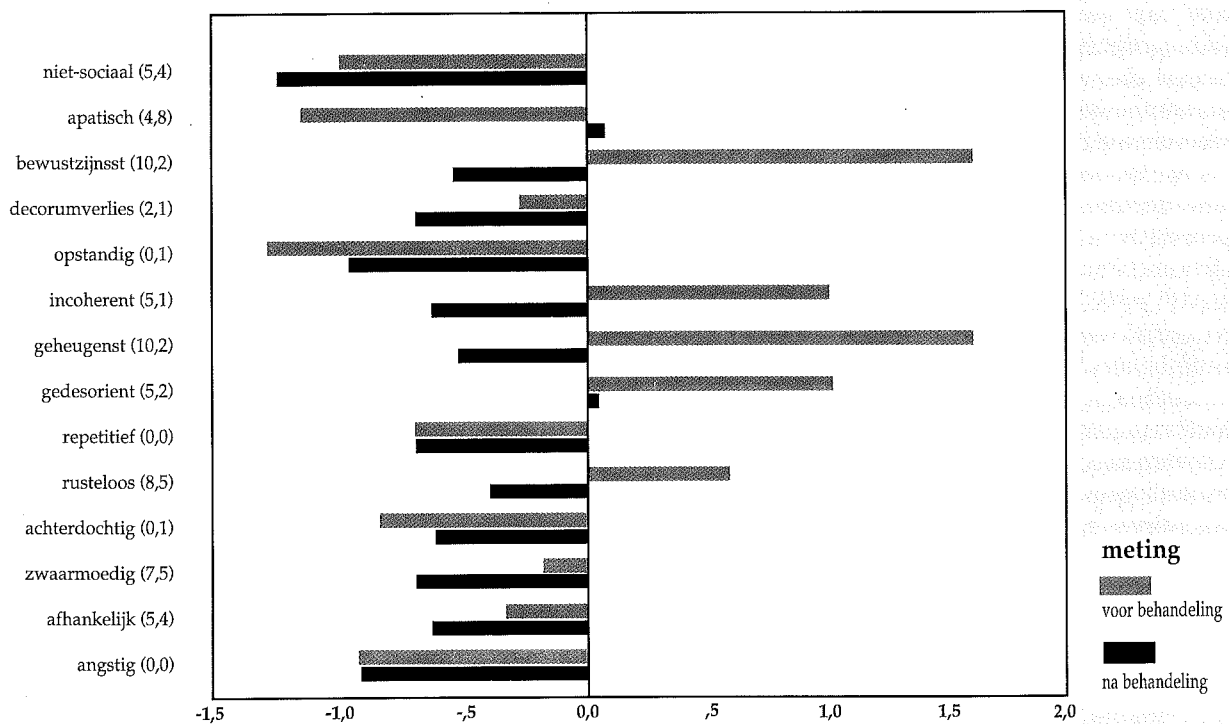
Het gedrag aan de hand van observaties met de GIP is uitgewerkt in figuur 1. In deze figuur zijn de ruwe scores van de patiënt, die achter de betreffende subschaal tussen haakjes staan aangegeven, omgezet in

z-scores. Een lengte van een balk groter dan 1 of kleiner dan -1 vormt een aanwijzing voor afwijkend gedrag in vergelijking met een opnamecohort gerontopsychiatrie van 106 patiënten. De lichte balken representeren de observaties van zijn gedrag voorafgaande aan de behandeling met rivastigmine, de donkere balken zijn de observaties in de zesde week na de start van de behandeling.

De eerste vier subschalen van de GIP behoren tot het domein van het sociale gedrag: niet-sociaal gedrag, apathisch gedrag, bewustzijnsstoornissen en decorumverlies. Vóór behandeling onderscheidde de patiënt zich door opvallende bewustzijnsstoornissen en een afwezigheid van apathisch gedrag. De zes daarop volgende subschalen geven een indruk van zijn cognitieve functioneren: opstandig gedrag, incoherent gedrag, geheugenstoornissen, gedesorieëerd gedrag, zinloos repetitief gedrag en rusteloos gedrag. Bij opname gedroeg de patiënt zich incoherent, gedesorieëerd en vergeetachtig; er viel weinig opstandigheid te bespeuren in zijn gedrag. De subschalen rusteloos gedrag, achterdochtig gedrag, zwaarmoedig of verdrietig gedrag, afhankelijk gedrag en angstig gedrag behoren tot het domein van de stemming. Zijn stemming was niet opvallend afwijkend.

De testuitslagen staan vermeld in tabel 1. De score op de CST bleef boven de grensscore: de patiënt beschik-

te nog over eenvoudige feitenkennis. Bij onderzoek van het inprentingsvermogen aan de hand van getekende figuren van de ADS maakte patiënt vijf fouten, vooral tijdens de eerste drie pogingen om de vijf afbeeldingen te onthouden. Bij het onderdeel oriëntatie faalde patiënt bij de naam van onze instelling; de overige oriëntatievragen beantwoordde hij foutloos. Systematisch zoeken in het geheugen naar voorbeelden van dieren en beroepen leverde een score op van respectievelijk 6 en 11. De poging om een meander af te maken strandde in een onherkenbaar vlechtwerk van lijnen. Van vijf pogingen om 8 woorden te leren onthield patiënt er in totaal 16; de leercurve was zeer grillig: 1-4-3-5-3. De gewogen totaalscore van vijf onderdelen van de ADS bedroeg bij opname -4. Bij de aanname dat er 50% kans zou zijn op een dementieel syndroom, kon op grond van deze prestatie worden geconcludeerd dat dit vermoeden vrij aannemelijk is (96%). De handelingsvaardigheid varieerde en er was geen aantoonbaar verschil tussen symbolische of instrumentele handelingen; volgens de beschreven methode kwam de totaalscore uit op 78. De cijferverdeling op een wijzerplaat ging correct, maar patiënt kon de gevraagde tijdsaanduiding niet intekenen. De beschrijving van een afbeelding leverde het volgende relaas op: 'Daar wordt een jongen door zijn vader berispt omdat hij op het dak zit. Zijn vader roept hem toe dat hij daar niet mag zitten'. Niet alleen bleek de



**Figuur 1:** Berekening van standaardafwijkingen voor en na behandeling met rivastigmine aan de hand van subschaal-scores van de gedragsobservatieschaal voor intramurale psychogeriatricie (GIP) van 106 patiënten op een afdeling gerontopsychiatrie. (Standardized scores before and after treatment with Rivastigmine of subscales of the Dutch Behavioral Rating Scale for Psychogeriatric Inpatients (GIP) compared to a cohort of 106 psychogeriatric patients).



patiënt niet te begrijpen wat er gebeurde, evenmin was hij in staat de afbeelding te begrijpen als hij hulp kreeg in de vorm van aanwijzingen over de essentie.

### Behandeling en resultaat

Tijdens de eerste week verslechterde de psychische en lichamelijke conditie van de patiënt. In overleg met patiënt en diens familie kozen wij voor een proefbehandeling met rivastigmine.

In de overwegingen werd meegenomen dat rivastigmine niet officieel geïndiceerd is voor DLB maar gezien de deplorabele toestand van patiënt oordeelden wij dat wij hem deze mogelijkheid niet konden onthouden. Medewerking van de ziekenhuisapotheker en in een later stadium ook van de ziektekostenverzekeraar waren hierin zeer welkom.

De rivastigmine werd van 2dd 1,5mg wekelijks verhoogd met 1,5mg tot 2dd 4,5mg. Voor de nachtrust werd na twee weken na opname 0,5mg clonazepam toegevoegd. Na een aanvankelijk lange periode waarin slechts achteruitgang kon worden vastgesteld verbeterde de patiënt tijdens de vijfde week van de behandeling. De hallucinaties verminderden, evenals de verschijnselen van parkinsonisme. Zijn looppatroon verbeterde en zijn houding werd stabiel. 's Nachts sliep hij enkele uren. De verbetering zette door en in de loop van de zesde week verdwenen de hallucinaties en genoot de patiënt van een ongestoorde nachtrust. Lichamelijke comorbiditeit zoals een hardnekkige blaasontsteking en prostatisme bleken niet van invloed op dit herstel. Na tien weken functioneerde de patiënt vrijwel zelfstandig en ging hij met ontslag. Lichamelijk bleef de patiënt last houden van een houdingsafhankelijke duizeligheid en een lichte tremor aan de armen en de benen. Er was verder geen sprake van evidente bijwerkingen van het middel. Bij ontslag gebruikte hij rivastigmine 4,5 mg 2 dd en Rivotril 0,5 mg 1 dd 1 A.N..

### Nametingen

De donkere balken in de figuur tonen de beoordeling van zijn gedrag zes weken na de start van de behan-

deling. In sociaal opzicht (subschalen 1 tot en met 4) was het bewustzijn sterk verbeterd en de onrust die bij opname sterk op de voorgrond stond, was vrijwel verdwenen. Cognitieve aspecten van zijn gedrag vertoonden eveneens positieve veranderingen (subschalen 5 tot en met 10). Van incoherent gedrag, geheugenstoornissen en desoriëntatie was bijna geen sprake meer. Zijn stemming (subschalen 11 tot en met 14) bleef onveranderd.

De hertestgegevens staan vermeld in tabel 1. Er was een aantal opvallende veranderingen: De reproductie van visueel materiaal was in vergelijking met de situatie ten tijde van opname foutloos. Op een semantische geheugentaak gaf hij 14 en 9 voorbeelden van respectievelijk dieren en beroepen. De meander was duidelijker herkenbaar qua ritme en afwisseling. Ook de inprenting van acht verbaal aangeboden woorden verliep met een 30% hogere score aanmerkelijk beter; de leercurve was gelijkmatiger: 4-5-5-7-7. De prestatie op de ADS bleek dermate verbeterd dat met een gewogen totaalscore van 5 de a posteriori kans op een dementieel syndroom vrijwel verdwenen was. De kans dat een dergelijke vooruitgang op toeval berust is slechts 2%. Ook op de overige onderdelen was er sprake van een zichtbare verbetering: bij het hanteren van voorwerpen maakte de patiënt nog slechts één fout, bij de tijdsaanduiding op een blanco wijzerplaat positioneerde de patiënt slechts alleen nog de grote wijzer foutief en de interpretatie van de getekende afbeelding was in tegenstelling tot de eerste keer helder en bondig.

### Nabespreking

De diagnostiek van een dementiesyndroom op grond van klinische verschijnselen wordt geformuleerd in termen van waarschijnlijkheid. Met het oog op de consensus over de betrouwbaarheid van de criteria voor DLB kunnen de boven beschreven gedragsproblemen toegeschreven worden aan cerebrale degeneratie ten gevolge van Lewy lichaampjes. De aanwezigheid van de drie kernsymptomen, ondanks de MRI-bevindingen passend bij enige vasculaire problematiek, vormt een sterke aanwijzing voor DLB. Het gestage, al langere tijd bestaande, proces van cognitieve achteruitgang pleit voor een onomkeerbaar proces. Bovendien leverde uitgebreide screening op een GAAZ geen behandelbare verklaring op voor het totale klachtenpatroon, zodat de mogelijkheid van een tijdelijke ontregeling in de zin van een delier werd verworpen.

Behandeling met rivastigmine, een cholinesterasremmer, had bij deze patiënt een aantoonbaar effect op gedrag én cognitie. De delierachtige, neuropsychiatrische symptomen zoals de visuele hallucinaties, de apathie en de motorische onrust verdwenen. Uit observaties met de GIP bleek niet alleen een gunstig effect op de diverse gedragsparameters, ook uit neuropsychologisch onderzoek bleek dat de cognitie aan-

**Tabel 1. Scorepatroon op acht testen, voor en na behandeling met rivastigmine. (Testing scores on eight measurement instruments before and after treatment with rivastigmine).**

Testonderdeel	scorebereik min-max	score voormeting	score nameting
CST	0-14	13	13
visueel geheugen (ADS)	30-0	5	0
oriëntatie (ADS)	0-4	3	3
fluency (ADS)	0-	17	23
meander (ADS)	0-4	0	3
verbaal geheugen (ADS)	0-40	16	28
apraxie-onderzoek	0-90	78	88
kloktekenen	0-10	8	9

toonbaar was verbeterd. De verbetering was zodanig dat ontslag naar huis volgde. In de literatuur is men positief over de effectiviteit van middelen die het cholinerge systeem bij patiënten met een dementieel syndroom beïnvloeden. Men neemt aan dat de basale kernen worden geactiveerd waardoor beperkingen in de alertheid en gerichte aandacht afnemen, en patiënten meer informatie opnemen en onthouden. Het effect zou afhangen van de ernst van de cognitieve functiestoornissen. Bij voortgeschreden dementering is er weinig winst in het cognitieve domein te behalen en zou louter de neuropsychiatrische symptomatologie verminderen. De suggestie wordt gewekt dat er sprake is van dissociatie tussen beide fenomenen.<sup>8</sup> In deze gevalbeschrijving en uit verslag van een recent gecontroleerd onderzoek<sup>6</sup> blijkt nu meer samenhang dan aangenomen wordt. Waarschijnlijk komt dit voort uit de verschillende effecten die cholinesteraseremmers teweeg brengen bij de diverse neuropathologische aandoeningen. Bij een ziekte van Alzheimer staan de cognitieve functiestoornissen meer op de voorgrond en bij een dementie met Lewy bodies de neuropsychiatrische verschijnselen. In vergelijking met de ziekte van Alzheimer valt op dat in het patroon van stoornissen de oriëntatie bij deze patiënt opvallend goed was, zelfs in een fase waarin de patiënt last had van verwardheid.

Met rivastigmine waren niet alle problemen verdwenen. Zo had de patiënt nog steeds moeite met een visuo-constructieve opdracht zoals kloktekenen en was de reproductie van semantische informatie verminderd. Het prestatieniveau was niettemin zo goed dat aan de differentiaaldiagnose dementie aan de hand van de testuitslagen op de ADS getwijfeld zou kunnen worden. Gezien het beloop en de typerende (rest)verschijnselen is de diagnose DLB aannemelijk en lijkt de sensitiviteit van een testbatterij als de ADS bij deze relatief intelligente patiënt verminderd. Het bovenbeschreven resultaat heeft slechts betrekking op een behandeling bij één patiënt. Momenteel is niet bekend hoe lang een dergelijk effect aanhoudt en welke complicaties we voor de toekomst mogen verwachten. Overigens kunnen ook spontane fluctuaties, die bij patiënten met DLB optreden, hebben bijgedragen aan het in dit artikel beschreven spectaculaire herstel. Uit een gecontroleerd onderzoek zal nog moeten blijken in hoeverre cholinesteraseremmers bij patiënten met DLB blijvend gunstige effecten teweegbrengen.

## Literatuur

- McKeith IG, Galsko D, Kosaka K, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on the DLB international workshop. *Neurology* 1996; 47: 1113-24.
- Ballard C, Holmes C, McKeith IG, et al. Psychiatric morbidity in dementia with Lewy bodies: a prospective clinical and neuropathological comparative study with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1039-45.
- Coffey CE, Cummings JL. *Geriatric neuropsychiatry*. Washington: The American Psychiatric Press, 2000.
- Barber R, Scheltens P, Gholkar A, et al. White matter lesions on magnetic resonance imaging in dementia with Lewy bodies, Alzheimer's disease, vascular dementia, and normal aging. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1999; 67: 66-72.
- Londos E, Passant U, Brun A, et al. Clinical Lewy body dementia and the impact of vascular components. *Int J Geriatr Psychiatr* 2000; 15: 40-9.
- Aarsland D, Bronnick K, Karlsen K. Donepezil for dementia with Lewy Bodies. A case study. *Int J Geriatr Psychiatr* 1999; 14: 69-74.
- McKeith IG, Grace JB, Walker Z, et al. Rivastigmine in the treatment of dementia with Lewy Bodies: preliminary findings from an open trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 387-392.
- McKeith I, Del Ser T, Anand R, et al. Rivastigmine provides symptomatic benefit in dementia with Lewy bodies: findings from a placebo-controlled international multicenter study. *Voordracht 52nd annual meeting of the Academy of Neurology*, mei 2000.
- Gool WA van. Het effect van rivastigmine bij de ziekte van Alzheimer. *Geneesmiddelenbulletin* 2000; 34: 17-22.
- Cummings JL. Cholinesterase inhibitors: a new class of psychotropic compounds. *Am J Psychiatr* 2000; 157: 4-15.
- Evans M, Ellis A, Watson D, et al. Sustained cognitive improvement following treatment of Alzheimer's disease with Donepezil. *Int J Geriatr Psychiatr* 2000; 15: 50-3.
- Livingstone G, Katona C. How useful are cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer's disease? A number needed to treat analysis. *Int J Geriatr Psychiatr* 2000; 15: 203-7.
- Verstraten PFJ, Eekelen CWJM van. *Handleiding voor de GIP*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1987.
- Jonghe JFM de, Calis PJA, Boom-Poels PGM. Gedragsdimensies van oudere patiënten: factorstructuur van de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP). *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1996; 27: 159-64.

## Bijlage 1: Gegevens over leeftijd en gedragsobservaties met de GIP van 106 patiënten die langer dan zes weken waren opgenomen. Gemiddelden en standaard deviaties. [Age and standardised behavioural ratings of 106 patients after a six week admission. Means and standard deviations]

	gemiddelde	standaarddeviatie
leeftijd	75,1	7,0
subschaal GIP:		
niet-sociaal gedrag	10,14	4,96
apatisch gedrag	7,77	3,53
bewustzijnsstoornissen	3,58	3,35
decorumverlies	2,60	2,40
opstandig gedrag	3,82	3,05
incoherend gedrag	2,41	2,61
geheugenstoornissen	3,49	3,39
gedesoriënteerd gedrag	1,88	3,07
zinloos repetitief gedrag	1,83	2,67
rusteloos gedrag	6,13	3,38
achterdochtig gedrag	4,18	5,42
zwaarmoedig gedrag	7,68	3,97
afhankelijk gedrag	6,26	3,56
angstig gedrag	3,24	3,81



15. Jonghe JFM de, Kat MG, Rottier WPTJ, Reus R de. De Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric en de klinische diagnose; een vergelijking met de BOP en NOSIE-30. Tijdschr Gerontol Geriatr 1995; 26: 24-9.
16. Graaf A de, Deelman BG. Handleiding Cognitieve Screening Test. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1991.
17. Lindeboom J, Jonker C. Amsterdamse Dementie-Screeningstest Lisse: Swets & Zeitlinger, 1989.
18. Heugten CM van, Dekker J. e.a. A diagnostic test for apraxia in stroke patients: internal consistency and diagnostic value. The Clinical Neuropsychologist 1999;13:182-92.
19. Manos PJ. Ten-point clock test sensitivity for Alzheimer's disease in patients with MMSE scores greater than 23. Int J Geriatr Psychiatr 1999;14: 454-8.

Aanvaard: juni 2000

## G

### Boekbespreking

Johnson T.F. (ed). *Handbook on ethical issues in aging*. Westport: Greenwood press, 1999. 420 p., incl. index, £ 70,95.

Morele problemen in de ouderenzorg mogen zich verheugen in een toenemende belangstelling. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te voeren. De meest voor de hand liggende is de toename van het aantal ouderen in de naaste toekomst. Maar er zijn meer redenen: de groep ouderen emancipeert en wordt zich meer bewust van zijn rechten. Maar ook de zorg professionaliseert. Juist in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en in de thuiszorg is de laatste jaren hard gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het formuleren van kwaliteitseisen. Ook dat brengt met zich mee dat een aantal situaties nu als misstanden aan de kaak wordt gesteld.

Wie over morele vragen in de ouderenzorg wil nadenken heeft een moreel denkkader nodig. Sommige menen dat hiervoor specifieke morele noties en een visie op ouderdom als levensfase moeten worden ontwikkeld. Anderen kiezen er echter voor om hun kader te ontleen aan de algemene (medische) ethiek. Dat laatste gebeurt in het 'Handbook on ethical issues in aging' dat vorig jaar verscheen onder redactie van Tanya Fusco Johnson, een gerontoloog uit Hawaï. In hoofdstuk 1 worden expliciet de vier bekende ethische principes van Beauchamp en Childress omarmd (autonomy, beneficence, nonmaleficence, justice), zij het dat daaraan nog worden toegevoegd 'privacy, fidelity and accountability'. Ethiek is in dit boek echt toegepaste ethiek in zijn zuiverste vorm (en dat is geen compliment). Dat geen poging wordt ondernomen om een visie op ouderdom te ontwikkelen die als achtergrond zou kunnen dienen voor het bespreken van verschillende morele problemen, zal na deze inleiding niet verbazen.

Het boek kent een ordening waarbij per hoofdstuk een ander type van zorg centraal staat. Achtereenvolgens wordt de lezer dus op de hoogte gebracht van de 'ethical

issues in spiritual care', die in 'medical care', in 'terminal care', in 'nonfamily care', 'family care', 'legal care', 'long-term care', enz. Een thematische ordening mist men hierbij echter node.

Van een boek dat zich als handboek afficheert mag je verwachten dat je op een doeltreffende manier gebracht wordt bij een beknopt overzicht over een bepaald thema of probleem waarin de 'state of the art' op dat punt wordt uiteengezet. Daar waar men de hoofdstukken niet thematisch ordent zou een index uitkomst kunnen bieden. Een zeker niet representatieve proef op de som maakte mij niet veel gelukkiger met dit boek. Stel dat iemand iets zou willen weten over het probleem van de schaarste in de gezondheidszorg dan komt hij via 'resource allocation' uit bij een hoofdstuk over 'quality of care' met veel Amerikaanse getallen, maar zonder een bespreking van de theorie van Daniels. En stel, je wilt iets weten over euthanasie, dan kom je uit bij het hoofdstuk van Dallas High waarin hij in drie pagina's de grote lijnen van het debat schetst, zonder echt de argumenten op een rij te zetten. Nederland komt er trouwens genadig af in zijn bespreking, want wordt alleen neutraal als 'social experiment' genoemd. Men mist dus niet alleen een heldere ordening in dit boek, men mist ook ethische diepgang.

Dat neemt niet weg dat lezing van het boek ook duidelijk maakte dat ook ethici in de Verenigde Staten aan het zoeken zijn naar aanvulling op de genoemde vier principes met hun overwaardering van het principe van respect voor autonomie daarbinnen. De ethiek van de zorg wordt op verschillende plaatsen genoemd en in het laatste hoofdstuk schetst de redacteur haar versie van een discursieve ethiek à la Habermas en Moody. Mijn indruk is dat haar 'communicative ethics' vooral veel van het eerste en weinig van het laatste behelst, maar dat een poging gedaan is om uit de individualistische beslissingsethiek te komen valt alleszins te waarderen.

Dr. J.J.M. van Delden, verpleeghuisarts en ethicus, verpleeghuis Rosendaal, Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht, Utrecht