

# TIJDSCHRIFT VOOR ouderen- geneeskunde



## **Themanummer: Samenwerking specialist ouderengeneeskunde en huisarts**

**In dit nummer o.a.:**

**De kloof tussen generalist en  
specialist overbrugd**

**Zorgadvies aan huis: de werkwijze  
van een ouderenteam nader  
bekeken**

**Samenwerking tussen huisartsen  
en het Mobiel Geriatisch Team  
Houten**

**Overlijden bij dementie; oost  
west, thuis best?**

# Inhoudsopgave

december 2010



235  
Huisbezoek  
**Amuse**



237  
Loopbaanverandering  
**Van Houdt**



238  
Loopbaanverandering  
**Jean Hensels**



263  
Mieke Draijer  
**Woord voorzitter**

- 218 Samenwerking specialist ouderengeneeskunde en huisarts: nog geen gemeengoed, maar wel groeiende
- 219 De kloof tussen generalist en specialist overbruggd. Het geriatrisch spreekuur in de huisartsenpraktijk
- 223 Zorgadvies aan huis. De werkwijze van een ouderenteam nader bekeken
- 228 De specialist ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis: van een nevelig perspectief naar een helder doel
- 235 Amuse: Huisbezoek
- 236 Loopbaanverandering: Van huisarts tot specialist ouderengeneeskunde
- 237 Loopbaanverandering: Van verpleeghuisarts tot huisarts
- 238 De verpleeghuisarts moet weloverwogen over de drempel komen
- 242 Ouder worden en wel zijn, regie in eigen hand
- 244 Samenwerking tussen huisartsen en het Mobiel Geriatrisch Team Houten: zorg voor kwetsbare ouderen thuis
- 250 Boekbespreking
- 251 Overlijden bij dementie; oost west, thuis best? Een pleidooi voor meer samenwerking met de huisarts
- 257 Specialist ouderengeneeskunde als katalysator
- 260 Boekbespreking
- 261 Bureau Verenso: Ketenzorg door consultatie
- 264 Woord voorzitter: Beschouw de patiënt én de huisarts als klant

# Samenwerking specialist ouderengeneeskunde en huisarts: nog geen gemeengoed, maar wel groeiende

**Jos Konings, hoofdredacteur /**  
**Correspondentie: hoofdredacteur@verenso.nl**



Jos Konings

In het KNMG-rapport 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' d.d. 25 maart 2010 worden onder meer de volgende knelpunten in de thuissituatie opgesomd: te late signalering van (medische) problemen, huisartsen kunnen door een hoge werkdruk vaak onvoldoende tijd vrijmaken om alle problemen te inventariseren, het ontbreken van systematische probleemanalyse en het ontbreken van een gevalideerd en gebruikersvriendelijk (elektronisch) instrumentarium. Eveneens dit voorjaar ontvingen alle huisartsen een folder met praktische informatie over het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde. Daarin werd een opsomming gegeven van met welke vragen huisartsen bij specialisten ouderengeneeskunde terecht kunnen en welke werkwijze wordt gehanteerd. Hoewel het al vele jaren mogelijk is om consulten van artsen vanuit het verpleeghuis in de eerste lijn gefinancierd te krijgen, werd daar tot voor enkele jaren geleden nog maar in heel beperkte mate gebruik van gemaakt. De laatste jaren lijkt daar wel, zij het soms nog maar mondjesmaat, verandering in te komen. Met het NHG-congres van 2009 (Ga Voor (G)Oud) en het verschijnen van het KNMG-standpunt in het bovengenoemde rapport en enkele daaraan gewijde conferenties is de druk voor samenwerking van specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen en andere eerstelijns werkers aanzienlijk toegenomen. De eerste resultaten van een recent gehouden enquête over die samenwerking worden elders in dit tijdschriftnummer gepubliceerd. Dit nummer is verder geheel gewijd aan die samenwerking. Koenen et al. maken melding van hoe in Dongen het geriatrisch spreekuur in de huisartsenpraktijk is vormgegeven en de verworvenheden die dat tot op heden

heeft opgeleverd. Aan de hand van de bespreking van een complexe casus geeft De Groot weer op welke wijze een consultteam vanuit het verpleeghuis, bestaande uit een verpleegkundige, arts en psycholoog, de huisarts en andere eerstelijns werkers ondersteunt. Alle aanvragen worden teruggekoppeld naar de huisarts, zodat deze optimaal zijn/haar coördinerende rol kan blijven vervullen. Heerema et al. beschrijven met welke werkwijze specialisten ouderengeneeskunde huisartsen en zorgteams in verzorgingshuizen kunnen ondersteunen bij kwetsbare ouderen (vanaf ZZP 3) en van welke financieringsbronnen daarbij gebruikgemaakt kan worden. Schols relateert in zijn beschouwende artikel de extramurale inbreng van de 'verpleeghuisarts' en stelt, dat het geen zin heeft de concurrentiestrijd met de huisarts aan te gaan. Hij pleit in zijn slotbeschouwing voor een ondersteunende rol van de specialist ouderengeneeskunde en daarmee blijkt zijn standpunt minder ver van de Verenso-koers af te liggen dan uit de rest van zijn artikel gelezen kan worden. Van Schie, kaderhuisarts ouderengeneeskunde, beschrijft haar positieve ervaringen in de samenwerking met haar collega specialist ouderengeneeskunde Van de Hoeve. Uit het artikel van Falck et al. blijkt dat een al wat langduriger samenwerking leidt tot het in een vroegere fase ingeschakeld worden, waarmee de mogelijkheid om preventief hulp in te zetten wordt verruimd. De redactie hoopt met dit themanummer een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling en uitbouw van de samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en huisarts.

## Colofon

**Hoofdredacteur**  
Dr. Jos W.P.M. Konings

**Redactie**  
Prof. dr. Wilco P. Achterberg  
Drs. Elis A.M. Bardelmeijer  
Drs. Jacobien F. Erbrink  
Drs. Martin W.F. van Leen  
Dr. Dika H.J. Luijckijck  
Drs. Lonneke G.J.A. Schuurmans

**Eindredacteur**  
Ria Appelman / Judith Heidstra

**Redactie secretariaat**  
Bureau Verenso, Judith Heidstra  
Postbus 20069, 3502 LB Utrecht

Reacties naar [redactie@verenso.nl](mailto:redactie@verenso.nl).  
Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (voorheen Tijdschrift voor Verpleeghuis-geneeskunde) verschijnt 6 keer per jaar. Voor Verenso-leden is het abonnement bij de contributie inbegrepen.

**Voor informatie en adreswijzigingen**  
Verenso-leden: (030) 28 23 481. Niet-leden van de Verenso kunnen een betaald abonnement nemen via de uitgever.

**Uitgever**  
Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media; Het Spoor 2  
Postbus 246, 3990 GA Houten  
tel. (030) 638 38 38, fax: (030) 638 38 39

**Abonnementen en adreswijzigingen**  
Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum  
Postbus 246, 3990 GA Houten  
tel. (030) 638 37 36, fax: (030) 638 39 99  
Voor informatie en bestellingen raadpleeg [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)

**Abonnement**  
Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

**Abonnementsprijzen**  
Jaarabonnement (incl. BTW en verzend- en administratiekosten), Particulieren Nederland € 51,50, Studenten en artsen in opleiding € 25,75, Instellingen € 59,25. Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Prijs per nummer € 11,40. Prijswijzigingen voorbehouden.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 32107635 op 1 januari 2008. De voorwaarden zijn in te zien op [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl) of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

**Ontwerp**  
Het Lab grafisch ontwerpers BNO

**Grafische uitwerking**  
Artcrew bv, Moerkapelle

**Advertentieverkoop Farma & Voeding**  
Bohn Stafleu van Loghum, Het Spoor 2, Postbus 246, 3990 GA Houten  
Advertentietarieven op aanvraag.  
Hafize Guven-Onder; tel. 030-638 39 75; [h.guven@bsl.nl](mailto:h.guven@bsl.nl), fax (030) 638 38 39  
[www.bsl.nl/advertiser](http://www.bsl.nl/advertiser)

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en na schriftelijke toestemming van de uitgever.

Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Bohn Stafleu van Loghum BV, gedeponerd ter griffie van de rechtbank te Utrecht onder nummer 381/2003 van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden zijn in te zien op [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl), of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.

**Richtlijnen voor auteurs**  
Instructies voor het indienen van artikelen vindt u op [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl)

**Fotografie**  
Foto Mieke Draijer: Mustafa Gumussu  
ISSN 1879-4637

**HOI** 2010  
P R I N T  
Nederlands uitgeversverbond  
Groep uitgevers voor vak en wetenschap



# De kloof tussen generalist en specialist overbrugd

## Het geriatrisch spreekuur in de huisartsenpraktijk

**Coert A.C.A. Koenen**, eerste geneeskundige en specialist ouderengeneeskunde bij Volckaert-SBO te Dongen en Oosterhout / **Dr. Katrien G. Luijkx**, senioronderzoeker Chronische Zorg bij Tranzo, Universiteit van Tilburg / **Prof.dr. Gert P. Westert**, hoogleraar kwaliteit van huisarts- en ziekenhuiszorg bij Tranzo, Universiteit van Tilburg / **Ada Vijfinkel**, specialist ouderengeneeskunde en binnenkort kaderarts psychogeriatric bij Volckaert-SBO te Dongen en Oosterhout / **Prof.dr. Jos M.G.A. Schols**, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde bij CAPHRI, Universiteit Maastricht / **Correspondentie: ckoenen@Volckaert-SBO.nl**

### Inleiding

In 1987 werd de consultatiefunctie van verpleeghuisartsen formeel operationeel. De huisarts kan sindsdien voor patiënten thuis of in het verzorgingshuis advies vragen aan de specialist ouderengeneeskunde, toen nog verpleeghuisarts genoemd.<sup>1</sup> Momenteel is het een AWBZ-functie onder de noemer extramurale behandeling, die geen CIZ-indicatie vereist. In de literatuur<sup>2-5</sup> zijn voorbeelden van deze consultatiefunctie beschreven. Omdat het moeilijk is om tijdig gezondheidsrisico's en complexe multimorbiditeit te signaleren en te komen tot een goede regie over de zorg in de eerste lijn, adviseert de Gezondheidsraad om in de eerste lijn veel meer gebruik te maken van de consultatiefunctie.<sup>6</sup> Als de specialist ouderengeneeskunde of een van de andere behandel- c.q. begeleidingsdisciplines van het verpleeghuis extramuraal concreet gaat (mee) behandelen, is een CIZ-indicatie wel nodig. Dit geldt voor thuiswonende ouderen en voor ouderen in een verzorgingshuis. De huisarts blijft hoofdbehandelaar en poortwachter voor verdere tweedelijnsdiagnostiek, -begeleiding en -behandeling. Vanwege zijn specialisatie in ziektediagnostiek, zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement, vonden de huisartsenpraktijken in Dongen in Noord-Brabant het zinvol om de specialist ouderengeneeskunde te betrekken in de huisartsenpraktijk. Ervaren wordt immers dat men steeds meer met thuiswonende kwetsbare ouderen te maken krijgt; en in de rol van regisseur en poortwachter behoefte heeft aan innovatieve manieren van medische en verpleegkundige praktijkondersteuning.<sup>4,5</sup> Dit artikel beschrijft het in Dongen (Midden-Brabant) ontwikkelde geriatrisch spreekuur in de huisartsenpraktijk, een model van medische en verpleegkundige ondersteuning van de huisartsenzorg.

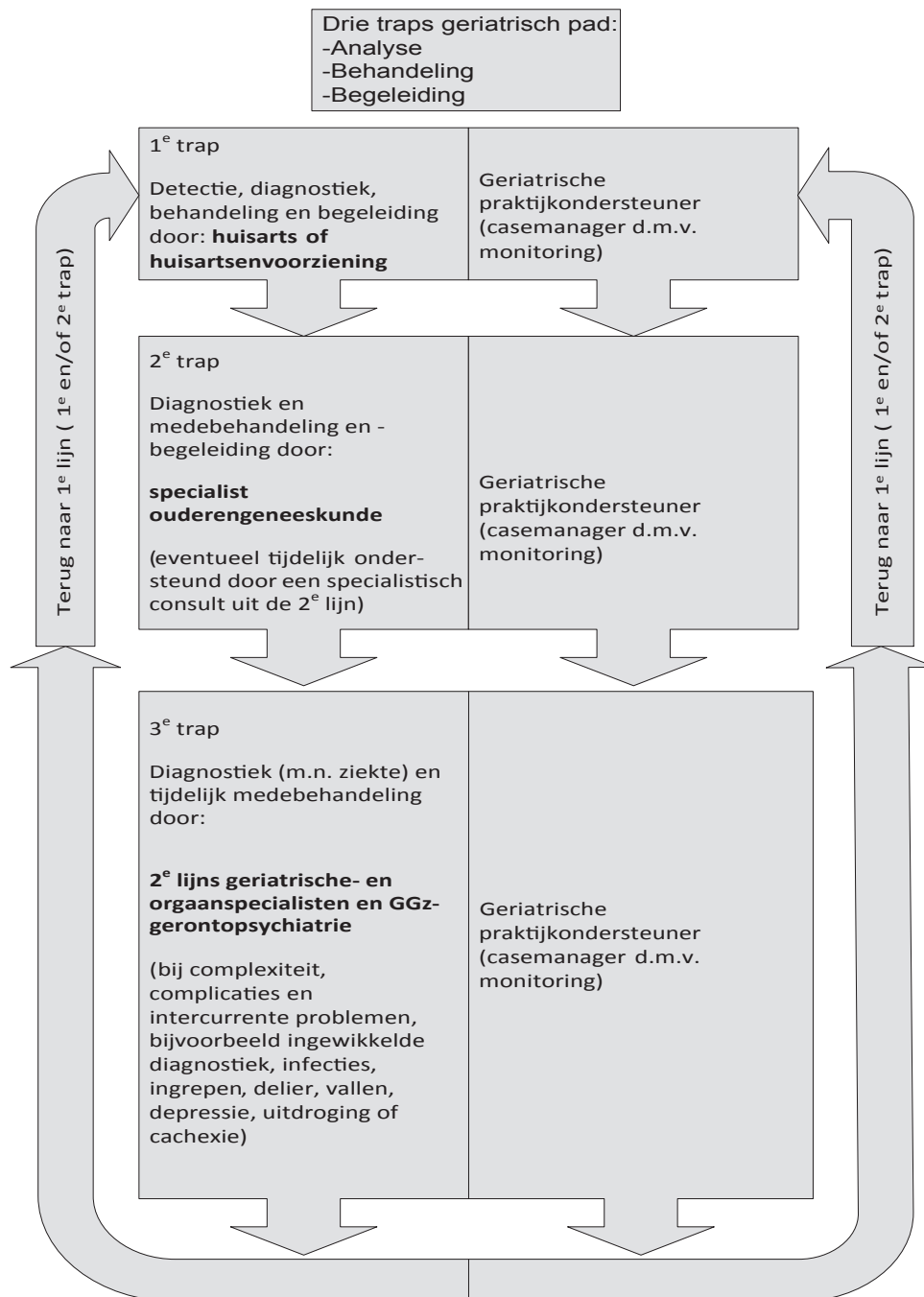
### Het 'Dongense geriatrische model' in de praktijk

In Dongen e.o. is het geriatrisch spreekuur ingevoerd. In een grote HOED (huisartsen onder een dak) met ca. 13.000 patiënten gelegen op het terrein van een verzorgings- en verpleeghuis en in een wat kleinere HOED met 6.500 patiënten, aan de andere kant van het dorp.

Het doel van het geriatrisch spreekuur is om via aanvullende ziektediagnostiek met behulp van oriënterend psychiatrisch, neurologisch en internistisch onderzoek, ouderen van een geriatrische diagnose te voorzien. Daarnaast beoogt het geriatrisch spreekuur bij de gevonden kwetsbare ouderen met complexe (multi)morbiditeit tijdig alle relevante zorgproblemen in kaart te brengen (zorgdiagnostiek). Indien daarna sprake is van een langdurige complexe multidisciplinaire zorg- en behandelingsituatie, kan de patiënt door de specialist ouderengeneeskunde in medebehandeling worden genomen. Bijkomend doel van het geriatrisch spreekuur, dat bovendien ondersteund wordt door een geriatrische praktijkondersteuner, is dat de groep kwetsbare ouderen op elk moment de juiste zorg, behandeling en ondersteuning krijgt, waardoor crisissituaties zo veel mogelijk worden voorkomen. In oktober 2007 is in Dongen ten behoeve van dit geriatrisch spreekuur met het Zorgkantoor Midden-Brabant en UVIT als Zorgverzekeraar pilotfinanciering voor 2 jaar afgesproken.

### Hoe werkt het geriatrisch spreekuur

Het geriatrisch spreekuur werkt vanuit een (zie figuur 1) getrappt model (drietraps), waarin een geriatrisch geschoolde praktijkondersteuner als casemanager meeloopt. Deze praktijkondersteuners zijn afkomstig uit de drie samenwerkende organisaties, te weten uit de huisartsenpraktijk zelf, ingehuurd van de thuiszorgorganisatie (Thebe) of van het verpleeghuis (Volckaert-SBO in Dongen).



Figuur 1: Het getrapte geriatrische model.

Deze geriatrische praktijkondersteuner ondersteunt zowel de huisarts als de specialist ouderengeneeskunde. Bij patiënten met langdurige zorg- en behandelbehoeften heeft hij/zij ook de rol van continue casemanager ten behoeve van de patiënt en diens steunende systeem.

### De getrapte praktijk

**1<sup>e</sup> trap:** Binnen de eerste trap worden kwetsbare ouderen opgespoord door de geriatrische praktijkondersteuner met behulp van het Easy Care Assessment,\* aangevuld met een MMSE (Mini Mental State Examination), een EDIZ (ervaren druk door informele zorg), een mantelzorgbelastingtest

en een Barthel ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen)-index. Het Easy Care Assessment is door de Radboud Universiteit van Nijmegen vertaald uit de Engelse geriatrische praktijk, doorontwikkeld en vervolgens onder andere geïmplementeerd in het geriatrisch netwerk Midden-Brabant. In samenwerking met de projectleider van de Radboud Universiteit Nijmegen zijn de huisarts en praktijkondersteuner van beide HOED-praktijken geschoold. Het Easycare Assessment is een instrument om kwetsbare ouderen op te sporen. Vervolgens kunnen de chronische, kwetsbare, geriatrische en/of complexe patiënten met het instrument door herhaalmetingen, dan wel evaluatierapportages, worden gevolgd (gemonitord),

begeleid en bijgestaan en de resultaten van interventies gemeten. Er worden met het instrument grofweg vijf probleemgebieden in kaart gebracht, te weten: de cognitie, gedrag, stemming, mobiliteit en voeding. De aanvullende testen (MMSE, Barthel en EDIZ) zijn gekozen om samen met het Easy Care Assessment een vollediger beeld van de oudere te krijgen en diens ontwikkeling te kunnen volgen in de tijd. Al deze aanvullende testen zijn valide en betrouwbaar en worden bovendien ook internationaal veelvuldig gebruikt. Bij eventueel wetenschappelijk onderzoek zijn vergelijkingen met ander onderzoek daardoor goed mogelijk.

In de huisartsenpraktijken hanteerde men de volgende selectiecriteria voor afname van het Easy Care Assessment: leeftijd (85-plus) en/of regelmatige raadpleging van de huisarts door de patiënt met problemen die ogenschijnlijk met een hoge kwetsbaarheid samenhangen. Vervolgens wordt door de huisarts een geriatrische diagnose of, indien dit niet mogelijk is, een werkhypothese in het HIS-systeem beschreven. Als daar aanleiding toe is, wordt na overleg tussen de artsen een opdracht tot verder volgen en monitoren van de patiënt aan de geriatrische praktijkondersteuner gegeven. Deze is dus als continue casemanager beschikbaar voor de patiënt en het patiëntensysteem en kan bij intercurrente aandoeningen een rol spelen bij het op tijd signaleren en advies geven over mogelijke hulp. Eventueel wordt door de huisarts besloten een trap verder te gaan.

**2<sup>e</sup> trap:** In de 2<sup>e</sup> trap, ingevuld door een (ambulant werkzame) specialist ouderengeneeskunde, vindt het feitelijke geriatrisch spreekuur plaats. Selectie van ouderen voor het spreekuur kan op verschillende manieren plaatsvinden:

- 85-plus en door de huisarts vanuit het Easy Care Assessment aangemerkt als kwetsbaar en complex (in de 1<sup>e</sup> trap bepaald en beschreven);
- patiënten die bij de huisarts al bekend zijn als kwetsbare (complexe) ouderen en/of vaak komen, zonder Easy Care Assessment vooraf;
- patiënten die bij de specialist ouderengeneeskunde al bekend waren, vanuit een eerdere kortdurende opname of breed multidisciplinair en specialistisch klinisch onderzoek (GOAC in het Amphia Ziekenhuis in Oosterhout) en consultatie door samenwerking van verpleeghuis-, GGz- en ziekenhuisspecialisten;<sup>7</sup> om te toetsen of medebehandeling voor een bepaalde periode (opnieuw) zinvol wordt geacht; eventueel als een vorm van nazorg na ontslag uit het verpleeghuis.

De patiënt wordt door de specialist ouderengeneeskunde, bij voorkeur in de spreek- en onderzoekkamer van de huisarts, gezien. De problemen, diagnoses en acties worden door de

huisarts, praktijkondersteuner en bij voorkeur ook de specialist ouderengeneeskunde in het HIS beschreven. Daarnaast hebben de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts een aantal specialisten uit de tweede lijn als consultants naar de eerste lijn gehaald, om de stappen tussen de trappen zo klein mogelijk te maken en de continuïteit van zorg beter te waarborgen. Dit geldt zelfs als gedurende het ziektebeloop tijdelijke opname in het ziekenhuis nodig is. Op het Dongepark van Volckaert-SBO zijn daartoe klinisch geriatrische, geriatrische revalidatie, gerontopsychiatrische en -orthopedische spreekuren georganiseerd. Zo poogt men door anticiperend trajectdenken aan disease- en veiligheidsmanagement te doen.

Op het moment dat de problematiek voor de specialist ouderengeneeskunde, casemanager en huisarts te complex wordt ingeschat, en de eerstelijnsonderzoeksfaciliteiten ontoereikend zijn, wordt de diagnostiek en/of behandeling tijdelijk overgedragen aan de 3<sup>e</sup> trap. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen bij een lewybodydementie en een delier op basis van een urosepsis, waarbij (als een actief beleid zinvol wordt geacht) intraveneuze antibiotische behandeling in het ziekenhuis met delierbehandeling nodig is.

**3<sup>e</sup> trap:** De ziekenhuisspecialisten en -onderzoekscentra zoals geriatrische ziekenhuispoli's, geriatrische centra of, GGz-specialisten worden bij (tijdelijke) te complexe en/of moeilijke intercurrente aandoeningen voor kortdurende uitgebreidere specialistische ziektediagnostiek (bijvoorbeeld MRI-scan of liquorpunctie) en intensieve behandeling ingezet. Deze trap dient zo kort mogelijk te duren, daar een langdurige opname in het ziekenhuis in het algemeen als nadelig voor de kwetsbare geriatrische patiënt wordt beschouwd en de huisarts de regiefunctie kwijt kan raken.

De casemanager (geriatrische praktijkondersteuner) staat de patiënt ook gedurende de 3<sup>e</sup> trap bij. Hij of zij blijft zodoende de linking pin tussen de huisartspraktijk en de eventueel betrokken specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast regelt de casemanager ook allerlei praktische zaken, zoals indicatieaanvragen voor (tijdelijke of blijvende intramurale) zorg en behandeling of andere nazorgmodaliteiten. Door de continue monitoring in de eigen woonomgeving door de casemanager kan bijvoorbeeld respijtzorg en andere plaatsing versneld geregeld worden. Hij of zij bewaakt en evalueert ook namens de patiënt en/of vertegenwoordiger dat professionals hun afspraken nakomen. De casemanager zorgt tevens voor continuïteit van zorg door bewaking van het vastleggen (door huisarts en specialist ouderengeneeskunde) van de, in alle schakels van de keten, verzamelde gegevens in het HIS van de huisarts.

## Vervolg van het transmurale geriatrische getrapte pad

Indien er voldoende aan ziekte- en zorganalyse (ziekte- dan wel zorgdiagnostiek) gedaan is, wordt door de casemanager, specialist ouderengeneeskunde en huisarts bepaald of het zinvol en doelmatig is een transmuraal zorgleefplan te maken. Daarin worden de taken van alle professionals naast de andere geplande en doorlopende acties expliciet vastgelegd. Belangrijk daarbij is ook dat concreet benoemd wordt welke risico's dienen te worden bewaakt. In de zorgleefplannen die wij hanteren, zijn daarom standaardrisico's opgenomen zoals vallen, ondervoeding, gedrags- en emotionele (depressieve) problemen, gevaarlijke woonomstandigheden en delier.

Vaak bestaat de medebehandeling door de specialist ouderengeneeskunde tevens uit het voorzitten en interdisciplinair coördineren van de evaluatie van het zorgleefplan, mede namens de regievoerder (de huisarts).

## Verworvenheden en conclusies

Na een aantal evaluaties (dataverzameling van evaluatie-indicatoren, tevredenheidsonderzoeken en besprekingen) met zorgverzekeraar en zorgkantoor kan gesteld worden, dat na de pilotfase van twee jaar de volgende verworvenheden zijn gerealiseerd:<sup>8</sup>

- grote tevredenheid bij alle betrokkenen;
- minder onnodige verwijzingen voor uitgebreidere geriatrische of orgaanspecialistische diagnostiek, met name ook minder psychogeriatrische crisisopnames;
- gerichtere verwijzing naar de 3<sup>e</sup> trap (specialistisch geriatrisch diseasemanagement) met duidelijke vraagstelling en verwachting vooraf;
- meer contact en afstemming tussen de verschillende professionals in de totale medische as;
- betere kennis van de (on)mogelijkheden van verschillende professionals;
- snellere consensus over de te volgen geriatrische trajecten, ook doordat geriatrische praktijkondersteuners de relaties met belanghebbenden goed onderhouden;
- de van origine uit de drie verschillende organisaties afkomstige geriatrische praktijkondersteuners bewerkstelligen door intervisie een toename van kennis en kunde bij collega's binnen de eigen organisaties.

Verbeteringen kunnen nog worden bereikt door:

- betere uitwisseling en koppeling van het EPD (elektronisch patiëntendossier) van de specialist ouderengeneeskunde en zijn of haar samenwerkende paramedische en verpleegkundig specialisten en het HIS (met name als er een intensievere medebehandelingsrelatie ontstaat);
- wetenschappelijk evaluatie, onder andere van de kosten en baten. Daarvoor is wel een grotere schaal nodig.

## Literatuur

1. Schols JMGA, Wierik MJ te. Verpleeghuiszorg buiten de muren; dagbehandeling, consultatie en substitutieprojecten. Ned Tijdschr Geneeskd 1993; 137(52): 2717-2722.
2. Schols JMGA, Veer AJE de, Kerkstra A, et al. Variatie in samenwerkingsintensiteit tussen de verpleeghuisarts en huisarts in Nederland. Tijdschr Gezondheidswetenschappen 2000; 6: 367-372.
3. Schols JMGA. Nadere beschouwing van de samenwerking tussen de verpleeghuisarts en huisarts; variatie in continuïteit van medische zorg gerelateerd aan diverse samenwerkingsvariabelen (proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht, 2000.
4. Dam van Isselt EF van, Schols JMGA. De consultatiefunctie van verpleeghuisartsen: een te weinig benutte toegevoegde waarde. Tijdschr Gerontol Geriatr 2007; 38(5): 255-261.
5. Dam van Isselt EF van, Schols JMGA, Hageman MLP. De verpleeghuisarts in consult: winst voor huisarts en patiënt. Huisarts Wetenschap 2007; 7: 325-328.
6. Gezondheidsraad. Multimorbiditeit bij ouderen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/20.
7. Koenen CACA, Borst V, Temmink AH, et al. Samenwerking verpleeghuis, ziekenhuis en GGZ. Tijdschr Verpleeghuisgeneeskde 2005; 30(5): 6-11.
8. Vijfvinkel A, Panken Y, Schols J. Specialist Ouderengeneeskunde Volckaert-SBO (ingediend TGG).

## Inhoud EasyCare Assessment:

\* De eerste 7 vragen hebben betrekking op de zintuigfuncties, de ervaren woonsituatie, de ervaren gezondheid en eenzaamheidsgevoelens. De vragen 8 t/m 24 hebben betrekking op ADL, BDL en mobiliteit. De scores op deze vragen leiden tot een afhankelijkheidsscore. Ook wordt bij elk van deze vragen nagevraagd wie hulp biedt als de onderzochte persoon niet (volledig) zelfstandig is voor de functie waar het om gaat.

# 'Zorgadvies aan huis'

## De werkwijze van een ouderenteam nader bekeken

Aafke J. de Groot, specialist ouderengeneeskunde bij vivium ABC / Correspondentie: a.degroot@vivium.nl

### Inleiding

Zeer veel ouderen met dementie wonen thuis en de complexiteit van de gezondheidsproblemen van ouderen neemt de komende decennia verder toe. In de KNMG-nota 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' wordt bepleit, dat alle artsen hun werkwijze zodanig veranderen dat medische zorg geïntegreerd wordt aangeboden in plaats van diagnosegebonden en versnipperd. Ook de gespecialiseerde ouderenzorg die zich voor consulten en behandelingen aan thuiswonende kwetsbare ouderen beschikbaar stelt, moet zich inspannen om zijn aanbod optimaal in de eerstelijnszorg te integreren.

Het Vivium ABC-team is een consultteam, bestaande uit verpleegkundige, arts en psycholoog dat beoogt de zorgvraag van de oudere, kwetsbare cliënt breed in beeld te brengen en samen met de betrokkenen richting te geven aan begeleiding, zorg en behandeling.

Het team krijgt een grote diversiteit van vragen.<sup>1</sup> Een minderheid van de consultaanvragen komt rechtstreeks van huisartsen, maar alle aanvragen worden naar de huisarts teruggekoppeld. Aanvragers van consulten zijn thuiszorgmedewerkers, zorgcoördinatoren van zorgcentra, medewerkers van dagbehandelingen, wachtlijstbegeleiders, mantelzorgers of familieleden van cliënten en ook wel cliënten zelf. Een consult van het ABC-team is multidisciplinair en vindt in drie tot zes weken zijn beslag. Hiermee onderscheidt het zich van de monodisciplinaire, korte consulten door de specialist ouderengeneeskunde die sneller afgehandeld moeten worden en die op direct verzoek van de huisarts plaatsvinden.

Consulten bij ouderen met dementie gaan vaak over het inzetten en aanvaarden van zorg bij het voortschrijden van de ziekte. Omdat dementie onvoorspelbaar verloopt en langdurig een wissel trekt op de omgeving, zijn beslissingen over het inzetten van diagnostiek, zorg, begeleiding en/of behandeling ingewikkeld. Zij hebben te maken met persoonlijke behoeften, keuzen en mogelijkheden. Stappen in het zorgproces bij dementie moeten in overleg met de betrokkenen met kennis van zaken genomen worden. Bij een dergelijke patiëntgeoriënteerde benadering is een gecoördineerde samenwerking tussen hulpverleners een voorwaarde.

### Casus

#### **Mw. Ten Have-Richter (21-05-1923)**

*woont alleen. Haar man werd vier jaar geleden opgenomen in het verpleeghuis vanwege een beroerte. Het echtpaar heeft geen kinderen en alleen verre familie. Een bevriend stel treedt al jaren op als 'mantelzorgers' en heeft aan de bel getrokken. Zij durven niet meer op vakantie te gaan, in verband met de zorgelijke situatie, die zij wijten aan 'dementie'.*

*De thuiszorg is al in beeld, maar mevrouw Ten Have weigert soms open te doen als er iemand komt die ze niet kent.*

*Uit de medische gegevens via de huisarts verkregen, blijkt het volgende: collumfractuur rechts (2001); med. collumfractuur links (2006); cataract; ribfracturen (2007); dubbele liesbreuk (OK, 2008). In december 2009 gevallen, pijn in de zij. Controle urine, bloedsuiker en algemeen lab: geen afwijkingen. Medicatie: geen*

*Tijdens het consult van de specialist ouderengeneeskunde, dat 's ochtends om half elf plaatsvindt, vertelt zij geen lichamelijke klachten te hebben behalve een bult in de lies. Ze wil dat hier naar gekeken wordt door de arts. Verder zit zij tevreden in haar keukentje. Over haar eigen situatie spreekt zij positief. Ze redt het allemaal best. 'Ik mag niet mopperen.' Ze eet goed en ze slaapt goed en de vergeetachtigheid bemerkt ze wel, maar ze vindt die acceptabel. Ze is blij met de steun die ze krijgt van alle zorgverleners. Ook haar gehoor- en gezichtsvermogen vindt ze best goed. Ze heeft geen pijn en ze vindt het niet erg dat ze niet zo veel meer buiten komt. Soms gaat ze op bezoek bij haar man in het verpleeghuis. Uit de somatische anamnese komen geen nieuwe aandachtspunten naar voren. Het eten is wel een punt van zorg. Het wordt niet duidelijk hoe dit geregeld is.*

*Over haar jeugd vertelt mevrouw, dat ze in Duitsland geboren is. Wanneer ze naar deze regio is verhuisd, kan ze niet goed aangeven. Ook overige feiten uit de levensgeschiedenis blijven onduidelijk.*

*De woning is ouderwets ingericht met gaskachel, keukengeiser en losse centrifuge. Er is een traplift op de smalle trap, maar de bediening daarvan*



*lukt niet tijdens het consult. 'Hij is van mijn man'. Mevrouw Ten Have klimt langs de lift naar boven. In het gesprek vertelt ze een aantal malen hetzelfde. Er zijn lichte woordvindingsstoornissen, geen tekenen van delier, geen aandachtstoornis. MMSE is 21, met veel missers bij oriëntatie en geheugen.*

*Mevrouw stemt toe in een beperkt lichamelijk onderzoek. Zij is klein en tenger. Haar gewicht is naar schatting 50 kg. Pols 86 irregulair, RR 115/60, zowel zittend als staand. Ze is niet kortademig en er zijn geen tekenen van dehydratie. Er is artrose aan de handen, verminderde knijpkracht en de fijne motoriek is vertraagd. Er zijn geen afwijkingen bij oriënterend neurologisch onderzoek, met name geen parkinsonisme. Opstaan uit de stoel zonder gebruik van de leuningen is niet mogelijk. De mobiliteit is zelfstandig maar wankel. Ze loopt op sloffen en draagt elastische kousen. In de gang staat een rollator. Algemeen intern onderzoek werd niet verricht, behoudens inspectie van de liesbreuk die geen tekenen van beknelling vertoont.*

### **Conclusie**

*Hoogbejaarde, somatisch gezonde dame met valrisico en bagatelliseren hulpbehoevendheid waarschijnlijk op grond van cognitieve achteruitgang, mogelijk dementie. Onveilige leefsituatie en verminderd overzicht en zelfregie.*

Bij het psychologisch onderzoek, dat ook thuis verricht wordt, worden tamelijk ernstige geheugenstoornissen vastgesteld, terwijl andere cognitieve functies relatief goed intact zijn, met name het redeneervermogen en communicatieve functies. De beperkingen zijn te ernstig om leeftijdsgerelateerd te zijn. Het beeld past bij dementie van het alzheimerstype in een licht tot matig gevorderd stadium.<sup>2</sup>

Ze is tamelijk opgewekt gestemd, maar onderschat de gevolgen van de vergeetachtigheid. Door dit verminderde ziekte-inzicht ontstaan onveilige situaties en zorgafweer. Ze geeft blijk van een zekere wil tot autonomie of anders gezegd, heeft moeite om zich over te geven aan de hulp en zorg van anderen. De mantelzorgers, die achter de schermen veel voor haar doen, raken overbelast doordat formele zorg niet geaccepteerd wordt. Mevrouw geeft aan zich vaak eenzaam te voelen; ze geniet van het gesprekscontact.

### **Ziekte en zorgdiagnostiek**

Heteroanamnestische gegevens uit de intake van de verpleegkundige zijn noodzakelijk om de diagnostische vraag te beantwoorden. Het echtpaar

dat als mantelzorgers optreedt, vertelt dat zij sinds de verpleeghuisopname van haar man hebben bemerkt dat mevrouw Ten Have geestelijk achteruitging. Ze bleek slecht voor zichzelf te zorgen, waarop ze huishoudelijke hulp hebben geregeld. Ook regelen ze de financiële administratie op verzoek van de heer Ten Have. Mevrouw accepteerde thuiszorg nadat ze haar ribben had gebroken bij een valpartij. Toen kwam de liesbreukoperatie, waarop alles nog problematischer werd en haar geheugen erg verslechterde. Sindsdien heeft ze ook boze buien. Het wordt onveilig om haar alleen te laten, want ze vergeet te eten en laat het gas aanstaan. Bij de laatste valpartij, nu twee maanden geleden, heeft de huisarts bloedonderzoek gedaan en een verwijzing naar de geheugenpoli voorgesteld. Dit heeft mevrouw geweigerd, evenals verhuizing naar een bejaardenhuis. De situatie is gevaarlijk in hun ogen. Er moet iets gebeuren. De huisarts kan niets doen zonder de toestemming van mevrouw zelf, vertellen de mantelzorgers.

Al in de diagnostische fase speelt het toestemmingsprincipe en de privacywetgeving een rol.<sup>4</sup> Wat wil mevrouw Ten Have dat er 'wel en niet' gedaan wordt? Wat is in haar belang en kan zij haar eigen belangen overzien? De verpleegkundige van het ABC-team vraagt bij haar intake toestemming aan de cliënt om gegevens van de huisarts en andere behandelaars op te vragen. Soms wordt de verpleegkundige geweigerd. Een bezoek van de arts of psycholoog wordt ook wel eens geweigerd. Bestaat er een situatie van ernstig gevaar dan zoeken we wegen, meestal via de huisarts, om toch hulpverlening mogelijk te maken. Mevrouw Ten Have had geen bezwaar tegen het opvragen van informatie, maar ze wilde absoluut niet naar het ziekenhuis voor onderzoek.

Het gesprek met de mantelzorgers van mevrouw Ten Have is voorafgegaan aan het adviesgesprek, waarin conclusies uit het onderzoek besproken zullen worden. Dit heeft als voordeel dat belangrijke informatie voor de diagnostiek over tafel komt en dat de hulpvraag van de mantelzorgers meegewogen kan worden. Het kan echter strijdig zijn met de privacy van de cliënt om buiten haar aanwezigheid over haar problematiek te spreken.

### **Bevindingen analyseren en bespreken**

Uitgaande van de waarschijnlijkheidsdiagnose alzheimerdementie worden de bevindingen op een rijtje gezet. Ten behoeve van nosologische dementiediagnostiek wordt gebruikgemaakt van de klinische criteria.<sup>3</sup>

Het ziektebeloop dat door de mantelzorgers beschreven wordt, is 'langzaam progressief'. Behoudens de 'boze buien' worden geen

gedragsproblemen genoemd. In de medische voorgeschiedenis worden geen cardiovasculaire risico's vermeld. Wel is er mogelijk atriumfibrilleren. Het profiel van de cognitieve beperkingen past bij ziekte van Alzheimer, delier en depressie zijn niet waarschijnlijk.

Naast de cognitieve problemen is er sprake van een valrisico, dat nog onvoldoende geanalyseerd is, maar in het verleden al geleid heeft tot fractures. Er is zeker een osteoporoserisico. Niet duidelijk is of dit ooit behandeld is. In de thuissituatie moet meer veiligheid gerealiseerd worden en de tekorten in zelfzorg moeten ondervangen worden door inzet van formele of informele zorg.

Daarmee komt het volgende deel van het consult aan de orde, advies ten aanzien van zorg en behandeling.

Omdat mevrouw Ten Have lijdt aan een progressieve aandoening, valt te verwachten dat haar hulpbehoefte zal toenemen. Dit moet met haar besproken worden, zonder haast, en aansluitend bij haar beleving van de eigen situatie. Bij dit gesprek kunnen de mantelzorgers aanwezig zijn om emotionele steun te bieden en om vanuit een gezamenlijke vertrekpunt de situatie verder aan te pakken.

In het teamoverleg bereiden wij dit gesprek voor. De conclusies en adviezen worden geïntegreerd en concreet geformuleerd en het doel van het gesprek wordt benoemd. Dat kan zijn: diagnose bespreken, prognose en mogelijke behandeling bespreken, ziekte-educatie, bemoedigen en motiveren, zorgadvies geven en commitment voor inzet van zorg bereiken, zorgmogelijkheden doornemen, activiteiten en dagbesteding doornemen, consult afronden. Deze doelen zijn uiteraard afhankelijk van de vragen die in het proces van het consult naar voren gekomen zijn. Het is geen 'uitslaggesprek', maar een 'beraadslaging'.

### Autonomie en zorgbehoefte

In de bespreking zijn we begonnen bij haar wens tot autonomie die conflicteert met haar veiligheid en die haar welzijn kan bedreigen, nu zij de ziekte van Alzheimer heeft. De diagnose dementie is met haar besproken. Zij toont zich hier verdrietig over, maar overziet niet welke gevolgen de aandoening heeft voor haar dagelijks leven en bagatelliseert de risico's. Benoemd kon worden, dat zij de hulp en steun van de mensen om haar heen nodig heeft en deze ook kan aanvaarden zonder haar autonomie geheel te verliezen. Ook over de toekomst is gesproken. Het is voor haar belangrijk zo lang mogelijk in haar huis te kunnen blijven. Voor de veiligheid is voorgesteld de traplift te verwijderen en onder andere in de keuken aanpassingen te laten maken op advies van een ergotherapeut. Voor analyse van het valgevaar en het

risico op botarmoede zal nader overleg tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde plaatsvinden.

Ook kan dan overlegd worden over starten van cholinesteraseremmers. Mevrouw Ten Have lijkt hier weinig voor te voelen. Ze is altijd wantrouwend tegen medicijnen geweest.

Om in de toekomst minder tijd alleen door te brengen is psychogeriatrische dagbehandeling voorgesteld.

De mogelijkheid een casemanager dementie in te schakelen is ook besproken. De thuiszorg zal het aantal contactmomenten in samenspraak met de casemanager aanpassen aan de behoefte.

Deze zorgadviezen werden onderschreven door de mantelzorgers. Zij zullen doorgaan met wat ze al doen: de financiële administratie, informele zorg en steun bieden en de bezoeken aan het verpleeghuis regelen. Mevrouw Ten Have is tevreden over de huidige regeling. Verder is aangeraden hetzheimercafé eens te bezoeken. Een verslag van de gemaakte afspraken wordt gemaakt voor mevrouw Ten Have en een consultverslag gaat naar de huisarts. Hem zal gevraagd worden een vervolggesprek te plannen.

### Coördinatie

Met telefonisch overleg tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde wordt meer overeenstemming over de geadviseerde zorg bereikt dan door een brief. Dementiezorg wordt wel beschreven als 'ketenzorg', maar kent eigenlijk een 'kluwenmodel'. De kern van een dergelijk zorgmodel is, dat de cliënt met dementie door een toenemend zelfzorgtekort hulp nodig heeft van een toenemend aantal zorgverleners. Die schakelen elkaar in om zo veel mogelijk kunde bijeen te brengen, waarbij ieder vanuit een eigen verantwoordelijkheid werkt. Niemand is in een dergelijk model 'de' hoofdbehandelaar, maar een casemanager coördineert de zorg omdat de patiënt immers minder in staat is om regie en overzicht te houden en de zorg stuurloos wordt als de samenwerking tussen hulpverleners niet wordt afgestemd.<sup>5</sup> In de NHG-standaard Dementie en de LESA Dementie wordt de regierol ten aanzien van diagnostiek en behandeling bij dementie expliciet bij de huisarts gelegd.

Het is daarom belangrijk om niet alleen een consultverslag te sturen, maar de huisarts ook te bellen om tot gezamenlijk beleid te komen. De huisarts heeft haar vijf jaar geleden overgenomen van een andere huisarts. Bij de diagnosen staat atriumfibrilleren, in 1992 gediagnosticeerd. Er heeft nooit cardiologische controle plaatsgevonden. Bij de bespreking van het valrisico blijkt dat cliënte waarschijnlijk nooit behandeld is voor osteoporose. De kans dat zij, met haar fractuurgeschiedenis osteoporose heeft, is groter dan 80%. Een BMD-

Domein	Probleem	Doel	Actie
Somatisch	1. irregulaire pols/AF 2. hoog osteoporoserisico	1. noodzaak cardiovasculaire preventie? 2. fractuurpreventie	1. Bespreken met huisarts 2. Ca/vit D, bisfosfonaten?
Functioneel/ADL	1. valrisico 2. verminderde zelfzorg	1. verminderen risico 2. aanvullen zelfzorg	1. ergotherapeutisch advies/schoeisel 2. thuiszorg
Maatschappelijk	1. vertegenwoordiging	1. bescherming rechten en belangen	1. bespreken en vastleggen, pm mentor
Psychisch	1. alzheimerdementie	1. zorg accepteren	1. case manager, PG dagbehandeling aanvragen indicatie
Communicatief			

meting zal zij mogelijk niet willen ondergaan, maar op grond van het sterk verhoogde risico is een bisfosfonaat al geïndiceerd. Dit kan alleen voorgeschreven worden als er controle is op de inname. Besloten wordt om eerst calcium/vitamine D te starten, waarbij de vitamine-D-suppletie de spierzwakte zal tegengaan. De ergotherapeut kan thuis adviseren over veiligheid. Beter schoeisel is ook noodzakelijk.<sup>6</sup>

Behandeling met cholinesteraseremmers valt te overwegen. Er zal door de huisarts een gesprek geregeld worden met mevrouw Ten Have en haar mantelzorgers over de behandelmogelijkheden van osteoporose en dementie. Ook wil de huisarts het labonderzoek aanvullen. Met de gegeven zorgadviezen stemt hij in en het consultteam blijft beschikbaar voor vervolgschuldatie.

Vier maanden na het consult verhuisde mevrouw Ten Have naar een zorgcentrum. Kort daarvoor was haar man overleden. Na acht maanden verhuisde zij intern naar een psychogeriatrische afdeling.

### Aansluiten bij de vraag

In dit tijdschrift werd eerder een onderzoek beschreven naar de aard en inhoud van de consulten van een mobiel geriatrisch team.<sup>7</sup> De beschreven werkwijze komt in grote trekken overeen met de onze. Ook bij ons team zijn de verwijsvragen vaak cognitieve screening, zorgdiagnostiek of plaatsingsadvies. Een analyse van de cliëntengroep, de werkwijze en het effect van de consultverlening aan de hand van dossieronderzoek en interviews is onlangs gestart.

De bij aanvang multidisciplinaire werkwijze van het Vivium ABC-team is in de loop der jaren doorgegroeid naar een interdisciplinaire wijze van samenwerken, waarbij de strikte scheiding tussen taken en rollen plaats heeft gemaakt voor een gezamenlijke deskundigheid, gebaseerd op de eigen professie. Wij denken dat dit de kracht is van een dergelijk team. De verpleegkundige doet een brede intake, zowel met de cliënt als met de aanvrager. Zij is gedurende het consultproces aanspreekpunt en vraagbaak voor de cliënt en bewaakt de voortgang in het

consult. Gedurende het consultproces fungeert zij als casemanager.

Arts en psycholoog doen beiden diagnostisch onderzoek, uitgaande van de consultvraag. De arts verricht daarbij een functioneel geriatrisch assessment en de psycholoog doet onderzoek naar stemming en cognitie. Zowel medische als psychologische diagnostiek kan naar behoefte uitgediept en toegespitst worden op deelvragen. Het belangrijkste deel van het consult is echter de wijze van advisering.

Zoals uit de casus blijkt zijn de vragen van het consult inhoudelijk niet uitzonderlijk. Zij sluiten aan bij de kennis en kunde van artsen en psychologen in de ouderenzorg. De uitdaging zit in de werkwijze en taakopvatting van de leden van het team, in het invoegen in de eerstelijnszorg. Met de verschillen in denken en doen tussen eerstelijns- en instellingszorg moet het consulterend team terdege rekening houden. Sluiten de adviezen wel aan bij de opinie van de thuiswonende cliënt en diens familie? De beleving van autonomie, ook bij verminderde zelfredzaamheid, heeft een grote invloed op de uitkomst van een consult.

Huisartsen kijken anders naar autonomie en zelfbeschikking dan specialisten ouderengeneeskunde, die door kennis over dementie geneigd zijn tot een proactieve houding en sneller de zorgmijder achter de zorgmijder zien.

De huisarts wil van doen hebben met een consultatiepartner, met wie hij adequaat over zijn patiënt kan communiceren, en die hij makkelijk kan bereiken. De cliënt mag een onderbouwd en bruikbaar advies verwachten, verricht volgens professionele maatstaven. Familie wil een luisterend oor en vlotte afhandeling van gemaakte afspraken.

Het ambulante werk dat op afspraak plaatsvindt, is niet makkelijk te combineren met onplanbare intramurale taken. Als het aantal consulten groeit, vergt dat een passende organisatie met praktijkondersteuning. Zorginstellingen zijn hier nog niet op voorbereid.

## Dankwoord

Met dank aan Maritza Allewijn, gz-psycholoog en Ella van Dongen, verpleegkundige voor hun bijdrage aan dit artikel.

### Samenvatting

Voor een 87-jarige alleenwonende vrouw wordt een zorgadvies gevraagd vanwege vergeetachtigheid en vallen. Het multidisciplinaire consult bestaat uit ziekte- en zorgdiagnostiek en zorgadvisering. In het adviesgesprek met cliënte en haar mantelzorgers worden de beperkingen ten gevolge van de gevonden alzheimerdementie besproken en de noodzaak van passende zorg. Consultverlening in de thuissituatie door ouderenteams kan bijdragen aan het welbevinden van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers. Voor de effectiviteit van een consult is afstemming met de huisarts en andere betrokken hulpverleners onmisbaar.

### Literatuur/noten

1. Het Vivium AdviesBehandelCentrum (ABC) verricht ruim 100 consulten per jaar. Aan het ABC zijn verpleegkundigen, artsen en psychologen verbonden, allen met ervaring in de gespecialiseerde ouderenzorg.
2. Score 1 op de Clinical Dementia Rating Scale. Deze schaal geeft de ernst van de dementie aan.
3. NINCDS ADRDA-criteria, Handreiking dementiediagnostiek NVVA 2008, richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie NVKG/CBO 2005.
4. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
5. Nieuwenhuijzen Kruseman A, Pijpers E. Ketenzorg en de oudere patiënt met complexe problemen. In: Rosendal H, Ahaus K, Huijsman R, Raad C (red.), Ketenzorg, praktijk in perspectief. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2009. In de dementiezorgmodellen is het vooral de casemanager die verantwoordelijk is voor de regie en het op zorgvuldige wijze betrekken van behandelaars wanneer sprake is van steeds veranderende situaties.
6. Een analyse van het valrisico kan gedaan worden door de huisarts. Andere mogelijkheden zijn: verwijzing naar een valpoli, behandeling door een fysiotherapeut of beoordeling door een ergotherapeut. Op een somatische dagbehandeling van een verpleeghuis kan een valpreventieprogramma worden aangeboden.
7. Helms D, Achterberg W, Falck R, Hoogenboom-Gresnigt M. De verpleeghuisarts in een mobiel geriatrie team. Tijdschr Verpleeghuisgeneesk 2008; 33(3): 87-90.



# De specialist ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis: van een nevelig perspectief naar een helder doel

**Nieske Heerema**, specialist ouderengeneeskunde, RIVAS Zorggroep Gorinchem / **Joos Meens**, specialist ouderengeneeskunde, Zuwe Zorgcentrum Maria-Oord, Vinkeveen / **Mirjam Bezemer**, specialist ouderengeneeskunde, Zorgspectrum Nieuwegein / **Correspondentie: jmeens@zuwe.nl**

## Inleiding

Er is een duidelijke trend om zwaardere zorg te bieden in het verzorgingshuis. Dankzij de financiering volgens zorgzwaartepakketten (ZZP) krijgt het verzorgingshuis voor zwaardere zorg (hogere ZZP) ook een hoger dagtarief. Overplaatsing naar een verpleeghuis kan daardoor voorkomen worden, maar vereist meer betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde en andere AWBZ-behandelaars in het verzorgingshuis en stelt ook andere eisen aan het verzorgingshuis. Bijvoorbeeld: een cliënt met ernstige dementiële problematiek, die behoefte heeft aan intensieve begeleiding en verzorging (ZZP 5 VV), kan in het verpleeghuis of in het verzorgingshuis verblijven. De zorg is verschillend georganiseerd en gefinancierd, maar dient wel tegemoet te komen aan dezelfde zorgbehoefte.

In het verpleeghuis is de specialist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar en levert diensten waarin de algemeen medische zorg en de medisch specialistische AWBZ-behandeling zijn geïntegreerd. In het verzorgingshuis is de huisarts de hoofdbehandelaar en verleent de specialist ouderengeneeskunde aanvullend hierop de AWBZ-behandeling.

De centrale doelstelling van het specialisme ouderengeneeskunde is om dit specialisme op een kwalitatief hoogstaande wijze beschikbaar te stellen voor alle kwetsbare ouderen ongeacht de plaats waar zij verblijven.<sup>1</sup> Dat is mooi geformuleerd, maar een uitdaging om in de praktijk te realiseren. In dit artikel staat het werk van de specialist ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis centraal.

Beschreven wordt welke producten aanvullend op de huisartsenzorg worden geleverd. Vervolgens laat een stappenplan zien hoe deze producten in de praktijk georganiseerd en geïmplementeerd kunnen worden. Er wordt stilgestaan bij enkele aandachtspunten en ten slotte wordt een aantal algemene aanbevelingen gedaan.

## Voorgeschiedenis

Voor het regiobestuur Utrecht van Verenso waren bovenstaande ontwikkelingen aanleiding voor een verkennend onderzoek in 2008 naar de samenwerking van huisarts en specialist ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis. Een belangrijke conclusie was dat het zowel voor het verzorgingshuis als voor de huisarts onvoldoende duidelijk is waaruit die specifieke AWBZ-behandeling door de specialist ouderengeneeskunde bestaat.<sup>2</sup>

Eind 2009 heeft het bestuur een werkgroep gevormd die de opdracht kreeg een leidraad voor het bieden van goede AWBZ-behandeling in het verzorgingshuis in constructieve samenwerking met de huisarts te maken. Dit initiatief is in lijn met het recente pleidooi van de KNMG voor onderlinge samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde.<sup>3</sup> Eind juni 2010 is de productbeschrijving gereedgekomen en aan de leden van Verenso-regio Utrecht gestuurd met het verzoek om hiermee in de praktijk aan de slag te gaan.<sup>4</sup> In dit artikel geven de auteurs een globale beschrijving van de inhoud en aanbevelingen van deze productbeschrijving voor de toepassing in de praktijk.

## Opzet en status van de productbeschrijving

De productbeschrijving sluit aan op de in 2009 verschenen handreiking van de LHV, NHG, NVVA/ Verenso en KNMP: 'Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis'.<sup>5</sup> Evenals bij de behandelkaders voor de geriatrische revalidatie biedt deze notitie handvatten voor het aantal te contracteren uren met het verzorgingshuis en het zorgkantoor en de daarbij behorende randvoorwaarden.<sup>6</sup> Centraal staat de taak voor de specialist ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis met als vraag: welke producten lever je en aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan? De auteurs hebben het stuk op persoonlijke titel geschreven uitgaande van hun kennis en ervaring. Een conceptversie is voorgelegd aan de leden van Verenso-regio Utrecht en enkele specialisten ouderengeneeskunde die elders in het land werken.

## Welke producten levert de specialist ouderengeneeskunde in het kader van AWBZ-zorg in het verzorgingshuis?

In het door ons beschreven model probeert de specialist ouderengeneeskunde zo veel mogelijk zorg-op-maat te leveren (doelmatig, doelgericht, transparant en gericht op de wensen van de cliënt). Voor de cliënt met ZP 3 VV en hoger (waarbij AWBZ-behandeling onderdeel uitmaakt van het cliëntprofiel) betekent dit, dat de specialist ouderengeneeskunde als eerste stap de zorgbehoefte van de cliënt op de verschillende domeinen (SFMPC) in kaart brengt. Daartoe worden relevante medische gegevens (voorgeschiedenis, comorbiditeit, actuele problemen) en medicatie geanalyseerd. Voor de cliënten met ZP 4 en 5 VV inventariseert de psycholoog ook de eventuele aanwezigheid van cognitieve en/of gedragsproblemen. De specialist ouderengeneeskunde woont de eerste zorg-/leefplanbespreking bij waarin een problemenlijst wordt opgesteld en een conceptbehandelplan wordt gemaakt dat besproken wordt met de psycholoog en de huisarts. Daarbij worden zo nodig nadere afspraken gemaakt over behandeling en begeleiding. Daarna wordt dit concept besproken met en ter fiattering voorgelegd aan de cliënt. In de meeste gevallen zal dat behandelplan afdoende zijn voor een adequate start van zorgverlening (zie tabel 1).

De basis van de verdere zorgverlening wordt gevormd door de zorg-/leefplanbespreking die tweemaal per jaar plaatsvindt. Dit multidisciplinaire overleg wordt voorbereid door de specialist ouderengeneeskunde en de verzorging/verpleging aan de hand van analyse van het voorgaande zorg-/leefplan. De specialist ouderengeneeskunde beoordeelt opnieuw de medicatie en adviseert zo nodig de huisarts. Op indicatie vindt een aanvullend consult plaats (zie tabel 2).

### Speciale aandacht voor cliënt met ZP 5 VV of hoger

De specialist ouderengeneeskunde besteedt speciale aandacht aan de cliënten met ZP 5 VV of hoger. Dit zijn vaak cliënten die wachten op een plaatsing in het verpleeghuis. Voor hen wordt een inschatting gemaakt of voortgezet verblijf in het verzorgingshuis nog verantwoord is. Hierbij wordt beoordeeld of er sprake is van probleemgedrag, of zij overdag deelnemen aan een huiskamerproject en of zij geen gevaar voor zichzelf en/of hun omgeving vormen. Zwaardere zorgbehoeftes met ZP's 6-8 VV behoren volgens de auteurs tot de verpleeghuiszorg en zijn slechts in uitzonderlijke situaties adequaat te realiseren in het verzorgingshuis. Dat betreft zodanig maatwerk dat dit in onze productbeschrijving buiten beschouwing blijft.

### Geriatrisch assessment

Voor een beperkt aantal cliënten (naar onze inschatting 10-25%) is, gezien de complexiteit van de problematiek, een gericht eenmalig *geriatrisch assessment* nodig. Daarbij wordt een auto- en heteroanamnese (incl. de verzorging) afgenomen volgens de SFMPC-methodiek, waarbij ook de verwachtingen van cliënt, mantelzorg en verzorging in kaart worden gebracht, en een analyse van de belasting/belastbaarheid van het zorgsysteem wordt gemaakt. Op indicatie wordt een lichamelijk onderzoek verricht. Dit alles leidt tot een conceptbehandelplan dat met de huisarts besproken wordt alvorens het ter instemming aan de cliënt wordt voorgelegd (zie tabel 3).

Ten slotte kan de specialist ouderengeneeskunde in het kader van de AWBZ-behandeling op indicatie consulten afleggen in het kader van *specialistische medische behandeling aanvullend op eerste en tweede lijn* (tabel 4). Enkele voorbeelden van dit soort consulten: delierbehandeling, behandeling van complexe wonden, behandeling van ernstig probleemgedrag.

Voor een gedetailleerd overzicht van het percentage cliënten per ZP (3, 4, 5) dat naar inschatting van de auteurs een of meerdere interventies van de specialist ouderengeneeskunde behoeft, wordt verwezen naar tabellen 1 t/m 4. Daarin staat ook de geschatte tijdsinvestering per onderdeel vermeld.

**Tabel 1: Overzicht van de geschatte tijdsinvestering per onderdeel per cliënt met ZZP 3, 4 en 5 VV voor het maken van een eerste (concept)behandelplan**

Analyse zorgbehoefte op verschillende domeinen (SFMPC) (eenmalig)	ZZP 3 VV	ZZP 4 VV	ZZP 5 VV	Duur (min)
<b>Specialist ouderengeneeskunde (in samenwerking met geriatisch verpleegkundige)</b>	100%*	100%*	100%*	
<i>Totaal</i>				80
Analyse huisartsgegevens, lab, medische voorgeschiedenis, comorbiditeit, betrokken behandelaars	x	x	x	15
Analyse medicatie	x	x	x	15
Bijwonen eerste MDO	x	x	x	20
Opstellen probleemlijst en voorstel behandelplan	x	x	x	15
Overleg met huisarts over behandelplan van de specialist ouderengeneeskunde en psycholoog; nadere afspraken maken	x	x	x	15
<b>Psycholoog</b>	0%*	100%*	100%*	
<i>Totaal</i>				50
Voorbereiding (heteroanamnese bij V&V en naasten, bestuderen reeds beschikbare relevante informatie)		x	x	15
Bijwonen eerste MDO		x	x	20
Voorstel behandelplan opstellen		x	x	15

\* Geschat percentage van de cliënten uit de betreffende ZZP dat in aanmerking komt voor analyse van de zorgbehoefte.

**Tabel 2: Overzicht van de geschatte tijdsinvestering per onderdeel per cliënt met ZZP 3, 4 en 5 VV voor de halfjaarlijkse bespreking van het behandelplan. Dit is inclusief bemoeienis van de psycholoog**

Zorg-/leefplanbespreking op jaarbasis (basis 2 MDO's per jaar)	ZZP 3 VV	ZZP 4 VV	ZZP 5 VV	Duur (min)
<b>Specialist ouderengeneeskunde</b>	100%*	100%*	100%*	
<i>Totaal (minimaal-maximaal)</i>				100-130
Vóór halfjaarlijkse zorg-/leefplanbespreking voorbereidend overleg specialist ouderengeneeskunde en V&V over zorgleefplan aan de hand van verzamelde informatie, inclusief risicoanalyse voor cliënten met ZZP 5 VV of zorg binnen de setting van verzorgingshuis nog verantwoord is	x	x	x	2x20
Halfjaarlijkse medicatiescreening op effectiviteit en bijwerkingen met advies aan huisarts	x	x	x	2x15
Zo nodig aanvullend consult aan cliënt	(x)	(x)	(x)	30
Bijwonen halfjaarlijkse zorg-/leefplanbespreking	x	x	x	2x15
<b>Psycholoog</b>	25%*	100%*	100%*	
<i>Totaal</i>				60
Halfjaarlijkse korte samenvatting van de interventies in kader van behandeling van cliënten en begeleiding van team ter voorbereiding van voorbereiding zorg-/leefplan inclusief omgangsadvies	x	x	x	2x15
Bijwonen halfjaarlijks MDO	x	x	x	2x15

\* Geschat percentage van de cliënten uit de betreffende ZZP dat in aanmerking komt voor een halfjaarlijkse zorg-/leefplanbespreking.

**Tabel 3: Overzicht van de geschatte tijdsinvestering per onderdeel per cliënt met ZZP 3, 4 en 5 VV voor het verrichten van een geriatrisch assessment**

Geriatrisch assessment (eenmalig)	ZZP 3 VV	ZZP 4 VV	ZZP 5 VV	Duur (min)
<i>Specialist ouderengeneeskunde (in samenwerking met geriatrisch verpleegkundige)</i>	10%*	25%*	25%*	
<i>Totaal</i>				135
Anamnese volgens SFMPC en navraag verwachting	x	x	x	15
Heteroanamnese volgens SFMPC en navraag verwachting bij V&V en naaste inclusief belasting/belastbaarheid (mantel)zorgsysteem	x	x	x	20
Lichamelijk onderzoek	x	x	x	30
Verslaglegging	x	x	x	15
Opstellen definitief zorgleef-/behandelplan	x	x	x	10
Overleg met huisarts over bevindingen en zorgleef-/behandelplan door specialist ouderengeneeskunde en/of psycholoog	x	x	x	15
Bespreken behandelplan met cliënt en naaste en bij instemming definitief vaststellen (optioneel bespreken behandelbeleid)	(x)	x	x	30

\* Geschat percentage van de cliënten uit de betreffende ZZP dat in aanmerking komt voor een geriatrisch assessment.

**Tabel 4: Overzicht van de geschatte tijdsinvestering per onderdeel per cliënt met ZZP 3, 4 en 5 VV voor het verrichten van medische behandeling aanvullend op eerste en tweede lijn**

Specialistische medische behandeling (aanvullend op eerste en tweede lijn)	ZZP 3 VV	ZZP 4 VV	ZZP 5 VV	Duur (min)
<i>Specialist ouderengeneeskunde</i>	10%*	40%*	60%*	
<i>Totaal</i>				90
Op indicatie visites bij cliënt inclusief terugkoppeling aan huisarts, per consult	x	x	x	60
Herhaalvisite voor het zelfde probleem, per consult	x	x	x	30

\* Geschat percentage van de cliënten uit de betreffende ZZP dat in aanmerking komt voor een aanvullende medische behandeling.

## Van product naar effect voor de cliënt

Tijdens de regiobijsamenkomst in april 2010 is een conceptversie van de productbeschrijving met leden besproken. Daarbij viel op dat er grote diversiteit is in de wijze waarop de AWBZ-behandeling in het verzorgingshuis is gefinancierd en vormgegeven. Niet de zorgbehoefte is leidend, maar het aantal uren dat het management beschikbaar stelt aan de specialist ouderengeneeskunde. Dat staat haaks op de centrale doelstelling van het specialisme ouderengeneeskunde en deze productbeschrijving is het startpunt om dit om te draaien: de zorgbehoefte moet leidend zijn! Hoe kan de specialist ouderengeneeskunde dit realiseren? Door initiatief te nemen, de producten onder de aandacht te brengen van het verzorgingshuis en de huisartsen, door zorg te dragen voor het realiseren van de randvoorwaarden én door het contracteren van voldoende uren. Dat is geen sinecure en de meeste van ons hebben op dit terrein onvoldoende kennis en vaardigheden. Dat geldt ook voor de auteurs. Desondanks wagen zij zich aan een voorstel dat bestaat uit de volgende stappen.

### Stap 1

Maak een begin door de huidige dienstverlening van de specialist ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis tegen het licht te houden. Doel is dat de vakgroep specialisten ouderengeneeskunde binnen de eigen instelling overeenstemming bereikt over het concretiseren van de eigen dienstverlening in omschreven activiteiten per zorgzwaartepakket. De productbeschrijving biedt hiervoor een concreet handvat. Het verdient sterke aanbeveling om één of twee specialisten ouderengeneeskunde als coördinator aan te stellen voor het daaropvolgende overleg met het verzorgingshuis en de huisartsengroep over de samenwerking en voor het contracteren van de dienstverlening.

### Stap 2

Neem kennis van de wettelijke kaders en financieringsbronnen voor de AWBZ-behandeling in het verzorgingshuis. Vanaf ZZP 3 VV zijn de bewoners al geïndiceerd voor AWBZ-behandeling. Er is dus geen indicatiestelling door het CIZ voor AWBZ-behandeling nodig om als specialist ouderengeneeskunde



structureel bij de zorg betrokken te zijn. In bijlage 4 van de productbeschrijving is dit toegelicht. De financiering van AWBZ-behandeling in het verzorgingshuis is complex en verdeeld over twee bronnen: een deeltarief in het ZZP-tarief van het verzorgingshuis voor behandeling op de achtergrond en het uurtarief voor extramurale behandeling. Hieruit dient de (para)medische advisering over het kwaliteitsbeleid in het verzorgingshuis, de deskundigheidsbevordering door AWBZ-behandelaars van het personeel en de dienstverlening aan de individuele cliënt gefinancierd te worden.

### Stap 3

Neem kennis van de financieringsbronnen voor huisartsen. De huisarts kan met de zorgverzekeraar aanvullende afspraken maken over de module 'Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis'. Daarin komen de samenwerkingsafspraken aan bod die minimaal geregeld moeten zijn om volgens de voorwaarden van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in aanmerking te komen voor deze module. De LHV heeft in 2009 een modelovereenkomst Huisartsengroep-Verzorgingshuis opgesteld.<sup>7</sup> In artikel 4 onder c staat dat het verzorgingshuis de specialist ouderengeneeskunde informeert over de inhoud van deze samenwerkingsovereenkomst en deze betreft bij de periodieke evaluatie van de samenwerking(overeenkomst).

### Stap 4

De vierde stap is om in overleg met het verzorgingshuis en de huisartsengroep te komen tot een model voor samenwerking en dit vast te leggen. De reeds genoemde handreiking van de LHV, NHG, NVVA/Verenso en KNMP 'Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis' biedt hiervoor een goed handvat en de hoofdpunten hieruit zijn samengevat in bijlage 5 van de productbeschrijving. Te denken valt aan een gemeenschappelijke visie op de zorg, beperking van het aantal huisartsen, het werkcontact met de huisarts volgens een vaste structuur en de onderlinge uitwisseling van informatie. Daarnaast komen de voorbereiding en uitvoering van de zorg-/leefplanbespreking, de ondersteuning hiervan door de verzorging, de noodzakelijke deskundigheidsbevordering en faciliteiten in het verzorgingshuis om adequate zorg te verlenen aan bod. Het overleg met de huisarts moet vooral gericht zijn op het praktische nut voor de huisarts om hierin te participeren. In het overleg met het verzorgingshuis staat de omschakeling naar een dienstverlening gebaseerd op de zorgbehoefte per ZZP VV centraal.

### Stap 5

Sluitstuk is het tijdig contracteren van voldoende

uren. Om te komen tot een goede inschatting van het benodigde aantal uren voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde is inzicht nodig in de zorgzwaarte van de populatie van het verzorgingshuis: het aantal te verwachten nieuwe bewoners en de omvang van het aantal bewoners met een ZZP 3 en hoger. Op basis van het benodigde aantal uren per activiteit, vermenigvuldigd met het aantal bewoners kan de specialist ouderengeneeskunde tot een inschatting komen van het aantal uren inzet dat op jaarbasis noodzakelijk is. In bijlage 4 van de productbeschrijving is een voorbeeld gegeven hoe je dat kan berekenen. Aangezien de zorginkoop al in juli voor het daaropvolgende jaar start, dient hierover uiterlijk in juni 2011 duidelijkheid te zijn om in 2012 de afgesproken dienstverlening door de specialist ouderengeneeskunde te kunnen realiseren. Vanwege het bestaan van twee financieringsbronnen voor AWBZ-behandeling in het verzorgingshuis is dit een complexe aangelegenheid.

## Aandachtspunten

### 1. *Is de specialist ouderengeneeskunde voldoende betrokken bij de inhoudelijke zorgverlening?*

Met de toename van de (complexiteit van de) psychogeriatrische en somatische problematiek worden steeds hogere eisen gesteld aan de omgeving waar de cliënt verblijft, aan kwaliteit en kwantiteit van verpleegkundige en verzorgende disciplines en aan de organisatie en inzet van de medische, paramedische en psychosociale zorg. De specialist ouderengeneeskunde moet inzicht hebben in zaken als: Hoe ver reikt de kennis en deskundigheid van het verzorgend en verplegend personeel? Zijn er mogelijkheden voor dagopvang voor cliënten met cognitieve stoornissen? Kunnen de cliënten met cognitieve stoornissen buiten de dagopvang goed begeleid worden? Is er 's nachts voldoende toezicht? Is er aandacht voor til- en transfertechnieken? Zijn de appartementen toegankelijk voor de noodzakelijke hulpmiddelen? Om niet in amateurisme en inadequate zorg te vervallen moet het beleid hieromtrent helder geformuleerd zijn en de scholing van personeel gewaarborgd zijn. De specialist ouderengeneeskunde is inhoudsdeskundig en kan het management van de verzorgingshuizen adviseren wat voor de noodzakelijke ontwikkeling nodig is.

### 2. *Grenzen aan de zorg*

Als er een goed zorgbeleid geformuleerd is binnen het verzorgingshuis, dan volgt daaruit automatisch waar de grenzen liggen aan de zorg die daar verleend kan worden. Hieruit kan een helder en transparant overplaatsingsbeleid geformuleerd worden.

De grenzen van zorgverlening in het verzorgingshuis zullen bijvoorbeeld liggen bij ernstige gedragsproblemen (roepgedrag, dwaalgedrag) bij psychogeriatrische cliënten of bij een grote somatische zorgzwaarte waarbij kennis van medewerkers uit verzorging/verpleging tekortschiet, er onvoldoende hulpmiddelen aanwezig zijn of de personele bezetting in de nacht tekortschiet.

### 3. Medische zorg in twee handen

Om de juiste inzet van de specialist ouderengeneeskunde en van de huisarts te kunnen realiseren is het belangrijk dat het management van het verzorgingshuis zich inzet om goede afspraken te maken met beide disciplines. De grenzen die huisartsen ervaren in hun mogelijkheden voor de medische zorg voor de kwetsbare oudere, zijn afhankelijk van hun persoonlijke affiniteit met deze doelgroep en hun specifieke deskundigheid en, last but not least, de hoeveelheid tijd die zij ter beschikking hebben voor de doelgroep complexe ouderen in het verzorgingshuis. Voor het verbeteren van de huisartsenzorg is het ook zeer wenselijk om het aantal huisartsen per verzorgingshuis sterk te reduceren.

De huisartsen en de specialisten ouderengeneeskunde die in een verzorgingshuis werken, moeten elkaar leren kennen, moeten zich verdiepen in elkaars werkwijze en ze moeten tijd en energie investeren in een goede samenwerking. Daarnaast is het noodzakelijk dat er afspraken gemaakt en vastgelegd worden over de communicatielijnen, over het bijwonen door de huisarts van de zorg-/leefopplanbesprekingen, het aanvragen van geriatrische assessments en gezamenlijke inzet bij bijvoorbeeld valpreventie, decubituspreventie en infectiepreventie. Duidelijkheid over de verwachtingen en, daaruit voortvloeiend, onderlinge afspraken over de samenwerking kan misverstanden voorkomen.

## Aanbevelingen

1. Gebruik als vakgroep specialisten ouderengeneeskunde de productbeschrijving als handvat om de zorg die je biedt in het verzorgingshuis te concretiseren.
2. Stel vanuit de vakgroep één of twee coördinatoren aan die zich verdiepen in de materie, het overleg voeren met het verzorgingshuis en de huisartsgroep en betrokken zijn bij de onderhandelingen over het aantal te contracteren uren specialist ouderengeneeskunde.
3. Ondersteuning vanuit de Verenso-regio's kan de implementatie bevorderen. Bijvoorbeeld door de

productbeschrijving met de LHV-regio te bespreken en gezamenlijk onder de aandacht te brengen bij het regionale zorgkantoor. Ook valt te denken aan het bundelen van de ervaringen met de implementatie en het aankaarten van knelpunten bij de daarvoor geëigende instanties.

4. Naar onze mening ligt er een taak voor Verenso als landelijke organisatie om de implementatie te ondersteunen door regiobesturen hiervoor te equiperen en regio-overstijgende knelpunten aan te pakken. Te denken valt aan onduidelijkheden over tarieven, waarborgen voor het contracteren van AWBZ-behandeling in het model zorginkoopkader en het ontwikkelen van modelovereenkomsten.

## Discussie

Vanuit de zorg-op-maatgedachte hebben we keuzes gemaakt in aantallen cliënten per ZZP VV die wel/ geen assessment krijgen en de benodigde hoeveelheid minuten. We realiseren ons terdege dat er over veel punten nader gediscussieerd kan (en moet) worden: Moet niet iedere cliënt met een ZZP 3 VV en hoger standaard een geriatrisch assessment krijgen? Maar ook: moet het ZZP VV dat een cliënt heeft, leidend zijn voor de te contracteren zorg? Het gaat toch om de individuele zorgbehoefte? Wij hebben daarvoor gekozen omdat onze productbeschrijving aansluit bij de huidige financieringssystematiek en er met het totale aantal gecontracteerde uren voldoende ruimte is om tegemoet te komen aan de wensen en behoeftes van de individuele cliënt. Wij hopen dat we met deze productbeschrijving een goede aanzet hebben gegeven voor de beroepsgroep om de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis goed te regelen.

### Samenvatting

Er is een duidelijke trend om zwaardere zorg te bieden in het verzorgingshuis. Dankzij de financiering volgens zorgzwaartepakketten (ZZP's) krijgt het verzorgingshuis voor zwaardere zorg (hogere ZZP) ook een hoger dagtarief. Overplaatsing naar een verpleeghuis kan daardoor voorkomen worden, maar vereist meer betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde en andere AWBZ-behandelaars in het verzorgingshuis en stelt ook andere eisen aan het verzorgingshuis. Het specialisme ouderengeneeskunde stelt zich ten doel kwalitatief hoogstaande (medische) zorg te bieden aan alle kwetsbare ouderen, ongeacht waar zij verblijven. In dit artikel staat het werk van de specialist ouderengeneeskunde in het verzorgingshuis centraal.

In opdracht van het regiobestuur Utrecht van Verenso heeft een werkgroep van drie specialisten ouderengeneeskunde een productbeschrijving gemaakt die de inhoudelijke, financiële en organisatorische kaders beschrijft van de (multidisciplinaire) AWBZ-behandeling in het verzorgingshuis voor de cliënten met een zorgzwaartepakket 3, 4 of 5 VV. In de productbeschrijving staat welke producten de specialist ouderengeneeskunde kan leveren binnen deze AWBZ-behandeling. Er wordt een inschatting gemaakt van het percentage cliënten per ZZP dat van één of meerdere van deze producten gebruik zal maken, alsmede van de tijdsinvestering die daarmee gepaard gaat.

Een stappenplan laat zien hoe de specialist ouderengeneeskunde kan komen tot een kwalitatief verantwoorde inhoudelijke, organisatorische en financiële AWBZ-behandeling in het verzorgingshuis en geeft aanbevelingen hoe deze stappen te zetten. Ten slotte worden enkele gemaakte keuzes ter discussie gesteld.

### Summary

There is a clear trend to provide heavier care in the retirement homes. Thanks to the financing according to the system of care heaviness packages, the retirement home gets a higher daily rate for heavier care. In this way a transfer to a nursing home can be prevented but this requires more involvement of the elderly care physician and other treatment officers in the residential home who work under the Exceptional Medical Expenses Act. It also makes other demands on the retirement home. Elderly care medicine sets out to provide (medical) care of high quality to all frail elderly people, regardless where they reside. This article focusses on the work of the elderly care physician in the retirement home.

By order of the board of the region Utrecht of Verenso (the Dutch association of elderly care physicians and social geriatricians) a working group of three elderly care physicians has made a product description which describes the contents and financial and organizational frames of the (multidisciplinary) treatment under the Exceptional Medical Expenses Act in the retirement home for clients with a care heaviness package 3, 4 or 5 (care and nursing). The products that the elderly care physician can provide within treatment under the Exceptional Medical Expenses Act are described. An estimation is made of the percentage of clients per care heaviness package that will apply for one or more of these products and of the investment in time that is involved.

In an action plan is described how an elderly care physician can provide treatment of a reasonable quality level concerning content, organization and finance under the Exceptional Medical Expenses Act. Recommendations are given how to take the necessary steps. Finally some of the choices that are made will be brought up for discussion.

### Literatuur

1. Beleidsplan NVVA 2008-2012. De 'algemeen geriater' thuis in de ouderenzorg. Utrecht: NVVA, 2007.
2. Fokkens W, Raaij M van. Samenwerking is troef! Voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Tijdschr Ouderengeneesk 2010; 1: 19-22.
3. KNMG. Rapport Medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht, KNMG, 2010.
4. Bezemer M, Heerema NC, Meens J. Productbeschrijving AWBZ-behandeling in het verzorgingshuis. Notitie ten behoeve van Verenso-regio Utrecht. Juni 2010, te downloaden via [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl).
5. LHV, NHG, NVVA/Verenso en KNMP Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Handreiking samenhangende zorg in de eerste lijn. 2009, te downloaden via [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl).
6. Verenso. Behandelkaders geriatrische revalidatie. Juli 2010, te downloaden via [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl), zoekterm geriatrische revalidatie, doorklikken naar 2010.
7. LHV. Modelovereenkomst Huisartsgroep-Verzorgingshuis. 2009, te downloaden via [www.lhv.nl](http://www.lhv.nl), doorklikken naar huisartsenzorg/samenwerking/ouderenzorg.

# Huisbezoek

## Amuse

Jacobien Erbrink. Correspondentie:  
j.erbrink@vanneynsel.nl

Hij keek op zijn horloge. Elf uur alweer. Bijna tijd om te gaan. De regen roffelde nog steeds op de ruiten van het verpleeghuis. Zijn schietgebedje van een uur geleden was duidelijk niet verhoord.

Traag pakte hij zijn tas en regenpak, en keek nog even naar het adres. *Bosweg 38*. Dat wist hij wel te vinden, ergens aan de rand van het dorp. Het adres stopte hij voor de zekerheid in zijn broekzak. Bij zonnig weer zou het een feest zijn om er op zijn gemak heen te fietsen, maar nu leek het hem een straf. Waarom moest die man nou uitgerekend vandaag aan de rand van het dorp wonen, in het buitenste buitenbos?

Zijn regenbroek wilde niet meewerken, nog vochtig van vanochtend stroopten de pijpen steeds op. De mouwen van zijn klamme regenjas idem dito. Peter bekeek zichzelf in de spiegel boven de wastafel. Een donkerblauw zielig mannetje. Hij wenste zichzelf sterkte.

Op de fiets trapte hij flink door. Bij iedere kniebeweging voelde hij de pijpen van zijn broek trekken. Zijn sokken werden langzaam nat. Zijn handen kouder. Hij verwenste Peterien, die vandaag per se de auto mee had gewild. Hij verwenste zijn eigen schroom om de auto van Gert te vragen.

Na de laatste bocht kwam hij op de *Bosweg* uit. Om de huisnummers te kunnen zien moest hij zijn capuchon én zijn bril van tijd tot tijd afdoen. Tegen de tijd dat hij 38 in het vizier had, was ook zijn haar kletsnat. Hij fietste de oprit op en reed tot voor de deur.

Nog voor dat hij aan kon bellen ging de deur open. Collega Wemeldinge, de huisarts. Hij schudde Peter de hand. De druppels vlogen in het rond. 'Sorry,' mompelde Peter.

'Ik had je wel op kunnen halen als ik geweten had dat je op de fiets moest,' zei Wemeldinge.

'Kom je nu mee...?' Peter grijnsde zurig terwijl hij zichzelf uit de jas en de broek pelde. Hij fatsoeneerde zijn kapsel in het toilet van meneer Damhuis. Zijn oog viel op de handdoek, er zat poep aan. Daar kon hij dan maar beter niet zijn haar mee drogen.

Achter Wemeldinge aan betrad hij de huiskamer. Het rook er muf. Pontificaal in het midden van de kamer lag Damhuis in zijn bed. Een magere bleke man, hoorbaar ademend. Peter keek rond. De kamer had niets huiselijks meer, links stonden een postool en een tillift, rechts een tafel vol met pillen,



verbandmaterialen, pakjes Ensini en formulieren. Aan het bed bromde een pomp, ernaast stond de wijkzuster. Hij gaf haar een hand en mompelde zijn naam. Ze ging opzij zodat hij bij het bed kon. Hij zag dat ze haar hand tersluiks afveegde aan haar broek. 'Meneer Damhuis,' schreeuwde Wemeldinge nu in het linkeroor van de man, 'ik heb nog een andere dokter meegenomen om even naar uw stuit te kijken.' Damhuis opende zijn ogen en keek achterdochtig naar Peter. Peter stak zijn hand naar hem uit. Omdat de man geen enkele beweging maakte, pakte hij de hand beet die het dichtst bij hem op de dekens lag. Damhuis trok hem schielijk terug en gilte. 'Sorry voor mijn koude handen,' riep Peter, 'ik ben dokter Prins.' De wijkzuster draaide meneer Damhuis onder luid protest op zijn zij, zodat ze naar de stuit konden kijken. Ze had het wondverband er al afgehaald, gebroederlijk staarden ze in een fraaie krater met zwarte randen. Peter wierp een blik van vertwijfeling naar de huisarts. Deze keek even vertwijfeld terug. Damhuis riep: 'Genoeg!'

Peter liep naar de tafel en bekeek de enorme voorraad aanwezige materialen. Het maakte op hem een wanhopige indruk, al dat verband. Hij had het idee dat er niets meer te redden viel. Fluisterend overlegde hij met Wemeldinge over zijn indruk. De huisarts somde op: eenzaam, weigert te eten, in de war, gevallen en nu koorts, wil niet zijn huis uit.

Peter schudde zijn hoofd. 'Lost case,' mimeerde hij. Wemeldinge knikte. 'Niets anders meer aan doen,' vervolgde Peter, 'dan comfortabel maken. Lukt dat hierzo?' Wemeldinge dacht van wel. Peter ging hem voor naar de hal.

Hij draaide zich om en keek de huisarts strak aan. 'Bel me volgende keer liever meteen.' Wemeldinge knikte berustend. De mannen schudden elkaar de hand ten afscheid. Peter stapte op zijn fiets. Het weer was onverminderd triest. Net zoals hij zelf.



# Van huisarts tot specialist ouderengeneeskunde

**Luc Van Houdt**, specialist ouderengeneeskunde, 't Gasthuis – Middelburg /  
Correspondentie: [luc\\_vanhoudt@telfort.nl](mailto:luc_vanhoudt@telfort.nl)

Toen ik in 1983 als huisarts afstudeerde, liet niets vermoeden dat ik niet tot aan mijn pensioen dit vak zou uitoefenen. En toch... na 20 jaar dokteren in de eerste lijn moest ik om persoonlijke en familiale redenen mijn praktijk in de Antwerpse Kempen achterlaten met spijt, verdriet en veel mooie herinneringen.

Een collega in Nederland raadde me toen verpleeghuisgeneeskunde aan. Ik had geen idee waar dat precies voor stond, maar besloot de sprong te wagen. En zo kwam ik in de lente van 2006 naar Nijmegen om te solliciteren voor een opleidingsplek. Héérlijk, vond ik het: als 'bijna-vijftiger' terug naar de schoolbanken tussen kersverse collega's die alle differentiaaldiagnostische rijtjes en behandelingen nog uit het hoofd kenden. En ondertussen het vak leren in een écht verpleeghuis. Het klikte ook goed met mijn opleider: ze verstond de kunst om die 'oude rot in zijn vak' in zijn waarde te laten en hem tegelijkertijd op sleeptouw te nemen in háár vakgebied dat ze met enthousiasme beoefende. Jammer, dacht ik na twee jaar opleiding, dat het al voorbij is. Ik ben weleens jaloers op onze toekomstige collega's die nog extra stage mogen lopen in het ziekenhuis. Bijvoorbeeld om tips te krijgen en trucs te leren van een bevlogen neuroloog zodat ze daarna met parkinsonmedicatie kunnen goochelen, zoals ik dat nu doe met medicatie voor hartfalen of diabetes.

Huisartsgeneeskunde in België, zonder praktijkassistente en dito ondersteuners, is zo verschillend van de Nederlandse situatie: kleinere praktijken en meer huisbezoeken hebben nadelen, maar bieden ook meer ruimte om voeling te houden met patiënten. Ik had toen al een zwak voor ouderen; dat moest wel, want mijn jongere vrouwelijke collega ging met de zuigelingen, kinderen, jonge meiden en (zwangere) moeders aan de haal en van jonge mannen of vaders van middelbare leeftijd is bekend dat ze de deur van de huisarts niet platlopen.

De ervaring die ik als huisarts heb opgedaan, komt vaak van pas in het verpleeghuis. Ik was toen een 'doener' en draaide mijn hand niet om voor kleine chirurgie of een gewrichtsinfiltratie. Daar denk ik wel

eens met weemoed aan terug: omdat je in ons vak toch verplicht bent om regelmatig gas terug te nemen en jeukende handen op de rug te houden. Het puzzelen

met polyfarmacie om een wankel fysiologisch evenwicht te bewaren vond ik ook plezierig. Maar huisartsgeneeskunde is ook een eenzame bedoening, zeker als je naar het multidisciplinaire teamwerk kijkt dat zo typerend is voor het specialisme ouderengeneeskunde. Ik moet er nog steeds op letten om niet zelf de handen uit de mouwen te steken, maar de ergotherapeut te laten sleutelen aan een rolstoel of de pedicure het voetwerk te laten doen.

Wat ik nu vaak mis, zijn de contacten met de tweede lijn. We verwijzen bewust en met reden minder naar ziekenhuizen en specialisten, maar daarmee ontberen we ook interessante feedback van mensen die méér weten van een kleiner stukje mens. En het implementeren van die feedback in het dagelijkse werk heeft tijdens mijn huisartsenbestaan bijgedragen tot verbetering van de kwaliteit. Het ontbreken van externe feedback houdt het gevaar in, dat ervaring een eigen leven gaat leiden die wetenschappelijke grond mist en daar ben ik wel eens bezorgd om.

Het leek een boeiende uitdaging om, in het perspectief van de nieuwe ontwikkelingen in ons vakgebied, samen te werken met collega's uit een voor mij vorig leven. Die samenwerking in de praktijk brengen is niet eenvoudig. Om te beginnen vanwege ons kleine aantal, maar ook omdat huisartsen onze meerwaarde slechts mondjesmaat erkennen. En zolang het water hen niet tot aan de lippen komt, zullen de meeste huisartsen ouderenzorg liever zelf willen invullen. Ze hebben best potentie op dit gebied, maar missen vaak de nodige tijd. Vraag is of wij op termijn voldoende tijd zullen blijven hebben. En dat is een belangrijke randvoorwaarde als we willen blijven opboksen tegen de versnippering in de geneeskunde van de 21<sup>e</sup> eeuw.



# Van verpleeghuisarts tot huisarts

Jean Hensels, huisarts te Terneuzen / Correspondentie: [hensels@xs4all.nl](mailto:hensels@xs4all.nl)



Na ruim achttien jaar als verpleeghuisarts werkzaam te zijn geweest, ben ik in september 2004 met de huisartsenopleiding in Maastricht begonnen. Hoe was ik tot die beslissing gekomen? Tijdens mijn studie geneeskunde in Nijmegen maakte ik kennis met de verpleeghuisgeneeskunde door een keuzecoschap bij een van de grondleggers van het vak, professor J. Michels, in verpleeghuis Kalorama. Na de zoveelste vruchteloze sollicitatie ben ik uiteindelijk als 'volontair' (zonder salaris) in februari 1986 in Ewijk gestart in een klein somatisch verpleeghuis. Toevallig werd het een vaste aanstelling. Met de erkenning van het specialisme in 1990, kreeg ik mijn registratie. Inmiddels had ik een plaats voor de huisartsenopleiding in Nijmegen afgeslagen, want de verpleeghuisgeneeskunde beviel goed. Het werken als enig arts in een klein verpleeghuis had echter ook zijn beperkingen. Daarom stapte ik in 1991 over naar een groter, gecombineerd verpleeghuis in Dieren. Ook daar was ik naast verpleeghuisarts hoofd medische/paramedische dienst. Samenwerken met collega-artsen en de mix somatiek/psychogeriatric vond ik prettig. Wel ervoer ik de managementtaken steeds meer als een last, ook omdat de invloed van artsen op het beleid steeds minder vanzelfsprekend werd. In 1996 verhuisde ik om privéredenen naar Zuid-Limburg. Als verpleeghuisarts kwam ik daar in zeer grote organisaties terecht met zowel ziekenhuizen, verzorgingshuizen als verpleeghuizen. Wat me stoorde, was dat de verpleeghuisartsen in mijn perceptie steeds meer een klein radertje in een grote machinerie werden. Enerzijds ben je eindverantwoordelijk voor het zorg- en behandelplan en aan de andere kant is het steeds lastiger om die verantwoordelijkheid waar te maken. Na enige bezinning besloot ik tot een 'mid career switch'. Hoewel het best zwaar was om AIOS huisartsgeneeskunde te zijn, heb ik er vanaf het begin van genoten en het als een enorme verrijking ervaren.

Na de huisartsenopleiding heb ik enige tijd waargenomen. In maart 2007 kon ik mij vestigen in een groepspraktijk in Terneuzen. Mijn verpleeghuiservaring komt me nog dagelijks goed

van pas, want samen met Zuid-Limburg is Zeeuws-Vlaanderen een van de snelst vergrijzende regio's van het land. Daarnaast krijgt de huisarts er steeds meer taken bij, zoals de behandeling en preventie van chronische ziekten, ook grotendeels bij ouderen. De praktijken zijn uitgebreid met praktijkondersteuners, diabetes- en longverpleegkundigen; doktersassistenten kregen meer taken. De huisarts wordt daardoor ook meer coördinator, supervisor en organisator. Samen met een collega in onze HAGRO probeer ik de medische zorg in de verzorgingshuizen te verbeteren. De samenwerking met de specialisten ouderengeneeskunde is daarbij ook een aandachtspunt. Terneuzen beschikt over een goed functionerende geriatriche polikliniek. De communicatie en samenwerking met de huisartsen is goed. De specialisten ouderengeneeskunde zijn vooral actief bij patiënten die in dagbehandeling bij het verpleeghuis zijn en in de substitutie- en huiskamerprojecten in de verzorgingshuizen. Er wordt mondialesmaat gebruikgemaakt van de consultatiefunctie. Die adviserende rol kan in de toekomst wellicht worden uitgebreid tot medebehandelaar.

Mijn overstap naar de huisartsgeneeskunde heeft aan mijn loopbaan een nieuwe impuls gegeven. Halverwege je carrière de balans opmaken, kan ik iedereen aanraden.

# De verpleeghuisarts moet weloverwogen over de drempel komen...

Prof. dr. Jos Schols, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, Universiteit Maastricht /  
Correspondentie: [jos.schols@hag.unimaas.nl](mailto:jos.schols@hag.unimaas.nl)

## Inleiding

Deze editie van het Tijdschrift voor Ouderen-geneeskunde is voor een groot deel gewijd aan de samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen. De redactie benaderde me hiervoor, omdat ik in het verleden nogal wat onderzoek naar deze samenwerking heb gedaan.<sup>1</sup> Voorts heb ik de afgelopen 25 jaar kunnen zien wat er allemaal over deze samenwerking is geschreven en wat er daadwerkelijk bereikt is. Relevante stukken anno 2010 betreffen een tweetal rapporten van de Gezondheidsraad met de titels: *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid en Ouderdom komt met gebreken; geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit* én de recente KNMG-publicatie *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*.<sup>2-4</sup>

Verenso ontwikkelt mede op basis van het verleden en het heden een strategie voor de toekomst, die regelmatig goed verwoord wordt door haar voorzitter Mieke Draijer in columns in *Medisch Contact* of dit tijdschrift.

Omdat ik hoop dat deze editie van het tijdschrift een echte discussie op gang zal brengen, heb ik ervoor gekozen om nu eens niet een droge opsomming te geven van het verschenen wetenschappelijk werk over de samenwerking tussen 'verpleeghuisarts' en huisarts, maar om mijn inmiddels gegroeide retrovisie op dit thema in een opiniërend artikel voor te leggen, dat is geschreven als reactie op twee boodschappen van Mieke Draijer.<sup>5,6</sup>

## De aanleiding

Het betreft Mieke Draijer's en dus Verenso's boodschappen in het artikel: 'De verpleeghuisarts komt over de drempel...', verschenen in *Arts en Auto*, het magazine van de VvAA begin 2009, en de column in dit tijdschrift van juni dit jaar: 'Verenso, innovatie in de zorg voor ouderen'.<sup>5,6</sup> Beide hebben me aangezet om, vanuit de stelling 'het kind niet met het badwater weggooien', het volgende neer te schrijven.

In het artikel 'De verpleeghuisarts komt over de drempel...' komt Mieke Draijer met de volgende statements:

- Verpleeghuisartsen profileren zich als specialist ouderengeneeskunde maar zijn in de praktijk slechts voor een klein deel van alle ouderen beschikbaar.
- Het beroep van verpleeghuisarts verandert snel door vooral de demografische ontwikkelingen.
- Als verpleeghuisartsen meer extramuraal zouden gaan werken, kunnen ouderen veel langer in hun vertrouwde omgeving blijven wonen.
- Slechts een klein deel van de verpleeghuizen krijgt regelmatig een verzoek van een huisarts om de expertise van de verpleeghuisarts in te zetten; deze inzet geschiedt met name in verzorgingshuizen.
- Extramuraal werken door de verpleeghuisarts komt om drie redenen moeilijk van de grond: door de wijze van financiering van de zorg, door koudwatervrees bij veel verpleeghuisartsen en door concurrentieangst bij huisartsen.

Vervolgens spreekt ze ambitieus de hoop uit dat ouderen die thuis of in een verzorgingshuis wonen en AWBZ-geïndiceerde zorg ontvangen, hun potentiële recht op medische zorg door een verpleeghuisarts claimen bij het zorgkantoor.

Zoals aangegeven; deze statements dagen mij uit tot een experience-based reactie, die ik zal onderstrepen met een aantal stellingen.

## Pas op de plaats

Laten we om te beginnen teruggaan naar het nog maar recente verleden. Immers, pas in 1990 werd de verpleeghuisgeneeskunde in ons land officieel als medisch specialisme erkend. Dit betekent in feite dat het pas sinds twee decennia duidelijk is dat de medische zorg voor fragiele ouderen die verblijven in een verpleeghuis, een eigen vakgebied rechtvaardigt. En uiteraard is dat een terechte beslissing geweest. De veelal pluriforme en complexe problematiek van psychogeriatrische en somatische verpleeghuisbewoners die vaak een toestandsbeeld vertonen van multimorbiditeit met een breed scala aan stoornissen, beperkingen en handicaps, vereist echt een specifieke medische benadering.

Verpleeghuisbewoners hebben vanwege dit profiel namelijk nadrukkelijk behoefte aan een intensieve medische zorg, die gekenmerkt wordt door een hoge tijdsintensiteit en vanwege de vaak aanwezige zorgproblemen (w.o. decubitus, ondervoeding, valincidenten, gedragsproblemen, polyfarmacie) ook sterke continuïteit.

Deze vorm van medische zorg, die intramuraal bovendien ingebed is in een prachtig multidisciplinair kader, past derhalve ook niet goed in de reguliere werkwijze van de huisarts en is ook niet te bieden via intermitterende bezoeken van medisch specialisten. Kortom, wij weten inmiddels dat in ons land de medische zorg in verpleeghuizen niet iets is, wat je er als huisarts of specialist even bij doet. In het buitenland komt men daar ook steeds meer achter en is men steeds meer leergierig naar onze ervaringen op zoek.<sup>7,8</sup>

Op zo'n erkenning als intramuraal specialist moet je dus heel trots zijn én als discipline keihard werken aan de verdere professionalisering en wetenschappelijke onderbouwing van het eigen vakgebied. Daarmee zijn we ook aan de slag gegaan. Er zijn inmiddels diverse verpleeghuisgeneeskundige richtlijnen beschikbaar en het onderzoek naar de kenmerken van verpleeghuisbewoners en naar hun complexe problemen, inclusief mogelijke interventies daarvoor, is aan verschillende universiteiten gelukkig structureel van de grond gekomen (met name VUmc, Radboud Universiteit, LUMC en MUMC+).

Maar in de toekomst is een nog veel grotere inspanning aan de orde; een inspanningsverplichting zelfs, die hard nodig is omdat het patiëntenprofiel van de verpleeghuisbewoner door de tijd heen nog steeds complexer wordt. Het verpleeghuis was en blijft immers de plaats waarin iemand pas terecht komt als het thuis echt niet meer gaat.

En, omdat tegenwoordig thuis veel meer medische en verpleegkundige zorg geboden kan worden dan vroeger, kunnen veel zorgbehoevende ouderen veel langer thuis blijven dan voorheen. Als ze dan uiteindelijk toch naar een verpleeghuis moeten verhuizen, komen ze daar veelal in een veel complexere toestand binnen; een toestand die vervolgens ook complexere medische zorg vereist.<sup>9</sup>

Dat brengt me bij stelling 1:

*De verpleeghuisarts moet, vanwege de demografische ontwikkelingen en de ontwikkelingen in de ouderenzorg, eerder door evolueren tot een nog sterkere specialist voor intramuraal verblijvende, zwaar zorgbehoevende ouderen, dan zich simpelweg de naam specialist ouderengeneeskunde aanmeten om daarmee te hopen de extramurale markt te kunnen veroveren.*

De opkomst en ontwikkeling van specifieke aandachtsgebieden binnen de verpleeghuisgeneeskunde, zoals de gerontorevalidatie, palliatieve zorg en gespecialiseerde psychogeriatricie passen daar bovendien prima bij, terwijl ook de verpleeghuiszorg zelf met betrekking tot deze bijzondere aandachtsgebieden materieel en immaterieel gelukkig steeds meer zichtbaar wordt.

Stelling 2 is dan logisch:

*Het is prachtig en uitdagend genoeg om primair als een echte specialist werkzaam te blijven binnen verpleeghuissettings. Het is jammer dat daarover tegenwoordig soms zo negatief gesproken wordt, terwijl de intramurale zorg toch de bakermat van (de erkenning van) het verpleeghuisgeneeskundig vakgebied vormt en ook de basis moet blijven voor de verdieping van en trotsheid op ons vakgebied.*

Het actuele gebrek aan specialisten ouderengeneeskunde (verpleeghuisartsen) in ons land en het feit dat we deze artsen intramuraal de komende tijd juist hard nodig hebben om de transformatiefase waarin onze institutionele ouderenzorg op dit moment verkeert, goed door te komen én de intramuraal aanwezige bewoners de goede medische zorg te blijven bieden, vereisen juist van alle verantwoordelijken op dit gebied, inclusief de beroepsvereniging Verenso, dat ze veel energie steken in het behoud van goede en enthousiaste dokters binnen de instellingen. Faciliteren van artsen is dus juist daar hard nodig!

Stelling 3:

*Specialisten ouderengeneeskunde blijven het hardste nodig binnen de verpleeghuizen, in wat voor vorm dan ook. Van oudsher kiezen artsen, die in verpleeghuizen willen werken, ook juist daarvoor en ze kunnen er zich zeker goed ontwikkelen, zonder andere artsen in de weg te zitten.*

### **Weloverwogen extramuraal aan de slag**

Het is niettemin duidelijk dat de intramuraal opgedane kennis en kunde van de verpleeghuisarts ook bruikbaar is buiten de muren van het verpleeghuis. Zoals aangegeven blijven kwetsbare en hulpbehoevende ouderen nu al veel langer thuis of in het verzorgingshuis wonen dan vroeger.

Dat dit heden ten dage mogelijk is, is overigens nauwelijks te danken aan de (historische) extramurale inbreng van de verpleeghuisarts of andere verpleeghuisprofessionals. Medische, verpleegkundige en technologische ontwikkelingen in de eerste lijn en tweede lijn zelf hebben hier in veel sterkere mate aan bijgedragen. De additioneel toegevoegde waarde van de verpleeghuisarts op dit punt is dus vooralsnog niet bewezen.

## Zit men in de eerste lijn überhaupt te wachten op de verpleeghuisarts?

Sinds 1990 bestaat er voor huisartsen de mogelijkheid om de verpleeghuisarts in consult te roepen voor problemen waarmee men in de eerste lijn vastloopt. Financieel is daar geen enkele drempel voor aanwezig en het principe van broodroof speelt hier ook niet. Tot op heden wordt van deze mogelijkheid door huisartsen echter nauwelijks gebruikgemaakt. En ook in verzorgingshuizen, waar via het oorspronkelijke principe van substitutie van zorg door medewerkers uit het verpleeghuis al heel lang aanvullende advisering geboden kan worden ten behoeve van bewoners, wier zorglast de mogelijkheden van het verzorgingshuis te boven gaat, is de consultatieve samenwerking met huisartsen niet echt goed van de grond gekomen; nee eerder heeft de verpleeghuisbemoedienis in de verzorgingshuizen tot sterker territoriumgedrag bij de huisartsen geleid.<sup>10</sup> De recente naamswijziging van verpleeghuisarts in specialist ouderengeneeskunde zal hier naar mijn verwachting weinig aan veranderen, ook al hoopt de beroepsvereniging wellicht anders.

Stelling 4:

*Wie wacht er nu eigenlijk op de specialist ouderengeneeskunde...? Het lijkt erop dat het vooral de specialist ouderengeneeskunde zelf is!*

Wat derhalve nodig is, is een genuanceerde paradigmaverandering. Het gaat er niet primair om dat de specialist ouderengeneeskunde rechtsom of linksom, al marktveroverend, in de eerste lijn zijn diensten gaat aanbieden.

Nee..., vanuit zijn intramurale thuisbasis is de specialist ouderengeneeskunde, samen met andere collega-medici, ondersteunend beschikbaar voor alle kwetsbare patiënten met complexe (zorg) problematiek, ongeacht de plaats waar zij verblijven.

### Wat betekent dit nu voor fragiele ouderen in het ziekenhuis en de eerste lijn?

Het is inmiddels ook zonneklaar dat het ziekenhuis, ondanks het feit dat er frequente kortdurende opnames van fragiele ouderen plaatsvinden, slechts een geringe rol speelt in de ouderenzorg. Het ziekenhuis is eerder een slechte plaats voor kwetsbare ouderen. Ouderenzorg is en blijft bovendien veel meer care dan cure.

Stelling 5:

*De meeste ouderenzorg vindt plaats in de eerste lijn. De medische zorg voor ouderen in de eerste lijn dient in handen te zijn van de huisarts én onder enige relevante voorwaarden ook te blijven, namelijk mits:*

- *er keuzes zijn voor de huisarts;*
- *er hulp aanwezig is bij het maken van keuzes;*
- *er adequate ondersteuning aanwezig is (bijvoorbeeld praktijkondersteuners);*
- *ouderengeneeskundigen (d.i. de geriater en specialist ouderengeneeskunde) genoeg nemen met voornamelijk een adviserende rol;*
- *ouderengeneeskundigen bereid zijn om op deze wijze en onderling afgestemd, ondersteunend op te treden in de eerste lijn.*

Als de huisarts regie wil blijven voeren over de medische ouderenzorg in de eerste lijn moeten de innovatieve intrinsieke (o.a. praktijkondersteuner) en extrinsieke ondersteuning (o.a. geriater en specialist ouderengeneeskunde) er bovendien toe leiden, dat kwetsbare ouderen in de eerste lijn tijdig opgespoord worden. Waardoor men voor hen en het hen omringende systeem tijdig kan starten met preventieve, curatieve en/of zorgondersteunende interventies.

Een goede samenwerking met de geriater en de specialist ouderengeneeskunde, waarbij beiden, in de geest van bovenstaande randvoorwaarden, voor de huisarts adviserend kunnen bijdragen aan de zorg, kan de kwaliteit van de integrale zorg voor fragiele ouderen in de eerste lijn fors verhogen. Huisartsen zullen zich in dit logische en makkelijker haalbare model immers veel vrijer voelen om consulten aan te vragen.

Dat alles kan er vervolgens ook toe leiden, dat onnodige ziekenhuisopnames van ouderen worden voorkomen; én in het geval ze toch onvermijdelijk zijn, dat ze dan zo veilig en kortdurend mogelijk verlopen.

Optimale herstellingsprogramma's, onder regie van in de gerontorevalidatie geschoolde en dus echte specialisten ouderengeneeskunde, die na kortdurende ziekenhuisopname plaatsvinden op herstelafdelingen van verpleeghuizen nieuwe stijl, zullen in de toekomst eveneens bijdragen aan de empowerment van kwetsbare ouderen en het systeem om hen heen. Zo kunnen we op weg gaan naar een sterke positie van de kwetsbare oudere in de eerste lijn. Het is goed dat er op dit gebied inmiddels diverse experimenten plaatsvinden in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg.<sup>11</sup>



## De voorziening ouderengeneeskunde

In haar column in TvO van juni dit jaar met de titel 'Verenso, innovatie in de zorg voor ouderen' spreekt Mieke Draijer van de *voorziening ouderengeneeskunde*. Taakverschuiving, artsentekorten en veranderende logistiek van de medische bedrijfsvoering leiden ertoe dat inmiddels diverse artsondersteunende professionals, onder wie praktijkondersteuners en nurse practitioners, ook in verpleeghuizen hun intrede doen. Een goede ontwikkeling.

Zelf houd ik overigens niet zo van termen als 'voorziening ouderengeneeskunde', omdat ik veel liever verwoord zie dat de specialisten ouderengeneeskunde en hun ondersteuners integraal onderdeel uitmaken van een multidisciplinair behandelteam; een behandelteam dat bovendien alleen maar goed kan functioneren als er ook een optimale afstemming bestaat met de verpleging en verzorging.

Het blijft mijn duidelijke voorkeur houden dat dit behandelteam zijn thuisbasis houdt in het verpleeghuis (nieuwe stijl) zelf. Natuurlijk volg ik met veel interesse beroepsgenoten die zich als zzp'er aanbieden op de vrije markt en kijk ik met belangstelling naar initiatieven als van Gerimedica en Novicare. De tijd zal leren of deze initiatieven (en met name de innovatieve kanten ervan) inderdaad een landelijke dekking bereiken.

Vooralsnog blijf ik van mening dat ook *het model van een aan het verpleeghuis zelf verbonden behandel dienst* niet te snel verloochend moet worden. Er is zeker ook nog veel ruimte voor een 'revival' van dit model, waarin het mijns inziens ook sterker mogelijk is om intramuraal mee te denken en te bouwen aan innovatie en verandering. Verder kunnen behandelaars ook vanuit dit model extramuraal actief zijn en 'extra gelden' genereren. Dat daarbij de rolopvatting, attitude en bedrijfsvoering van soms 'vastgeroeste medewerkers' moet veranderen, is duidelijk. We kunnen derhalve zeker leren van de zojuist genoemde initiatieven als Gerimedica en Novicare; daar is niets mis mee. We mogen echter toch ook hopen, dat de opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde en andere behandelberoepen hier snel een steentje aan bijdragen.

## Slot

In de afgelopen tien jaar ben ik er zelf, ondanks én dankzij een deel van mijn wetenschappelijk werk dat gericht was op de samenwerking tussen huisarts en 'verpleeghuisarts', steeds meer van overtuigd geraakt dat het geen zin heeft om een concurrentiestrijd met de huisarts aan te gaan. Het actuele transformatieproces in de ouderenzorg en de preferenties van fragiele ouderen zelf sterken mij hierin nog meer. Ik ondersteun derhalve de koers van

Verenso ook alleen maar daar waar men kiest voor een goed gehonoreerde, ondersteunende rol van de verpleeghuisarts in het ziekenhuis en de eerste lijn; dus niet waar men ook inzet op de mogelijke rol van hoofdbehandelaar in de eerste lijn.

Het zal inmiddels duidelijk zijn dat ik nog steeds geen pleitbezorger ben van de naam specialist ouderengeneeskunde. Ik kan er hoogstens nog enigszins warm voor lopen als deze naam gebruikt wordt in de eerder door mij aangegeven betekenis van een sterke specialist voor intramuraal verblijvende, zwaar zorgbehoevende ouderen; een specialist die bovendien voor de huisarts en andere collega specialisten beschikbaar is als een echte en gewaardeerde 'specialist-consulent'. Genoeg uitdagingen en volop werk liggen er evenzeer in het door mij geschetste eerstelijns scenario. In feite past dit model ook het beste bij de basale motieven die voor onze (aanstaande) beroepsgenoten veelal ten grondslag liggen aan de keuze voor het 'specialisme ouderengeneeskunde'. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat veel specialisten ouderengeneeskunde hier eigenlijk stiekem blij mee zijn.

## Literatuur

1. Schols JMGA. In en Vanuit het verpleeghuis; samenwerking verpleeghuisarts-huisarts (proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht, maart 2000.
2. Gezondheidsraad. *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; publicatienr. 2009/07, ISBN 978-90-5549-757-7.
3. Gezondheidsraad. *Ouderdom komt met gebreken; geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/01, ISBN 978-90-5549-685-3.
4. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. KNMG, maart 2010.
5. 'De verpleeghuisarts komt over de drempel' (een interview met Mieke Draijer, voorzitter van Verenso). Arts & Auto, januari 2009.
6. Draijer M. Verenso, innovatie in de zorg voor ouderen. Tijdschr Ouderengeneesk 2010; 35(3): 123.
7. Katz PR, Karuza J, Intrator O, et al. Nursing home physician specialists: a response to the workforce crisis in long-term care. *Ann Intern Med* 2009; 150: 411-413.
8. Koopmans RTCM, Lavrijsen JCM, Hoek FJ, et al. Dutch elderly care physician: a new generation of nursing home physician specialists (letter to the editor). *J Am Geriatr Soc* 2010, geaccepteerd voor publicatie.
9. Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen - Universiteit Maastricht. [www.lpz-um.eu](http://www.lpz-um.eu).
10. Van Dam van Isselt EF, Schols JM. De verpleeghuisarts in consult: een te weinig benutte toegevoegde waarde. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2007; 38(5): 255-261.
11. [www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl](http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl).

# Ouder worden en wel zijn

## Regie in eigen hand

Marieke van Schie, huisarts en kaderhuisarts ouderengeneeskunde / Correspondentie: [marieke@vanschie.net](mailto:marieke@vanschie.net)

Onder deze titel organiseerde ik op vrijdag 27 augustus een symposium in het nieuw geopende verzorgingshuis Rustenborch in Oegstgeest. Aanleiding was de afronding van onze pilot, waarin ik samen met Rob van de Hoeve, specialist ouderengeneeskunde in het naburig verpleeghuis Van Wijckerslooth, de fragiele ouderen in mijn huisartsenpraktijk gedurende vier jaar intensief begeleid heb met extra zorg in de thuissituatie.

In onze buurt wonen de ouderen veelal thuis, al dan niet met hun partner. Negen jaar geleden kreeg ik, samen met drie andere huisartsen in Leiden, het aanbod een praktijkverpleegkundige in mijn praktijk op te leiden, met ondersteuning, financieel en inhoudelijk, van het projectteam van Obelon. De functie van praktijkondersteuner was in die tijd nog in ontwikkeling. De diabeteszorg volgens gestructureerd model was net in opkomst, evenals de zorg voor de astma- en COPD-patiënt. Ik introduceerde de praktijkverpleegkundige in mijn praktijk door haar mee te nemen op de huisvisites, die ik elke week structureel op maandagmiddag aflegde bij ouderen die niet in staat waren naar de praktijk te komen. Al snel werd duidelijk, hoe zeer dit haar interesse had. 'Ik ben vroeger wijkverpleegkundige geweest,' zei ze. 'Het lijkt me zo leuk dit samen met je te doen. Is het mogelijk, dat we de visites om en om gaan afleggen? Als de mensen me eenmaal kennen, accepteren ze dat vast wel en het kan een verlichting van je taak betekenen.' Dat leek me een goed plan, en na een half jaar, toen we iedereen bezocht hadden en uitgelegd, dat we om beurten zouden komen, startten we met de nieuwe opzet. Visites volgens gestructureerd plan. Een kijkje in de thuissituatie, bloeddruk en suiker opnemen, eventueel gewicht, en bespreken of de zorg aan huis in de vorm van thuiszorg en hulp bij wassen en aankleden gewenst was. Op deze wijze kregen we een aardig overzicht over het aantal fragiele ouderen in de praktijk.

De praktijkverpleegkundigen wisselden elkaar af door omstandigheden. Dat was aanleiding voor mijn oudste doktersassistente Margriet Tetteroo om voor te stellen, dat zij de opleiding voor praktijkondersteuner zou gaan volgen. 'Ik ken de mensen goed van de telefoon en de spreekuren in de praktijk. Ik heb al een vertrouwensband en zou het een uitdaging vinden mijn taken uit te breiden. Zie je dat zitten?' Het was een andere insteek, maar al snel zag ik de voordelen. Margriet startte de opleiding en breidde aan de hand van haar werkopdrachten haar taken uit. We namen

een extra doktersassistente aan, die samen met de medisch secretaresse haar werk aan de balie en in de praktijk overnam. Zo kregen we een goed op elkaar ingespeeld team. Als patiënten tijdelijk opgenomen werden in het verpleeghuis, bijvoorbeeld om te revalideren na een heupoperatie, of als intervalopname ter ontlasting van de thuissituatie, bezochten we hen daar om de overgang naar huis te begeleiden. We kwamen in gesprek met Rob, die als specialist ouderengeneeskunde op zoek was naar innovatieve projecten binnen zijn werk. 'Zou je het leuk vinden om samen te kijken of we een pilot kunnen opzetten voor de buurt? We hebben een enthousiast en heel kundig team paramedici, die ook de wijk in kunnen, juist voor de ouderen met multipathologie. Zullen we daar eens over praten?' We startten in 2006 met MDO-besprekingen van de door ons geselecteerde patiënten. Vanuit onze huisartsenpraktijk namen Margriet en ik deel, vanuit Van Wijckerslooth Rob van der Hoeve en Marieke Koopman, als hoofd zorgbemiddeling. In het begin was het zoeken naar de doelen, afstemmen wat we wilden, en definiëren waar we de patiënten een meerwaarde mee konden bieden. Toen in 2007 de opleiding tot kaderhuisarts ouderengeneeskunde in Leiden startte, schreef ik me in. Ik koos als project voor mijn opleiding onze pilot in Oegstgeest. Zorg voor fragiele ouderen aan huis. Ik had een te overzien aantal ouderen boven de tachtig jaar: 15 mensen in verzorgingshuizen her en der in de stad en 67 ouderen die zelfstandig woonden. Overigens waren niet allen zorgafhankelijk. Een 90-jarige patiënt verhuisde uit de serviceflat terug naar een gewone woning, omdat hij de zorg als beknellend ervaarde en functioneerde daar prima. En een 67-jarige patiënte was sterk hulpbehoevend na een CVA en wilde met haar partner graag thuis blijven wonen. Binnen mijn opleiding leerde ik zorgplannen maken en zo structureerden we het overleg. Elke drie weken kwamen we bijeen tijdens een lunchoverleg. We namen de mensen door, die we in de afgelopen weken hadden gezien, en keken naar verbetermogelijkheden. Als we een indicatie zagen voor fysiotherapeutische behandeling, door een bewegingsbeperking of valproblematiek, vroegen we een van de fysiotherapeuten om aan te schuiven en bespraken we wat zij kon inbrengen ter verbetering van de kwaliteit van leven voor de patiënt. Het viel me direct op, dat zij breder keek dan wij gewend waren.

Zo vroeg ik haar langs te gaan bij meneer van de B., een oud-schipper op de binnenvaart. 'Meneer van de B. is erg

verzwakt,' zei ze na haar eerste bezoek. 'Hij heeft een larynxcarcinoom en ernstige COPD. Door de bestraling kan hij moeilijk slikken en komt hij niet aan zijn calorieën. Hij heeft extra voeding nodig. Zullen we de logopediste vragen langs te gaan om hem slikinstructies te geven, en de diëtiste om zijn voeding aan te vullen met energiedrankjes? Ik kan niet van hem vragen dat hij mijn oefeningen doet, daarvoor is hij te ernstig verzwakt. Hij ligt een groot deel van de dag op bed. Opnemen in ons verpleeghuis is geen optie, want hij is verknocht aan zijn hondje. Die is trouwens ook heel oud en valt regelmatig om. Maar daar heb ik geen oplossing voor.' Humor helpt als je taken zwaarder worden. De fysiotherapeute won langzaam het vertrouwen van deze hoogbejaarde heer. Margriet en ik kwamen ook regelmatig langs, om wat moed in te praten en hem te activeren. 'Fijn dokter, dat je komt. Ik mis in deze tijd mijn vrouw zo. Ik heb goede kinderen, maar die wil ik niet belasten. U bent er nog bij geweest, toen mijn vrouw stierf. Daardoor heb ik het gevoel, dat ze weer een beetje bij me is, als we samen praten!' Zijn stem was hees van de behandeling, maar zijn ogen vol levenslust. Een lange zuurstofslang gaf hem lucht. Het apparaat stond op de gang. 'Ik moet van de fysio dat slangetje in mijn neus doen. Het geeft wel wat extra lucht, maar ik probeer steeds zonder.' In het MDO hadden we besproken, dat bij een te lage zuurstofsaturatie zijn spieren eerder verzuurden, dus moedigde ik hem aan de zuurstof voorlopig wel te gebruiken. 'Anders duurt uw herstel nog langer!' De ergotherapeute schakelden we in om hem mobiel te maken. Met de scootmobiel kon hij met zijn hondje weer naar buiten, wat hem zichtbaar goed deed. En hij kreeg aanpassingen in de tuin en bij het trapje bij de voordeur, zodat hij minder zou kunnen vallen. 'Vakwerk,' stelde hij tevreden vast. Na een half jaar pelde hij de tuinboontjes weer en schildde de aardappels, zodat zijn dochter minder werk had bij het koken.

Maar niet iedereen stelde zich even makkelijk open voor hulp. Bij mijn 67-jarige CVA-patiënte liep ik hopeloos vast. Ook haar bracht ik in ons overleg in. 'Kunnen we niet eens samen bij haar langs,' stelde ik voor. Rob van de Hoeve maakte tijd en het echtpaar was zichtbaar verrast toen we onze komst aankondigden. Al snel werd mij de meerwaarde van ons gezamenlijk bezoek duidelijk. Naar mij was ze passief afhankelijk en eisend naar haar man. Rob inventariseerde haar beperkingen, vroeg haar de armen en benen te bewegen, eens zich op te drukken in de stoel, en zei toen: 'Het is me niet duidelijk waarom u niets meer zou kunnen. U kan meer dan u denkt! Kan ik u overhalen eens bij ons te komen voor verdere reactivering, op de dagbehandeling? Ook bespraken we samen met het echtpaar de zware rol, die haar man als mantelzorger had. Hij kwam aan geen van zijn hobby's toe. We nodigden hen samen uit om met Marieke Koopman een aantal gesprekken te hebben, wat ertoe leidde dat de echtgenoot weer tijd voor zichzelf

kreeg, en zij toestemde twee dagen door te brengen op de dagbehandeling. 'Vreemde ogen dwingen,' zei Rob lachend, toen we dit nabespraken.

We hebben uiteindelijk vier jaar samengewerkt. In totaal hebben we 60 patiënten intensief begeleid voor een langere of kortere periode. De patiënttevredenheid was hoog. Men is enthousiast over de op hun leeftijd en mogelijkheden afgestemde hulp bij de geriatrische fysiotherapie en andere paramedische disciplines. Voor ons als huisarts en praktijkondersteuner is het erg waardevol gebleken onze patiënten met een fragiel zorgsysteem in een MDO te kunnen bespreken. De connectie naar thuiszorg en de paramedische disciplines werd door Marieke Koopman gefaciliteerd. Dat nam ons veel werk uit handen. Aanvragen bij het CIZ kwamen snel en zorgvuldig tot stand.

Een van de problemen die we tegenkwamen, was de financiële vergoeding van de huisbezoeken van de specialist ouderengeneeskunde. Er bestaat een vergoedingsregeling, op basis van een speciale beleidsregel CA-373, van de Nederlandse Zorgautoriteit, die de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de psycholoog in de eerste lijn kan vergoeden. Deze moet te voren aangevraagd worden bij het zorgkantoor. Bij het opzetten van onze samenwerking hebben we te weinig gekeken naar de financiële onderbouwing van dit project. De vergoeding is daardoor niet tot stand gekomen. De verrichtingen door fysiotherapeuten, ergotherapie, logopedie en diëtetiek vallen onder het reguliere zorgsysteem. Die lopen nu gewoon door. Het zal nog heel wat voeten in de aarde hebben om het hele project te beschrijven en te implementeren, maar primair willen we eerst de financiële ondersteuning van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde goed regelen. In Leiden is het project Herstelzorg van start gegaan. Doel van dit project is de zorg voor de hoogbejaarde patiënt beter te regelen, vanaf het moment dat de verwijzing geregeld wordt, tot en met het moment van thuiskomst. Hier zal de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde opnieuw een kans krijgen. De huisarts kan wellicht al in het revalidatietraject betrokken worden bij de zorg op weg naar huis. Eenmaal thuis kan de specialist ouderengeneeskunde, die de patiënt al kent, op indicatie geconsulteerd worden. De paramedische zorg vloeit drempelloos in elkaar over. Financiële onderbouwing wordt beter geregeld, zodat we daar niet meer op vast kunnen lopen. De oudere patiënt zal op deze wijze nog beter in staat zijn met behulp van de zorgverleners om hem heen de regie over zijn leven in eigen hand te houden. Hetgeen bij zal dragen tot zijn welzijn.

# Samenwerking tussen huisartsen en het Mobiel Geriatriesch Team Houten: zorg voor kwetsbare ouderen thuis

Regina Falck, psycholoog Zorgspectrum, Houten/Nieuwegein / Desiré Helms, Marieke Hoogenboom, specialisten ouderengeneeskunde Zorgspectrum, Houten/Nieuwegein / Prof.dr. Wilco Achterberg, specialist ouderengeneeskunde en hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde, LUMC, Leiden / Correspondentie: [r.falck@zorgspectrum.nl](mailto:r.falck@zorgspectrum.nl)

## Inleiding

Nederland verzilvert; momenteel kent Nederland drie miljoen 65-plussers. Naar verwachting zal dit in 2038 zijn toegenomen tot zo'n 4,3 miljoen. Met het stijgen van de leeftijd treden ook vaker ouderdomsspecifieke ziekten en stoornissen op. Door deze factoren zal het aantal zorgbehoevende ouderen met complexe geriatrie problemen sterk groeien. Het aantal verpleeghuisbedden houdt geen gelijke tred met deze trend. Maatschappelijke ontwikkelingen zoals individualisering, mondigheid, etniciteit en de welvarendheid van ouderen zijn mede van invloed op het feit, dat ouderen met complexe problematiek die voorheen in het verpleeghuis werden opgenomen in toenemende mate langer in hun eigen woonomgeving blijven.<sup>1</sup>

Landelijk zijn diverse projecten gestart met als doel ondersteuning van thuiswonende (psycho)geriatrie cliënten. Wat betreft vorm en organisatie is er een grote verscheidenheid aan projecten geweest, zoals wachtlijstserviceprojecten ontstaan vanuit een toenemende wachtlijstproblematiek.<sup>2</sup> Een bekend initiatief is het Dementie Onderzoek en Casemanagement (DOC-)Team van de Stichting Geriant in de regio Noord-Holland-Noord met als doelstelling diagnostiek en langerdurende ambulante zorgverlening.<sup>3</sup> In Midden-Nederland is als onderdeel van de Rivas Zorggroep in 2000 het Geriatriesch Onderzoek en Adviescentrum (GOAC) gestart, dat aan vroegtijdige signalering doet en de huisartspraktijk ondersteunt.<sup>4,5</sup>

Met ingang van 1 oktober 2005 is ook door Stichting Zorgspectrum een initiatief genomen om deze problematiek het hoofd te bieden door het starten van een *Mobiel Geriatriesch Team (MGT)* in Houten. De gemeente Houten is een middelgrote gemeente met een inwonertal van ongeveer 45.000. Momenteel wonen er ongeveer 4.000 65-plussers. Het Mobiel Geriatriesch Team biedt in de thuissituatie zorg aan mensen met een (psycho)geriatrie

zorgbehoefte. Na aanmelding door huisarts, mantelzorger of thuiszorgmedewerkers draagt de casemanager van het team zorg voor het opvragen van de benodigde informatie, maakt een eerste inventarisatie en bespreekt deze kort met de arts en de psycholoog. Vervolgens wordt na de intake aan huis door de casemanager, psycholoog of specialist ouderengeneeskunde een (zorg)diagnose gesteld. Hieraan gekoppeld wordt een advies uitgebracht dat wordt besproken met cliënt en mantelzorgers. De casemanager legt voor alle cliënten een digitaal dossier aan.

Vanaf de start is het MGT in Houten meer dan 200 keer ingeschakeld. Vanwege het succes van dit team zijn ook in andere gemeenten in het verzorgingsgebied van Zorgspectrum (Nieuwegein, Vianen en Bunnik) teams gestart. Het doel van het MGT is het bieden van zorg aan cliënten met een (psycho)geriatrie zorgbehoefte in de thuissituatie. Dit doel wordt bereikt door het in de thuissituatie aanbieden van een geïntegreerd aanbod van diagnose, behandeling en ondersteunende en activerende begeleiding, waarin casemanagement een centrale rol vervult. Over de effecten van casemanagement is de laatste jaren veel onderzoek gepubliceerd. De conclusies over de effectiviteit van preventieve huisbezoeken aan ouderen zijn tegenstrijdig.<sup>6</sup> Een in 2006 gepubliceerde gecontroleerde clinical trial toont aan dat geïntegreerde zorg in de eerste lijn door een interdisciplinair team bij patiënten met Alzheimer een significante verbetering in de kwaliteit van zorg en in gedragsmatige en psychologische symptomen bewerkstelligde.<sup>7</sup> Uit een meta-analyse van 19 onderzoeken (RCT's) bleek dat interventies die boven op de gebruikelijke zorg geboden werden, geassocieerd waren met lagere sterftecijfers en een grotere kans om langer zelfstandig te blijven wonen.<sup>8</sup> Er werd geen effect aangetoond op het aantal opnames. In een recent gepubliceerd onderzoek is aangetoond dat casemanagement geen meerwaarde

had ten opzichte van de gebruikelijke zorg wanneer gekeken wordt naar de kwaliteit van leven, depressieve gevoelens en ervaren druk bij mantelzorgers en naar kwaliteit van leven, tijd tot opname en sterfte bij patiënten.<sup>9</sup> Opgemerkt dient te worden dat het ging om een onderzoekspopulatie die proactief benaderd was. Beide laatstgenoemde onderzoeken benadrukken het belang van selectie van de doelgroep op grond van patiëntkarakteristieken zoals leeftijd, functionele beperkingen en frailty. Dat preventieve huisbezoeken niet zinvol zijn voor de hele populatie thuiswonende ouderen, maar meer effectief wanneer beperkt tot diegenen met een zwakke gezondheid, kwam ook al uit een onderzoek uit 1993 in Zuid-Nederland naar voren.<sup>10</sup>

In dit tijdschrift publiceerden wij al eerder gegevens over de rol van de specialist ouderengeneeskunde uit een retrospectief dossieronderzoek van cliënten van het MGT.<sup>11</sup> Het betreft hier gegevens over 65 cliënten die tussen oktober 2005 (start van het MGT) en augustus 2007 waren aangemeld. Dit onderzoek biedt ook een overzicht over de cliëntpopulatie van het MGT. In dit artikel willen wij deze cliëntpopulatie van het eerste uur analyseren. Ook is op punten nagegaan of deze cliëntpopulatie in de loop van de tijd veranderd is. Hiertoe zijn gegevens geanalyseerd van de cliënten die tussen april 2009 en april 2010 zijn aangemeld bij het team, en vergeleken met de informatie van de eerste onderzoekspopulatie.

## Methode

Het uitgevoerde onderzoek is beschrijvend van aard waarbij aan de hand van retrospectief dossieronderzoek gegevens zijn verzameld. De inventarisatie van de patiëntgegevens uit de dossiers volgde voornamelijk uit het doornemen van de door de casemanager digitaal aangelegde dossiers in het MGT-bestand. Over de eerste onderzoeksgroep zijn eveneens de door de arts aangelegde medische dossiers gebruikt. Deze bevatten de medische gegevens en door de arts gemaakte notities van gedane verrichtingen en MDO's. Niet van alle cliënten was een dossier beschikbaar, vanwege het feit dat bij verhuizing of opname het dossier met de cliënt meeverhuist. Daar waar over bepaalde kenmerken geen informatie te vinden was, zijn gegevens als 'missing' in het onderzoek ingevoerd.

De dossiers van de eerste onderzoekspopulatie zijn bekeken op de volgende punten:

- *Persoonlijke kenmerken:* leeftijd en geslacht, verwijzer, ADL-status, mobiliteitsstatus en valproblematiek, aanwezigheid van cognitieve stoornissen en overige diagnoses, medicatiegebruik, woonsituatie, aanwezigheid van partner, mantelzorg en/of professionele (thuis)zorg. Op een aantal van deze kenmerken zijn de cliënten

na inventarisatie van de beschikbare informatie aan de hand van de beschrijvingen in drie of vier categorieën onderverdeeld. De ADL-status is verdeeld in zelfstandig, gedeeltelijk afhankelijk/zelfstandig met hulp en volledig afhankelijk. De mobiliteitsstatus is op dezelfde manier gesplitst in volledig mobiel, mobiel met begeleiding en/of hulpmiddelen en volledig immobiel. Qua woonsituatie zijn de cliënten gegroepeerd als zelfstandig wonend, wonend in een aanleunwoning, in een verzorgingshuis en in een verzorgingshuis met verpleeghuiszorg. Voor de mantelzorg is gekeken naar het al dan niet beschikbaar zijn van mantelzorg, het wel of niet ontvangen van mantelzorg door de eigen partner en mantelzorg geboden door (schoon)kinderen.

- *Somatische kenmerken:* De medische diagnoses zijn verzameld uit de beschikbare medische gegevens en de bij de intake verkregen informatie en vervolgens gecategoriseerd in hoofdgroepen. De meest voorkomende diagnoses worden vermeld. Wat betreft het medicatiegebruik is gekeken naar het aantal gebruikte verschillende medicijnen per patiënt. Het gebruik van psychofarmaca, onderverdeeld in anxiolytica, antipsychotica, antidepressiva en dementieremmende middelen, is separaat daarvan geïnventariseerd.
- *Psychologische kenmerken:* Ter beschrijving van het cognitief functioneren is de uitslag van het neuropsychologisch onderzoek (NPO), indien uitgevoerd, vermeld. Ook is gekeken of ten tijde van aanmelding de diagnose dementie al gesteld was door de huisarts of de tweede lijn. Indien afgenomen is de MMSE-score vermeld. De conclusies uit de afgenomen NPO's zijn in vier categorieën verdeeld; milde tot matige cognitieve stoornis (MCI), ernstige cognitieve stoornis of dementie, niet-cognitieve, psychische aandoening (bijvoorbeeld depressie) en de combinatie van een cognitieve met een niet-cognitieve aandoening.

Van de tweede onderzoekspopulatie zijn de volgende gegevens geanalyseerd:

- *Persoonlijke kenmerken:* geslacht en leeftijd, verwijzer, alleenwonend, beschikbaarheid van mantelzorg en woonsituatie.
- *Psychologische kenmerken:* de uitslag van het NPO, indien uitgevoerd, en de MMSE-score, indien afgenomen. Ook is gekeken of de diagnose dementie al voor aanmelding is gesteld.

## Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie 1 bestaat uit alle cliënten woonachtig in Houten die in de periode van juli 2005 tot september 2007 door het mobiel geriatrisch team Houten in begeleiding genomen zijn ( $n=65$ ). Vergelijkende onderzoekspopulatie 2 bestaat uit cliënten



woonachtig in Houten die in de periode april 2009 tot april 2010 in begeleiding zijn genomen ( $n=55$ ).

**Tabel 1: Persoonlijke kenmerken karakteristieken demografisch en functioneel**

Kenmerk ( $n=65$ )	
Gemiddelde leeftijd in jaren	81,4 (SD= 5,8)
Vrouwelijk geslacht	(47) 72,3%
Gemiddelde MMSE ( $n=42$ )	18,8 (SD=5,0)
Diagnose dementie t.t.v. aanmelding ( $n=62$ )	(15) 24,2%
ADL-status ( $n=59$ ) zelfstandig deels afhankelijk volledig afhankelijk	(25) 42,4% (31) 52,5% (3) 5,1%
Mobiliteitstatus ( $n=59$ ) mobiel mobiel met hulpmiddelen/begeleiding immobiel	(33) 55,9% (25) 42,4% (1) 1,7%
Woonsituatie zelfstandig aanleunwoning verzorgingshuis idem met meerzorg/VPH-indicatie	(44) 67,7% (10) 15,4% (10) 15,4% (1) 1,5%
Alleenwonend Met partner wonend	(36) 55,4% (26) 40,0%
Mantelzorg aanwezig ( $n=61$ ) door partner ( $n=64$ ) door zoon/dochter ( $n=57$ )	(52) 85,2% (19) 29,7% (34) 59,6%
Clïënt ontvangt professionele zorg ( $n=61$ )	(29) 47,5%
Aantal medische diagnoses ( $n=58$ )	3,8 (SD 1,4)
Diagnose dementie reeds bij aanmelding	(15) 23,1%
Conclusie NPO ( $n=49$ ) MCI/milde-matige stoornis dementie/ernstige stoornis niet-cognitieve aandoening cognitieve + andere stoornis	(15) 30,6% (24) 49,0% (4) 8,2% (6) 12,2%
Aantal medicijnen ( $n=54$ )	5,0 (SD 2,9)
Psychofarmacagebruik ( $n=54$ ) totaal anxiolytica antipsychotica antidepressiva antidementica	(19) 29,2% (16) 29,1% (3) 5,3% (4) 7,4% (1) 1,8%
Aantal medische diagnoses ( $n=58$ )	3,8 (SD 1,4)

SD: standaarddeviatie; MMSE: mini mental state exam; ADL: activities of daily life; VPH: verpleeghuis; NPO: neuropsychologisch onderzoek; MCI: mild cognitive impairment.

## Resultaten

De uitgebreide analyse van onderzoekspopulatie 1 gaf de volgende resultaten, samengevat in tabel 1 en 2:

- *Persoonlijke kenmerken:* Het MGT is in periode 1 ingeschakeld bij 65 personen, onder wie 47 vrouwen (72,3%). De leeftijd varieerde van 68 tot 93 jaar met een gemiddelde van 81 jaar. De meeste (67,7%) cliënten voor wie advies werd ingewonnen, woonden zelfstandig, op een particulier adres. In iets meer dan de helft van de aanmeldingen werden de cliënten naar het MGT verwezen door de huisarts (35 keer; 55,4%). Het Servicebureau, de wachtlijstbemiddelaar van Zorgspectrum,

bracht twaalf cliënten aan (18,5%), vier werden door een familielid aangemeld (6,2%). De overige 13 (20%) door een andere verwijzer, 36 cliënten (55,4%) waren alleenwonend, 26 (40%) woonden met hun partner en drie (4,6%) in een ander samenwoningsverband. Van alle cliënten kon 85,2% in wisselende mate terugvallen op mantelzorg, vooral geleverd door een partner of kinderen. Ten tijde van aanmelding bij het MGT ontvingen 29 cliënten (47,5%) een vorm van thuiszorg.

- *Functionele kenmerken:* Gelet op de ADL-activiteiten functioneerden 25 cliënten (42,4%) zelfstandig bij wie in acht gevallen de kanttekening gemaakt werd, dat de kwaliteit van zelfzorg te wensen overliet. Van de overigen waren 31 cliënten (52,5%) in meer of mindere mate afhankelijk van hulp, drie (5,1%) waren volledig zorgafhankelijk. Voor de mobiliteitsstatus geldt dat bij 33 cliënten (55,9%) er geen aanwijzingen waren voor mobiliteitsproblemen. 25 cliënten (42,4%) waren mobiel zolang ze begeleid werden, dan wel konden beschikken over loophulpmiddelen. Slechts 1 persoon (1,7%) was volledig immobiel.
- *Somatische kenmerken:* Alle genoemde voorkomende diagnoses zijn genoteerd en geteld ( $n=58$ ). Gemiddeld hadden cliënten 3,8 (SD 1,4) diagnoses, variërend in aantal van 1-7. Vrijwel alle cliënten hadden een psychische aandoening (94,8%), het meest voorkomend waren de cognitieve stoornissen (65,5%), daarnaast het voorkomen van wanen/hallucinaties (10,3%) en in vier gevallen een stemmingsstoornis (6,9%). Van een CVA was sprake bij 29,3%. De andere grote groep was de cardiovasculaire aandoeningen (79,3%). Van de interne aandoeningen (60,3%) was diabetes mellitus de meest voorkomende diagnose (27,6%), gevolgd door COPD (10,3%). Ruim een derde van alle cliënten (39,7%) leed aan een aandoening van het bewegingsapparaat, met artrose (13,8%) en osteoporose (8,6%) als meest voorkomende diagnoses (zie tabel 2). Gemiddeld werden 5,0 (SD 2,9) verschillende medicijnen gebruikt, variërend in aantal van 0 tot 11. Er werd 16 keer anxiolytica (30,2%), viermaal antidepressiva (5,7%), driemaal antipsychotica (5,7%) en eenmaal een dementieremmer (1,9%) voorgeschreven.
- *Psychologische kenmerken:* Bij 15 cliënten (23,1%) was de diagnose dementie bij de aanmelding al gesteld. Bij 42 personen (64,6%) is een MMSE afgenomen waarvan de uitkomst varieerde van 7 tot 28 uit een maximaal te behalen aantal van 30 punten. De gemiddelde score bedroeg 18,8 punten (SD 5,0). Bij 49 cliënten (75%) is een NPO gedaan. Deze is in de meeste gevallen uitgevoerd door de psycholoog van het MGT, een enkele maal door

**Tabel 2: Diagnoses bij intake (n=58)**

Groep	Totaal % (n)	Meest voorkomend	% (n)	Overig	% (n)
Psychisch	94,8% (55)	cognitieve stoornissen	65,5% (38)	wanen/hallucinaties stemmingsstoornis overig	10,3% (6) 6,9% (4) 12,1% (7)
CVA	29,3% (17)				
Neurologisch	31,0% (18)	M. Parkinson evenwichtsstoornissen	12,1% (7) 8,6% (5)	o.a. epilepsie, neuro- pathie	10,3% (6)
Zintuigen	15,5% (9)	slechtziendheid	12,1% (7)	slechthorendheid	3,4% (2)
Cardiovasculair	79,3% (46)	hypertensie hartfalen coronairlijden ritmestoornis	19,0% (11) 17,2% (10) 17,2% (10) 15,5% (9)	o.a. klepaandoeningen	10,3% (6)
Interne aandoeningen	60,3% (35)	diabetes mellitus COPD	27,6% (16) 10,3% (6)	o.a. schildklier- en nier- functiestoornis	22,4% (13)
Bewegingsapparaat	39,7% (23)	artrose osteoporose	13,8% (8) 8,6% (5)	o.a. inflammatoire aan- doeningen	17,2% (10)
Urogenitaal	25,9% (15)	incontinentie	12,1% (7)	BPH en urineweginfecties	13,8% (8)
Maligniteiten	8,6% (5)				
Overig	5,2% (3)				

medewerkers van de GGz of ziekenhuis. De conclusies waren als volgt verdeeld: er was sprake van een milde tot matige cognitieve stoornis bij 15 cliënten (30,6%), een ernstige cognitieve stoornis of dementie bij 24 cliënten (49,0%), een niet-cognitieve aandoening bij 4 cliënten (8,2%) en nog eens 6 cliënten (12,2%) hadden zowel een cognitieve als een niet-cognitieve aandoening.

Analyse van de tweede onderzoekspopulatie geeft de volgende gegevens.

- Persoonlijke kenmerken:** Het MGT is in periode twee ingeschakeld bij 55 personen, onder wie 34 vrouwen (61,8%). De leeftijd varieerde van 64 tot 96 jaar met een gemiddelde van 81 jaar. Verreweg de meeste cliënten (92,7%) voor wie advies werd ingewonnen, woonden zelfstandig op een particulier adres. Het overgrote deel van de cliënten (85,5%) werd verwezen door de huisarts, overige verwijzers waren geheugenpolikliniek (9,1%), de GGz (1,8%) en revalidatieafdeling van het verpleeghuis (3,6%). Er waren 23 cliënten (41,8 %) alleenwonend, de overige cliënten woonden met hun partner. Van alle cliënten kon 90,9% in wisselende mate terugvallen op mantelzorg.
- Psychologische kenmerken:** Bij 35 personen (63,6%) is een MMSE afgenomen waarvan de uitkomst varieerde van 13 tot 30 uit een maximaal te behalen aantal van 30 punten. De gemiddelde score bedroeg 22,4 punten. Bij 34 cliënten (61,8%) is een NPO gedaan door de psycholoog van het MGT. Bij 15 cliënten (27,2%) was de diagnose dementie al gesteld bij aanmelding, twee keer was dit door de huisarts gedaan, de overige keren door een

ziekenhuisspecialist, geheugenpolikliniek of GGz. Van acht van deze cliënten was een NPO meegezonden bij aanmelding.

**Tabel 3: Vergelijking twee onderzoeksgroepen**

Kenmerk	2005-2007 (n=65)	2009-2010 (n=55)
Leeftijd gemiddeld	81,4	81,0
Vrouwelijk geslacht	72,3%	61,8%
Zelfstandig wonend	67,7%	92,7%
Alleenwonend	55,4%	41,8%
Beschikbare mantelzorg	85,2%	90,9%
Verwezen door huisarts	55,4%	85,5%
MMSE gemiddeld	18,8 (n=42, 64,6%)	22,4 (n=35, 63,6%)
Uitgevoerd NPO conclusie dementie	75% 49%	76% 86%
Diagnose dementie bij aanmelding	23,1%	27,2%

## Discussie

Uit de analyse in periode één blijkt de volgende globale profielschets passend op meer dan de helft van de aangemelde cliënten; vrouw, leeftijd 80+, woont zelfstandig en alleen, heeft cognitieve problemen passend bij een dementie, is voor de ADL afhankelijk van anderen en ontvangt mantelzorg. Deze gemiddelde MGT-cliënt heeft gemiddeld vier medische diagnoses en slikt vijf verschillende medicijnen per dag. Alhoewel bovenstaande schets een globaal beeld geeft, blijkt bij nadere bestudering van de gegevens dat het geenszins om een homogene groep gaat. Met name medisch-medicamenteus waren er grote onderlinge verschillen: van geen enkele diagnose (naast de geheugenproblematiek) en geen enkel medicatiegebruik

tot zeven diagnoses en 11 medicijnen, zodat met recht sprake is van een palet aan kwetsbaarheid als gevolg van multimorbiditeit en polyfarmacie.

Voor alle cliënten gold dat het wel of niet ADL-zelfstandig zijn geen invloed had op het ontvangen van mantelzorg, door de partner of anderszins. Overigens ontving een opvallend groot deel (85,2-90,9%) van de mensen enige vorm van mantelzorg. LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam) vond in de jaren 1992-1999 een veel kleiner percentage hulpbehoevende, thuiswonende ouderen dat mantelzorg ontvangt. Met name in de groep boven de 80 jaar ontving in de LASA-onderzoeksgroep slechts 42% mantelzorg.<sup>12</sup> Mogelijk is de discrepantie ten dele te verklaren door het verschil tussen een stadpopulatie en een populatie uit een meer landelijk gebied, zoals Houten. Een ander verschil tussen de twee populaties is dat in het LASA-onderzoek alle cliënten een vorm van professionele hulp ontvingen, terwijl dit bij de MGT-cliënten slechts in de helft van de gevallen zo was.

In de twee jaar vanaf de start zijn 65 cliënten door het MGT in begeleiding genomen wat neerkomt op 1,6% van de totale groep 65-plussers in Houten. Vertaald naar de landelijke situatie zou dat betekenen dat bij 97.500 ouderen de vraag om (psycho)geriatrie zorg in de thuissituatie bestaat. Uit de analyse van de populatie in periode twee blijkt dat de vraag naar begeleiding is toegenomen, extrapolatie naar een vergelijkbare meetperiode zou het aantal verwijzingen op ruim 100 brengen in vergelijking met 65 in de eerste periode, een toename met meer dan 50%. Belangrijke vraag is of we hier te maken hebben met een stabiele populatie of dat de onderzoekspopulaties in beide periodes ook kwalitatief van elkaar verschillen. Uit analyse blijkt een aantal interessante verschillen naar voren te komen. Zo is het percentage verwijzingen dat direct van de huisarts afkomstig is significant hoger geworden. Hieraan ten grondslag ligt mogelijk een aantal ontwikkelingen binnen Houten en binnen de landelijke ontwikkeling van Ketenzorg dementie. Vanaf 2008 maakt het MGT Houten deel uit van een zogenoemd koploperstraject waarbij ketenzorg voor dementerenden in samenwerking met het zorgkantoor (Agis) wordt vormgegeven. In het kader van dit traject zijn formele samenwerkingsafspraken met de Vereniging Houtense Huisartsen gemaakt. Daarnaast is het MGT verhuisd van een kantoor binnen een van de eigen woonzorgcentra naar een kantoor in een nieuw eerstelijnscentrum, waar ook een huisartsenpraktijk huist met een relatief groot deel oudere patiënten. Naast de samenwerking met de huisartsen is ook de samenwerking gezocht met een geheugenpolikliniek, hetgeen resulteerde in afspraken voor snelle doorverwijzing en voorkomen van dubbel werk bij die cliënten bij wie ten behoeve

van diagnostiek uitvoeriger onderzoek (bijvoorbeeld beeldvormend onderzoek) nodig bleek dan binnen het MGT te bieden is. Door deze samenwerking zien de huisartsen het MGT als primair verwijspunt bij twijfel over cognitief functioneren. Dit is mogelijk ook een verklaring voor het feit dat de MMSE, bij een vergelijkbaar percentage afgenomen lijsten, een hogere gemiddelde score vertoont in de tweede onderzoeksgroep; een toegenomen percentage van de patiënten komt voor relatief vroege diagnostiek. Uit vergelijking tussen beide populaties komt ook naar voren, dat er een duidelijke groei is van de aanmeldingen van mannen met cognitieve stoornissen die met een echtgenote thuis wonen, in vergelijking met enkele jaren geleden. Mogelijk betekent dit dat ook vrouwelijke mantelzorgers, door toenemende bekendheid met de mogelijkheden van hulpverlening via huisartsen,zheimercafés en campagnes van Alzheimer Nederland, eerder aan de bel trekken.

De vorige staatssecretaris van VWS stelt in het dossier Multimorbiditeit en ouderenzorg dat meer kennis nodig is over de omvang en de aard van complexe multimorbiditeit.<sup>13</sup> Met betrekking tot het in opdracht van de staatssecretaris van VWS door ZonMw op te stellen programma Ouderenzorg wordt het volgende gezegd: *'Om de geriatrie zorg effectief in te kunnen zetten is het nodig te beschikken over een 'zeef' waarmee de geriatrie patiënt kan worden opgespoord. Een dergelijke zeef kan worden ontwikkeld door de risico's bij en op diverse ziekten, beperkingen en andere signalen onder bepaalde (leeftijds)groepen onder de bevolking in kaart te brengen. Succesvolle geriatrie zorg is afhankelijk van het ontwikkelen en toepassen van de benodigde kennis over de geriatrie patiënt.'*

In Houten lijkt een succesvolle samenwerking tussen huisartsen en het Mobiel Geriatrie Team vanuit de ouderenzorg te zijn ontwikkeld voor een doelgroep waarbij duidelijk sprake is van complexe multimorbiditeit. De wijze waarop de samenwerking zich heeft ontwikkeld, biedt hoop dat deze kan leiden tot steeds vroegere interventies waardoor mogelijk de complexiteit te beperken is.

Het hier beschreven onderzoek heeft verschillende beperkingen. Zo is het retrospectief van opzet en is de informatie niet verzameld voor het doel van dit onderzoek. Het onderzoek vond plaats in één enkele middelgrote plaats in Nederland met een kleine groep verwijzers en uitvoerenden en een bronpopulatie van slechts 4.000 ouderen. Het is daarom vooral als een casestudy te beschouwen. De veranderingen in de populatie in de afgelopen jaren is slechts deels in beeld gebracht en werpt vragen op die alleen door nadere analyse van de huidige populatie te

beantwoorden zijn. De resultaten zijn desalniettemin interessant, omdat het één van de eerste is naar deze vorm van geriatrische consultatie vanuit het verpleeghuis in Nederland die cliëntkenmerken in beeld heeft gebracht. Het systematisch gaan gebruiken van gevalideerde instrumenten is in de toekomst van deze vorm van extramurale geriatrische consultatie van groot belang om de problematiek nog beter te beschrijven en interventies beter te kunnen vervolgen. Daarnaast werd duidelijk dat het ontwikkelen van goede samenwerking met huisartsen een verschuiving tot stand kan brengen in cliëntkenmerken waarbij de expertise vanuit de ouderenzorg mogelijk vroeger in het ziekteproces kan worden ingezet, hetgeen vanuit preventieoogpunt buitengewoon interessant is.

### Samenvatting

**Doel:** Het beschrijven van de kenmerken van de cliënten voor wie het Mobiel Geriatrisch Team (MGT) in Houten is geconsulteerd gedurende twee onderzoeksperiodes.

**Methode:** Retrospectief dossier onderzoek.

**Resultaten:** Het MGT wordt over het algemeen ingeschakeld voor zelfstandig wonende ouderen met multiple pathologie. Vergelijking van de cliëntengroep uit de startperiode (2005-2007) met de huidige cliëntengroep toont een mogelijke verschuiving naar vroegere inzet van de expertise vanuit de ouderenzorg.

**Conclusie:** Geriatrische consultatie in de thuissituatie vanuit het verpleeghuis bedient een kwetsbare groep ouderen. Bij toenemende bekendheid bij huisartsen wordt de mogelijkheid om preventief hulp in te zetten verruimd.

### Summary

**Objective:** During two periods of time the consultations of the Mobile Geriatric Team in Houten have been analysed. This study gives a description of the client characteristics.

**Method:** Retrospective medical file analysis.

**Results:** In most cases the MGT has been consulted on behalf of independent living elderly people suffering from multiple diseases. Comparison of the recent with the previous group of clients shows a tendency towards earlier commencement of elderly care expertise.

**Conclusion:** Geriatric consultation on a home call basis by nursing home professionals attends to a group of frail elderly people. Increasing acquaintance with the MGT by primary care physicians creates more possibilities for preventive interventions.

### Literatuur

1. Beleidsplan van de NVVA 2008-2012. De 'algemeen geriater' thuis in de ouderenzorg. Utrecht: NVVA, 2007.
2. Wiepkema A, Achterberg W, Tijmens R. Project Wachtlijsts-service in de stad Utrecht: begeleiding, bemiddeling en registratie van psychogeriatrische cliënten en hun mantelzorg gedurende hun wachttijd na indicatiestelling. Tijdschr Verpleeghuisgeneeskde 2004; 28(1): 11-13.
3. Vuister J. Zorgvernieuwing voor thuiswonende dementerenden. Het werk van het DOC-team. Denkbeeld 2003; 6: 20-22.
4. Kolder RMM, Kleemans AHM. Het Geriatrisch Onderzoek en AdviesCentrum in zeven termen. Tijdschr Verpleeghuisgeneeskde 2004; 28(4): 14-15.
5. Inspirende voorbeelden van praktijkvoering, taakdelegatie en extramuralisering; beschrijvingen van voorbeelden van efficiënte praktijkvoering en taakdelegatie en van extramuralisering van verpleeghuisgeneeskundige behandeling. Utrecht: NVVA, oktober 2005.
6. Nicolaidis-Bouman A, Rossum E van, Habets H, et al. Home visiting programme for older people with health problems: process evaluation. J Adv Nurs 2007; 58: 425-435.
7. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. JAMA 2006; 295: 2148-2157.
8. Ploeg J, Feightner J, Hutchinson B, et al. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: Can Fam Physician 2005; 51: 1244-1245.
9. Jansen APD. Effectiveness of case management among older adults with dementia symptoms and their informal caregivers (proefschrift). Amsterdam: VU, 2007.
10. Rossum E van, Frederiks CM, Philipsen H, et al. Effects of preventive home visits to elderly people. BMJ 1993; 307: 27-32.
11. Helms D, Achterberg W, Falck R, Hoogenboom M. De verpleeghuisarts in een Mobiel Geriatrisch Team. Tijdschr Verpleeghuisgeneeskde 2008, 33: 87-90.
12. Doorne-Huiskes J van, Dykstra E, Nievers PA, et al. Mantelzorg: tussen vraag en aanbod. NIDI-rapport no. 63, Den Haag, 2002, pp. 105, ISBN 90-70990-91-1.
13. Bussemaker J. Multimorbiditeit en ouderenzorg. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007.

# Handboek Multidisciplinaire zorg

Jos Konings / Correspondentie: [jkonings@zuwe.nl](mailto:jkonings@zuwe.nl)

**Titel:** Handboek Multidisciplinaire zorg ★★★★★☆

**Redactie:** dr. A.F.G. Leentjes, dr. R.O.B. Gans, dr. J.M.G.A. Schols,  
dr. C. van Weel

**Aantal pagina's:** 255

**Uitgeverij:** De Tijdstroom, Utrecht, 2010

**ISBN:** 978 90 5898 174 5

**Prijs:** € 49,00



Dit is het allereerste Nederlandstalige boek gericht op multidisciplinaire samenwerking. Multidisciplinair werken, zo wordt in de inleiding gesteld, is geen aangeboren competentie maar moet geleerd worden. Werken in een multidisciplinair team is anders dan werken als solist. Consensus bereiken over de aard van de behandeling vraagt om overleg en communicatie tussen de betrokken behandelaars. Multidisciplinaire zorg is vaak meer proactief en er is meer aandacht voor comorbiditeit. Een 27-tal auteurs onder meer afkomstig uit de huisartsgeneeskunde, klinische geriatrie, ouderenspsychiatrie en verpleeghuis-/ouderengeneeskunde verleenden hun medewerking aan deze uitgave.

In het eerste hoofdstuk wordt het concept van de integrale geneeskunde uitgewerkt. In dat concept staat de visie centraal dat alle relevante aspecten van de patiënt als individu moeten worden betrokken bij de diagnostische en therapeutische overwegingen. Multidisciplinair werken leidt echter niet automatisch tot integrale zorgverlening. Daarvoor, zo wordt in hoofdstuk 6 betoogt, is nodig dat er door de betrokken zorgverleners daadwerkelijk integraal gedacht wordt. Integrale zorgverlening overschrijdt traditionele grenzen en hoeft zich niet te beperken tot de gezondheidszorg. Welzijnszorg en woonzorg kunnen daar ook in betrokken worden. Integraal denken en werken heeft consequenties voor professionele autonomie, professionele identiteiten, organisatiestructuren en financiering.

Hoofdstuk 2 gaat over de noodzaak van geïntegreerde zorg en interventies bij complexe patiënten. Het voor deze patiënten noodzakelijke diseasemanagement als geïntegreerde benadering van de zorgverlening heeft als doel de gezondheid en kwaliteit van leven te verbeteren en tegelijkertijd de kosten te reduceren. In hoofdstuk 4 wordt het 'frailty'-concept uitgewerkt

om op basis daarvan kwetsbare ouderen met complexe problemen te selecteren die aangewezen zijn op multidisciplinaire zorg.

Andere hoofdstukken worden onder meer gewijd aan: de epidemiologie van multimorbiditeit, psychologische aspecten van meervoudige ziekten, verantwoordelijkheidsverdeling en kwaliteitsborging in de multidisciplinaire zorg, het beheersen van chronische polyfarmacie, verslaving en psychiatrische comorbiditeit en moeilijk bereikbare patiëntencategorieën. Het laatste hoofdstuk handelt over de toekomst van geïntegreerde multidisciplinaire zorg. Hierin wordt geconcludeerd dat de kwaliteit van leven de primaire en generieke uitkomstmaat behoort te zijn en daarbij is kwaliteit van het zorgaanbod niet zozeer afhankelijk van waar deze zorg geboden wordt als wel van 'mindset' van de betrokken behandelaars.

Dit boek bevat zeer veel waardevolle informatie voor multidisciplinair werkende behandelaars en ook in het bijzonder voor specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen die hun onderlinge samenwerking willen intensiveren.



# Overlijden bij dementie; oost west, thuis best?

## Een pleidooi voor meer samenwerking met de huisarts

**Drs. Suzanne Lans**, AIOS ouderengeneeskunde Gerion, Amsterdam / **Prof.dr. Wilco P. Achterberg**, specialist ouderengeneeskunde, hoogleraar institutionele zorg en ouderengeneeskunde LUMC, Leiden /  
**Correspondentie: slans@axioncontinu.nl**

### Inleiding

In Nederland zijn ongeveer 230.000 mensen met dementie, bij wie echter bij de helft de diagnose nog niet is gesteld.<sup>1</sup> Door de vergrijzing zullen er in 2050 naar schatting 500.000 mensen met dementie in Nederland zijn. De meeste mensen met dementie wonen in de beginfase van de ziekte thuis en verhuizen uiteindelijk vanwege complicaties naar een verzorgings- of verpleeghuis. De terminale fase vindt daardoor veelal intramuraal plaats. Momenteel wonen in Nederland ongeveer 31.000 mensen met dementie in het verpleeghuis (18%) en ongeveer 17% woont in het verzorgingshuis.<sup>2</sup>

In de toekomst is een verschuiving te verwachten in de plaats waar mensen met eindstadium dementie zullen wonen en overlijden. Er vindt immers nauwelijks uitbreiding plaats van het aantal verpleeghuisplaatsen en de capaciteit zal in de toekomst tekortschieten om iedereen op te nemen. Daarnaast is de trend gaande dat ouderen ervoor kiezen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en ook de voorkeur geven om daar te overlijden.<sup>3,4</sup> Dit wordt tevens gestimuleerd door de overheid, omdat dit (mogelijk?) lagere kosten met zich meebrengt.<sup>5</sup> De terminale fase bij mensen met dementie kan met diverse problemen gepaard gaan. Zo is er geregeld sprake van moeilijk behandelbare pijn of onrust. Ook vraagt de terminale fase vaak om een intensieve begeleiding van de mantelzorgers.<sup>6,7</sup> Er zijn momenteel diverse onderzoeken gaande over de kwaliteit van de terminale zorg bij dementie en hoe deze verbeterd kan worden. De meeste van deze onderzoeken vinden plaats in het verpleeghuis.<sup>6</sup> De terminale zorg voor mensen met dementie wordt nu voornamelijk door de specialist ouderengeneeskunde geregisseerd. Als mensen met dementie in de toekomst vaker thuis blijven wonen en daar overlijden, zal deze zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts vallen. Het leveren van goede terminale zorg voor deze groep is echter niet eenvoudig en zal vermoedelijk een uitdaging vormen voor de huisarts. Als er in de toekomst intensievere samenwerking zal plaatsvinden tussen de huisarts en

de specialist ouderengeneeskunde, kan deze in de toekomst de huisarts bijstaan en een adviserende rol aannemen.

Dit artikel bespreekt wat er in de internationale literatuur bekend is over de zorg voor mensen die thuis overlijden aan dementie. Daarnaast wil het exploreren waar momenteel de mensen met dementie in Nederland overlijden en wat de huidige ervaringen van huisartsen zijn met deze specifieke zorg.

### Methode

Voor vraagstellingen 1 en 2 is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd in de PubMed-database (zoekstrategie bij auteur op te vragen). Om de ervaringen van huisartsen te onderzoeken werden huisartsen rechtstreeks benaderd. Hiertoe werd een vragenlijst ontwikkeld, gebaseerd op relevante literatuur<sup>1,2</sup> die ingaat op problemen in de terminale fase bij dementie. De vragenlijst werd beknopt gehouden, om deelname van huisartsen te bevorderen. Er waren een aantal algemene vragen over de huisartsenpraktijk en een aantal specifieke vragen over de problemen in de terminale fase. De volledige vragenlijst is bij de eerste auteur op te vragen. Bij de steekproef werden willekeurig 40 huisartsen geselecteerd die werkzaam zijn in de provincie Utrecht. Daarnaast werden nog enkele andere huisartsen benaderd, van wie in de onderzoeksperiode een patiënt in het verpleeghuis van de eerste auteur werd opgenomen. Het onderzoek vond plaats in de periode februari-april 2010.

### Resultaten

#### 1. *Wat is er bekend in de internationale literatuur over thuis sterven aan dementie?*

Er werden op basis van relevantie en inhoud vijf studies geïncludeerd en bestudeerd. Hierbij werden geen Nederlandse studies over dit onderwerp gevonden. Alle studies gaan in op het groeiende aantal mensen met dementie en de voorkeur om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen.

**Mitchell et al.**<sup>8</sup> vergeleken in de Verenigde Staten de terminale zorg voor mensen met dementie in

de thuissituatie met het verpleeghuis. De groepen bleken op baseline al verschillend, waarbij de in het verpleeghuis opgenomen mensen gemiddeld ouder waren, een verder gevorderde dementie hadden met hogere functionele afhankelijkheid en meer gedragsproblemen. Deze verschillen hebben vermoedelijk bijgedragen aan opname in het verpleeghuis. Bij het onderzoek naar de terminale zorg werd gevonden, dat er in het verpleeghuis minder pijn en benauwdheid werd gerapporteerd en dat de terminale zorg in het verpleeghuis daardoor beter zou zijn. In beide situaties overleden er mensen met een infuus of voedingssonde en in beide situaties werden regelmatig mensen naar het ziekenhuis ingestuurd. Dit gebeurde zelfs vaker vanuit het verpleeghuis.

**Hirakawa et al.**<sup>9</sup> maakten een vergelijking tussen twee verschillende patiëntengroepen die thuis stierven. Het onderzoek vond plaats in Japan. Eén groep had de diagnose dementie en de andere groep leed aan diverse andere terminale aandoeningen. De groepen waren op baseline zeer divers. Qua symptomen in de terminale fase werd gevonden dat pijn en incontinentie meer voorkwamen in de dementiegroep. Er werd aangegeven dat er waarschijnlijk nog sprake was van onderrapportage van de pijnklachten in de dementiegroep, omdat dit mogelijk onvoldoende werd herkend.

**Volicer et al.**<sup>10</sup> vergeleken in de Verenigde Staten verschillende settings van terminale zorg voor mensen met dementie. Hij vond een aantal factoren die van invloed bleken op het langer thuis kunnen blijven wonen: de beschikbaarheid van hospicezorg, psychiatrische zorg, pijnstilling, antibiotica en het hebben van een wilsverklaring. Factoren die niet van invloed bleken, waren: dagbehandeling, thuiszorg, maaltijdzorg, bedrust,

inwonende verpleegkundige en huishoudelijke hulp. Psychische problemen of aanwezigheid van verwardheid betekenden vaak een korter verblijf in de thuissituatie. Bijna alle mantelzorgers ervoeren een enorm hoge draaglast, of de patiënt nu intra- of extramuraal verbleef. De draaglast werd nauwelijks beïnvloed door verschillende interventies of maatregelen. Uiteindelijk werd bij de groep mensen die thuis overleed, de minste symptomen gerapporteerd en werd gesproken over een in lichamelijk opzicht goede comfortabele situatie. Welke factoren daarbij doorslaggevend waren, wordt niet beschreven.

**Collins en Oglin**<sup>11</sup> onderzochten van welke zorg gebruik werd gemaakt door thuiswonende dementiepatiënten met een mantelzorger in Engeland. Er werden in de onderzoeksgroep nog frequent patiënten die reeds in de terminale fase verkeerden, opgenomen in ziekenhuis of verpleeghuis. Bij de mensen die thuis overleden, of een lange tijd thuis verbleven, bleek slechts summiere inzet van zorgprofessionals. Er was met name weinig contact met de huisarts. Er bestond behoefte aan intensiever contact met de huisarts, maar over de kwaliteit van de zorg in de terminale fase of over symptomen werd niets beschreven. Het blijft tevens onduidelijk hoe tevreden de mantelzorgers waren en of er behoefte was aan meer zorg.

**Shega et al.**<sup>12</sup> maakten een vergelijking tussen terminale dementiepatiënten die in de thuissituatie speciale hospicezorg ontvangen, en een groep die dit niet ontvangt. Er wordt niet ingegaan op de inhoud van deze specifieke zorg. Hospicezorg bleek van invloed op het langer thuis kunnen blijven wonen, het overlijden op de plaats van voorkeur en minder opnames in het ziekenhuis. De mantelzorgers in deze groep waren

**Tabel 1: Resultaten studies die prevalentie thuis sterven bij dementie rapporteren**

Artikel	Van der Velden et al. <sup>13</sup>	Mitchell et al. <sup>15</sup>	Houttekier et al. <sup>14</sup>				
Land	Nederland	Amerika	Nederland	België	Engeland	Schotland	Wales
Jaar	2003-2006	2001	2003	2003	2003	2003	2003
% overleden met dementie	1996: 5,9% 2006: 10%	5,1%	6,1%	4,8%	4,1%	5,0%	4,0%
% in vp	75%	66,9%	92,3%	65,9%	59,7%	60,8%	50,2%
% in vz	7,5%		10,6% van 92,3%				
% in zh		15,6%	2,8%	22,7%	36%	33,9%	46,3%
% thuis	2,5%	12,8%	4,8%	11,4%	4,1%	4,0%	5,0%
% hospice			0,5%	0,0%	0,3%	0,4%	0,1%
% elders	15%						
Zh bedden/1000			3,67	5,57	3,05	4,62	3,95
Vp bedden/1000			10,75	4,54	8,37	7,82	4,18

vp= verpleeghuis; vz= verzorgingshuis; zh=ziekenhuis.

zeer tevreden. Hospicezorg bleek geen invloed te hebben op pijnklachten en andere symptomen.

## 2. Waar sterven mensen met dementie?

**Van der Velden et al.**<sup>13</sup> onderzochten trends en karakteristieken van mensen die overleden in Nederland aan een chronische ziekte. Hiertoe werd een analyse gemaakt van alle overlijdensverklaringen tussen 1996 en 2006, waarbij naar primaire en onderliggende doodsoorzaak werd gekeken. De locatie van overlijden wordt in het artikel niet specifiek benoemd, maar op onze vraag werd een subanalyse uitgevoerd voor de dementiegroep die wij hier presenteren (zie tabel 1). In de jaren 2003 tot en met 2006 ging het in totaal om 710 mensen (178 per jaar) die thuis overleden en dementie als primaire doodsoorzaak hadden. Het betreft ruwweg 2,5% van de mensen die aan dementie overlijden. Het grootste deel van mensen met dementie overlijdt in een verpleeghuis (bijna 75%) en een substantieel deel in een verzorgingshuis (7,5%). **Houttekier et al.**<sup>14</sup> onderzochten in Nederland, België, Engeland, Wales en Schotland de locatie van overlijden van mensen met dementie. Alle overlijdensverklaringen uit 2003 van mensen ouder dan 65 jaar werden geanalyseerd. In Nederland overleed in die periode 6,1% van de mensen aan dementie. In alle landen overleed de meerderheid van mensen met dementie in een instelling voor langdurige zorg, maar Nederland had het hoogste percentage mensen met dementie dat in een instelling overleed (92,3%, waarvan 89,4% in het verpleeghuis en 10,6% in een verzorgingshuis). In Nederland bleek de kans om met dementie in een ziekenhuis te overlijden daarentegen echter het kleinst (2,8%). De kans om met dementie thuis te overlijden was in geen van de landen groot. In België overleden ten opzichte van de andere landen de meeste mensen thuis (11,4%). In Nederland was dit 4,8%. Na multivariate analyse werd inzichtelijk dat de plaats van overlijden afhankelijk was van in welk land men woonde, maar ook van leeftijd, geslacht en het aantal beschikbare verpleeghuis- en ziekenhuisbedden. Als er meer beschikbare ziekenhuis- en verpleeghuisbedden waren, werd de kans om thuis te overlijden steeds kleiner. Als er meer beschikbare verpleeghuisbedden waren, werd de kans om in het ziekenhuis te overlijden steeds kleiner.

**Mitchell et al.**<sup>15</sup> voerden een vergelijkbaar onderzoek uit voor de Verenigde Staten in 2001. Bij 5,1% was dementie de onderliggende oorzaak van overlijden. In de Verenigde Staten overleed van de mensen met dementie 66,9% in het verpleeghuis, 15,6% in het ziekenhuis en 12,8% in

de thuissituatie. Ook in de Verenigde Staten bleek, dat als er meer verpleeghuisbedden beschikbaar waren, er minder mensen met dementie in het ziekenhuis overleden. Wat het aantal verpleeghuis- of ziekenhuisbedden voor invloed had op het thuis overlijden met dementie werd niet beschreven.

## 3. Wat zijn de ervaringen van huisartsen met thuis overlijden aan dementie?

Er werden 53 huisartsen benaderd voor deelname aan de enquête. Uiteindelijk kwamen er zeven volledig ingevulde enquêtes retour en vijf enquêtes die niet volledig waren ingevuld.

### Resultaten praktijk (zie tabel 2)

De grootte van de responderende praktijken verschilde onderling en ook het aantal 65+'ers was sterk verschillend per praktijk. Van praktijk 5 en 6 was bekend dat er zorg aan een verzorgingshuis werd geleverd. Ook het aantal mensen met dementie was erg verschillend, waarbij opvalt dat er een aantal praktijken is met een prevalentie van rond de 4% (aantal mensen met dementie/aantal 65+). In sommige praktijken is er echter een veel hogere prevalentie. Het aantal mensen met eindstadium dementie is in bijna alle praktijken erg laag. In praktijk 1 lijkt dit aantal het hoogst, maar de huisarts meldt wel dat iedereen met dementie uiteindelijk in een verzorg- of verpleeghuis overlijdt. Mogelijk verbleven deze 25 personen al in een verzorgingshuis. Dit werd uit de enquête helaas niet duidelijk.

**Tabel 2: Karakteristieken deelnemende huisartspraktijken**

Nr	Grootte	>65	Aantal dementie	Prevalentie dementie	Terminale dementie
1	6150	1315	43	3,30%	25
2	3100	weinig	2	-	2
3	6500	800	27	3,40%	0
4	3450	250	10	4,00%	0
5	1941	388	55	14,20%	0
6	2500	350	70	20,00%	3
7	3000	?	?	-	0
8	2800	150	?	-	0
9	3100	200	70	35,00%	3
10	?	?	?	-	0
11	?	?	?	-	0
12	?	?	?	-	0

? = gegevens onbekend.

### Resultaten thuis sterven met dementie (zie tabel 3)

Geen van de huisartsen maakte in 2009 mee, dat iemand met dementie in de thuissituatie overleed. Bij vijf huisartsen overleed wel iemand aan dementie, maar deze patiënten overleden in een verzorgingshuis

**Tabel 3: Resultaten ervaringen thuis sterven bij dementie deelnemende huisartsen**

Nr	Overleden 2009	Overleden thuis	Overleden elders	Reden opname	Problemen	Consult	Toekomst
1	8	0	8: 5 vz 3 vp	o.m.	o.m. onrust	nvt	Zorg thuis te intensief voor mantelzorg en huisarts. Altijd opname vz/vp
2	0	0	0	nvt	nvt	nvt	Mogelijk o.m. Te weinig thuiszorg voor deze groep
3	2	0	2 vz	?	onrust	nvt	Geen idee
4	0	0	allen vp	o.m. onrust	o.m. onrust	nvt	Niemand overlijdt thuis, iedereen wordt opgenomen
5	0	0	allen vp	o.m. onrust	o.m. onrust	nvt	Thuis helemaal nooit TD. Allen naar vz en uiteindelijk vp
6	1	0	vz met AVZ	wl vp	onrust t.z.	so	Meestal opname vz, in toekomst mogelijk te lange wl. Ondersteuning specialist ouderengeneeskunde gewenst.
7	1	0	vz	nvt	onrust	sg	Meestal overlijden in vz of vp. Nooit thuis. Positief over consult sociaal geriater.
8	0	0	allen vp	nvt	nvt	nvt	Zorg te zwaar voor thuis. In toekomst meer vp zorg nodig of vz
9	1	0	vp	o.m. onrust	o.m. onrust	nvt	Zorg thuis niet op te brengen ondanks thuiszorg. Uiteindelijk altijd opname vp of vz
10	0	0	-	-	-	-	Niemand overlijdt thuis, iedereen wordt opgenomen in vp of vz
11	0	0	-	-	-	-	Niemand overlijdt thuis, iedereen wordt opgenomen in vp of vz
12	0	0	-	-	-	-	Niemand overlijdt thuis, iedereen wordt opgenomen in vp of vz

vz = verzorgingshuis; vp = verpleeghuis; o.m. = overbelasting mantelzorg; nvt: niet van toepassing; TD = terminale dementie; AVZ = aanvullende verpleeghuiszorg; t.z. = toegenomen zorgzwaarte; so = specialist ouderengeneeskunde; wl = wachtlijst; sg = sociaal geriater; - = geen gegevens ingevuld.

of verpleeghuis. Van een van deze patiënten was bekend dat het een verzorgingshuis met AVZ (= aanvullende verpleeghuiszorg) betrof. In die casus werd ook de specialist ouderengeneeskunde geconsulteerd, vanwege onrustklachten bij de patiënt. Er bestond een wens voor overplaatsing naar een verpleeghuis vanwege onrust en toegenomen zorgbehoefte. Van andere patiënten was niet bekend of deze in een AVZ-project zaten of dat ze op een wachtlijst voor een verpleeghuis stonden.

De belangrijkste problemen die de huisartsen tegenkwamen, waren onrust bij de patiënt en overbelasting bij de mantelzorg en dat bleken ook de voornaamste redenen om een patiënt te laten opnemen, wat aansluit bij eerdere literatuuronderzoeken.

Van de negen huisartsen vroegen slechts twee huisartsen iemand in consult. Eenmaal was dat de specialist ouderengeneeskunde (zie eerder) en eenmaal werd de sociaal geriater (tegenwoordig ook specialist ouderengeneeskunde) in consult gevraagd vanwege onrustklachten. Beide huisartsen waren tevreden over de consultatie.

De meeste huisartsen verwachten weinig problemen voor de toekomst, omdat de ervaring is dat iedereen uiteindelijk wordt opgenomen in een verpleeghuis of verzorgingshuis. Enkele keren werd aangegeven

dat de zorg thuis te intensief is voor de mantelzorg en ook met ondersteuning van thuiszorg niet op te brengen is. Eén huisarts geeft aan dat er geen passende specifieke thuiszorg is voor deze groep. Een andere huisarts verwacht in de toekomst lange wachtlijsten voor het verpleeghuis en verwacht dan vaker te overleggen met de specialist ouderengeneeskunde.

Huisarts 8 verwacht niet dat in de toekomst meer mensen met dementie thuis blijven wonen, omdat de zorg gewoonweg te zwaar is door de diverse complicaties van de ziekte. Als er te weinig plek is in het verpleeghuis, verwacht deze huisarts een verschuiving naar het verzorgingshuis. Huisarts 9 sluit zich aan bij de mening dat uiteindelijk iedereen wordt opgenomen. Deze huisarts komt uit een zeer hechte gemeente, waar over het algemeen veel mantelzorg wordt geleverd. Desondanks ziet deze huisarts ook dat iedereen met dementie uiteindelijk wordt opgenomen.

## Discussie

Uit het literatuuronderzoek<sup>13-15</sup> wordt duidelijk, dat de meeste mensen met dementie in het verpleeghuis overlijden. Dit geldt voor Nederland, maar ook voor de andere onderzochte landen. Een verklaring is onder andere het feit, dat het om een langdurige ziekte gaat

met geleidelijke lichamelijke en geestelijke aftakeling. Daarnaast spelen er vaak onrustklachten en overbelasting van de mantelzorger, waardoor opname uiteindelijk onvermijdelijk wordt. Deze resultaten sluiten aan bij de internationale literatuur.<sup>16-18</sup> De resultaten over de plaats van overlijden zijn verkregen door analyse van overlijdensverklaringen. Hierbij is te verwachten dat met name het percentage dementerenden in de thuissituatie iets te laag uitvalt. Uit onderzoek blijkt dat de diagnose dementie in de thuissituatie niet altijd bekend is, of niet als doodsoorzaak wordt gezien en daardoor niet wordt ingevuld op de overlijdensverklaring.<sup>19</sup> Vanwege de toename van het aantal mensen met dementie en het gelijkblijven van het aantal verpleeghuisbedden, is te verwachten dat er veranderingen zullen komen in de locatie waar de terminale zorg voor dementie verleend zal worden. In Groot-Brittannië en de Verenigde Staten bleken relatief veel mensen met dementie in het ziekenhuis te overlijden.<sup>14,15</sup> Dit bleek gerelateerd te zijn aan het aantal verpleeghuisbedden per hoofd van de bevolking. In Nederland zal in de toekomst een relatieve afname zijn van het aantal verpleeghuisbedden. Dit betekent dat we ervoor moeten waken dat dit niet zal leiden tot een hogere sterfte van mensen met dementie in het ziekenhuis. De voorzieningen om thuis te overlijden zouden goed genoeg moeten zijn om opname in het ziekenhuis te voorkomen. Dit zou ook aansluiten bij de wens van de meeste mensen, om langer thuis te blijven wonen en ook daar te overlijden.<sup>3,4</sup> Overlijden op de plaats van voorkeur draagt bij aan een betere stervenservaring en hogere tevredenheid van de mantelzorger. In de toekomst zou thuis overlijden bij dementie daarom een belangrijke plaats moeten krijgen. Echter, alle factoren die tot nu toe bijdroegen aan opname in het verpleeghuis (gedragsproblemen, overbelasting mantelzorg) blijven bestaan en kunnen niet genegeerd worden.

Helaas is er nog weinig onderzoek verricht naar het thuis overlijden bij dementie. Een overeenkomst tussen alle artikelen<sup>8-12</sup> is dat er veel verbetering noodzakelijk is. Ook ons eigen onderzoek leverde slechts een beperkte hoeveelheid informatie op, mede vanwege de beperkte respons.

Er zijn in ons literatuuronderzoek diverse factoren gevonden die van invloed bleken op het langer thuis kunnen blijven wonen met dementie. Een belangrijke factor is dat de zorg zich meer moet richten op betere herkenning en bestrijding van symptomen die frequent voorkomen in de terminale situatie, zoals pijn en benauwdheid. Tevens moet behandeling van psychiatrische symptomen en verwardheid een belangrijke plaats krijgen in de terminale zorg. Speciale ondersteunende hospicezorg

en psychiatrische zorg zouden ervoor zorgen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, maar wat dit exact inhoudelijk betekent wordt uit de literatuur niet duidelijk. Tevens moet ondersteuning van mantelzorgers een belangrijk middel worden om patiënten met dementie in de toekomst thuis te kunnen laten overlijden. Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en huisarts kan hierin mogelijk een belangrijke rol gaan spelen.

Al de beschreven onderzoeken naar kwaliteit van sterven bij dementie zijn in het buitenland uitgevoerd. Om nog meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van terminale zorg voor mensen met dementie in de thuissituatie, is het uiterst belangrijk dat er in Nederland ook nader onderzoek komt. Daarbij moet worden onderzocht welke factoren kunnen bijdragen aan een bevredigende terminale zorg thuis voor mensen met dementie.

Er zijn diverse scenario's denkbaar die kunnen bijdragen aan een betere zorg voor deze groep mensen in de toekomst. Wellicht biedt speciale thuiszorg voor mensen met een eindstadium dementie een mogelijkheid om thuis te sterven. Ook speciale hospices die zich specifiek richten op terminale zorg voor mensen met dementie zijn een interessante optie. Mogelijk dat vanuit zo'n hospice ook zorg in de thuissituatie geleverd kan worden. Daarnaast moeten we ons richten op een intensievere samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde voor deze specifieke groep, waarbij de specialist ouderengeneeskunde een ondersteunende en adviserende rol vervuld voor de huisarts.

Concluderend lijkt het momenteel in Nederland nog onvoldoende mogelijk om thuis te blijven wonen met dementie en ook thuis te overlijden en goede zorg te ontvangen. Om dit in de toekomst mogelijk te maken is het belangrijk dat er spoedig meer onderzoek naar dit onderwerp komt en dat de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde wordt verbeterd.

### Samenvatting

Uit onderzoek blijkt dat tot op heden de terminale zorg voor mensen met dementie voornamelijk plaatsvindt in het verpleeghuis. Tegenwoordig kiezen ouderen er echter vaker voor om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Daarnaast zal er vanwege het groeiende aantal dementiepatiënten een tekort ontstaan aan verpleeghuisplaatsen. Als gevolg hiervan is te verwachten dat er een verschuiving zal plaatsvinden in de plaats waar mensen met dementie overlijden. Om te voorkomen dat deze patiënten in het ziekenhuis



zullen overlijden, moet men zich erop richten om thuis sterven met dementie mogelijk te maken. Het doel van deze studie was om te onderzoeken wat er in de internationale literatuur bekend is over thuis sterven met dementie en wat de huidige ervaringen zijn van Nederlandse huisartsen met dit onderwerp. Concluderend blijken de huisartsen slechts minimale ervaring te hebben met terminale zorg voor mensen met dementie en blijkt uit de beschikbare literatuur dat er nog veel ruimte is voor verbetering. Om thuis sterven met dementie in Nederland in de toekomst mogelijk te maken zal er snel aanvullend onderzoek moeten komen. Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en huisarts kan mogelijk ook in de terminale fase van thuiswonende dementiepatiënten veel leed voorkomen.

### Summary

Current research shows that terminal care for patients with dementia predominantly takes place in the nursing home. In recent years we see a trend that vulnerable elderly prefer to stay at home for as long as possible. Also we see, because of the growing number of people with dementia, that there will not be enough available nursing home beds in the future. We therefore expect there will be a change of place for terminal care for patients with dementia in the future. To prevent these patients of dying in the hospital, we should focus on the possibilities for dying at home. This study investigates the international literature about terminal care at home for patients with dementia and investigates current experiences of Dutch general practitioners with this subject. In conclusion it appears that general practitioners have minimal experiences in terminal care for patients with dementia. In the international literature we also found great opportunities for improvement. To enable Dutch patients with dementia to die at home in the future, more research is needed. Cooperation between primary care physician and elderly care physician may alleviate suffering in end stage dementia in the community setting.

### Literatuur

1. Website Alzheimer Nederland ([www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl)).
2. RIVM/Gezondheidsraad 2003.
3. Abarshi E, Onwuteaka-Philipsen B, Donker G, et al. General practitioner awareness of preferred place of death and correlates of dying in a preferred place: a nationwide mortality follow-back study in the Netherlands. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 567-577.
4. Donker G, Abarshi E. *Huisartsenzorg in cijfers: gewenste plaats van overlijden tijdig bespreken*. Huisarts Wetenschap 2010; 53: 247.
5. VROM 2005.
6. Steen JT van der, Gijsberts MJ, Muller MT, et al. Evaluations of end life with dementia by families in Dutch and U.S. nursing homes. *Int Psychogeriatr* 2009; 21(2): 321-329.
7. Samson EL, Thuné-Boyle I, Kukkastenvahas R, et al. Palliative care in advanced dementia; a mixed methods approach for the development of a complex intervention. *BMC Palliat Care* 2008; 7: 8.
8. Mitchell SL, Morris JN, Park PS, Fries BE. Terminal care for persons with advanced dementia in the nursing home and home care settings. *J Palliat Med* 2004; 7: 808-815.
9. Hirakawa Y, Masuda Y, Kuzuya M. End-of-life experience of demented elderly patients at home: findings from DEATH project. *Psychogeriatrics* 2006; 6: 60-67.
10. Volicer L, Hurley AC, Blasi ZV. Characteristics of dementia end-of-life care across care settings. *Am J Hospice Palliat Care*, 2003; 20: 191-200.
11. Collins C, Ogle K. Patterns of predeath service use by dementia patients with a family caregiver. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:719-722.
12. Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, et al. Patients dying with dementia: Experience at the end of life and impact of hospice care. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 499-507.
13. Velden LUF van der, Francke AL, Hingstman L, Willems DL. Dying from cancer or other chronic diseases in the Netherlands: ten-year trends derived from death certificate data. *BMC Palliat Care* 2009(2): 1-11.
14. Houttekier D, Cohen J, Bilsen J, et al. Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 751-756.
15. Mitchell SL, Teno JM, Miller SC, Mor V. A national study of the location of death for older persons with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 299-305.
16. Knopman DS, Berg JD, Thomas R, et al. Nursing-home placement is related to dementia progression: experience from a clinical trial. *Neurology* 1999; 52: 714-718.
17. McFall S, Miller BH. Caregiver burden and nursing home admission of frail elderly persons. *J Gerontol* 1992; 47: S73-S79.
18. Wiltlatch CJ, Feinberg LF, Stevens EJ. Predictors of institutionalisation for persons with Alzheimer's disease and the impact on family caregivers. *J Mental Health Aging* 1999; 5: 275-288.
19. Wachterman M, Kiely DK, Mitchell SL. Reporting dementia on death certificates of nursing home residents dying with end-stage dementia. *JAMA* 2008; 300(22): 2608-2610.

# Specialist ouderengeneeskunde als katalysator

## Vergroten medicatieveiligheid door betere samenwerking tussen zorginstelling, huisarts en apotheker

Ellen M. Zijp, arts MBA-h en senior inspecteur, Inspectie voor de Gezondheidszorg / Correspondentie: [em.zijp@igz.nl](mailto:em.zijp@igz.nl)

**Eind september 2010 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een rapport uitgebracht over een onderzoek naar de medicatieveiligheid in verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en thuiszorg.<sup>1</sup>**

In de periode van mei 2009 tot maart 2010 heeft de inspectie 208 instellingen in de langdurige zorg en zorg thuis bezocht (46 verpleeghuizen, 47 verzorgingshuizen, 66 instellingen/locaties voor gehandicaptenzorg en 49 instellingen voor thuiszorg). De inspectie toetste per instelling 11 of 12 onderwerpen rond medicatieveiligheid. Tijdens deze bezoeken signaleerde de inspectie een aantal risico's in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg die door goede samenwerking tussen zorginstelling, huisarts en apotheker voorkomen hadden kunnen worden.

De risico's lagen vooral bij:

- het ontbreken van een compleet en actueel medicatieoverzicht;
- het niet verbeteren van de kwaliteit van het voorschrijven door het ontbreken van een periodieke medicatiebeoordeling;
- toegankelijkheid van geneesmiddelen voor onbevoegden;
- onveiligheid bij uitzetten en toedienen van medicatie;
- onvoldoende scholing van zorgpersoneel;
- het ontbreken van een geneesmiddelencommissie die het medicatiebeleid bepaalt en onderhoudt.

Steeds meer zorg voor ouderen wordt in verzorgingshuizen, kleinschalige voorzieningen of thuis geleverd. De medische behandeling is primair in handen van de huisarts en de farmaceutische zorg ligt bij de apotheker. De specialist ouderengeneeskunde heeft hier de rol van adviseur of medebehandelaar. Allen hebben in de keten te maken met een zorginstelling die aan de patiënten 'verantwoorde zorg' moet verlenen, ook als het gaat om geneesmiddelen.

De processen rond de medicatieverstrekking zijn in veel verpleeghuizen redelijk goed geregeld. Dit komt waarschijnlijk door de grote betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde en de apotheker bij het medicatiebeleid van de instelling via de geneesmiddelencommissie. In verzorgingshuizen, kleinschalige voorzieningen en de zorg thuis is er helaas nog vaak een beperkte betrokkenheid van huisartsen en apothekers bij de farmaceutische processen. Toch is die betrokkenheid hard nodig voor het vergroten van de medicatieveiligheid. Bij veel verzorgingshuizen en kleinschalige voorzieningen hebben specialisten ouderengeneeskunde al een rol bij de zorg rond medicatie. Bij de thuiszorg is dit meestal nog niet het geval.

Vooraf bij grotere zorginstellingen die bestaan uit één of meer verpleeghuizen, verzorgingshuizen, kleinschalige voorzieningen en zorg thuis kan de specialist ouderengeneeskunde een katalysator zijn voor verbetering van de ketensamenwerking van die zorginstelling met huisartsen en apothekers. Zorginstellingen moeten op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen ervoor zorgen, dat de medewerkers de middelen hebben om 'verantwoorde zorg' te kunnen verlenen. Zij moeten daarom het initiatief nemen om samenwerkingsafspraken te maken met huisartsen en apothekers. Specialist ouderengeneeskunde hebben de ervaring en de deskundigheid om die samenwerking te stimuleren en om bij te dragen aan een goede inhoud van de afspraken. Via de geneesmiddelencommissie kan de specialist ouderengeneeskunde zijn deskundigheid inzetten voor het medicatiebeleid in alle onderdelen van de zorgorganisatie, ook in het verzorgingshuisdeel en het thuiszorgdeel. Maar ook buiten de eigen zorgorganisatie, bijvoorbeeld via farmacotheapeutische transmurale overleggen (FTTO's), kan de ervaring en deskundigheid van specialisten ouderengeneeskunde bijdragen aan de vergroting van de medicatieveiligheid.

### Beschrijving van een dagelijkse situatie die kan leiden tot onveiligheid rond medicatie

Een acute ziekenhuisopname van een mantelzorger leidt regelmatig tot het van de ene op de andere dag starten van zorg thuis voor een hulpbehoevende oudere patiënt. Bij aanvang van die zorg treft de thuiszorgmedewerker meestal een groot aantal doosjes en potjes met medicijnen aan. Op basis van de etiketten op de medicijnverpakkingen maakt de thuiszorgmedewerker handmatig een medicatiedeelijst en vult een medicijndoos voor een week. Of de middelen die zij heeft aangetroffen, nog wel gebruikt moeten worden en of het voorschrift op de verpakking nog klopt, is daarbij niet zeker. Het overschrijven van sterkte en dosering van de medicijnverpakkingen en het uitzetten van die medicatie wordt meestal niet door een collega gecontroleerd.

Bij poliklinische controle bestaat de kans dat een specialist een geneesmiddel staakt of een dosering vermindert. De thuiszorgmedewerker krijgt dan van de patiënt of een familielid te horen wat de specialist heeft gezegd en past op basis van de mondelinge berichtgeving de medicatie op de deellijst aan. Als de medicijnen in een medicijndoos zitten, haalt de thuiszorgmedewerker de medicatie, die over het algemeen niet meer goed identificeerbaar is, uit die doos. Als de patiënt de medicatie via een Geautomatiseerd Distributie Systeem in zakjes heeft gekregen, haalt de medewerker de gestopte medicatie uit het zakje en plakt deze weer dicht.

### Hoe kan het veiliger?

Door goede afspraken te maken in de driehoek van huisarts, apotheker en zorginstelling/patiënt kan de farmaceutische zorg voor kwetsbare groepen in verzorgingshuizen, kleinschalige woonvoorzieningen en thuis veiliger worden. Geneesmiddelencommissies van zorginstellingen kunnen hierbij een initiërende rol vervullen. De inspectie vindt dat de volgende afspraken kunnen bijdragen aan een vergroting van de medicatieveiligheid:

- Alle voorschrijvers volgen de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens' waardoor zorgmedewerkers altijd over een actueel medicatieoverzicht beschikken op basis waarvan zij veilig medicatie kunnen verstrekken.
- Huisartsen verstrekken volgens afspraak in een raamovereenkomst met de zorginstellingen altijd tijdig bij voorbehouden handelingen (zoals het toedienen van insuline-injecties) een ondertekend uitvoeringsverzoek.
- Zonder ondertekend uitvoeringsverzoek van

de huisarts verrichten zorgmedewerkers geen voorbehouden handelingen.

- Minimaal één keer per jaar voeren huisarts, apotheker en verzorging/patiënt een medicatiebeoordeling uit, en waar van toepassing met betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde.
- Zorginstellingen nemen voor hun patiënten het initiatief tot deze jaarlijkse medicatiebeoordeling en organiseren dit overleg.
- De zorginstelling meldt de aanvang van de zorg bij de huisarts en de apotheker.
- Bij aanvang van de zorg verstrekt de apotheker zo snel als nodig is en uiterlijk binnen 24 uur een actueel medicatieoverzicht. Daarnaast levert hij medicatiedeellijsten voor het aftekenen per medicament.
- Als de patiënt zelf zijn medicatie niet (meer) kan beheren, levert de apotheker geneesmiddelen zo veel mogelijk in individuele doseerverpakkingen.
- Bij de start van medicatie, verpakt via een geautomatiseerd distributiesysteem (GDS), draagt de apotheker zorg voor een individuele doseerverpakking (medicijndoos) in de periode dat de GDS-rol nog niet geleverd is.
- Bij gewijzigd voorschrift zorgt de apotheker bij medicatie in GDS zo snel als nodig is voor aanpassing. Hij regelt in afwachting van de nieuwe GDS-rol overbrugging via individuele doseerverpakkingen (medicijndoos).
- Op de medicatiedeellijst staat altijd expliciet vermeld als een middel niet gemalen mag worden.
- Geneesmiddelen worden zo veel mogelijk in een verpakking geleverd die het mogelijk maakt dat het middel tot het moment van inname te identificeren is.
- De zorginstelling regelt dat medewerkers niet alleen in het kader van de Wet BIG (voorbehouden handelingen) geschoold zijn, maar ook op het gebied van risicovolle handelingen, geneesmiddelen en farmaceutische zorg.

Medicatieveiligheid staat of valt met de juiste gegevens over de patiënt en de medicatie die hij gebruikt, dus met een compleet en actueel medicatieoverzicht. Zorginstellingen, (huis)artsen en apothekers moeten er daarom zorg voor dragen dat de medicatieoverdracht goed geregeld is en dat actuele en complete medicatiegegevens vastliggen in een door de apotheker opgesteld medicatieoverzicht. Als vervolgens de apothekers medicatiedeellijsten volgens een uniforme lay-out produceren en de medicatie zo veel mogelijk in individuele doseerverpakking afleveren, dan kan de verpleging/verzorging op verantwoorde wijze de medicatie uitzetten (waar dit nog nodig is) en toedienen. Een jaarlijkse medicatiebeoordeling door apotheker,

huisarts/specialist ouderengeneeskunde en zorgmedewerker/patiënt vormt daarnaast nog een belangrijke voorwaarde voor medicatieveiligheid.

De gevolgen van onvoldoende waarborgen van medicatieveiligheid worden vaak pas geconstateerd in het ziekenhuis, bijvoorbeeld na acute opname, zoals blijkt uit de studie *Hospital admissions related to medication* uit 2006.<sup>2</sup> In diezelfde studie staat ook dat het terugdringen van het aantal ziekenhuisopnames door fouten met geneesmiddelen kan bijdragen aan een forse kostenreductie.

Het nu investeren in vergroting van de medicatieveiligheid in de langdurige zorg en zorg thuis leidt niet alleen tot vermindering van schade en menselijk leed, maar ook tot het terugdringen van kosten in de gezondheidszorg. In deze tijd van bezuinigingen is deze constatering niet te negeren.

- De Inspectie voor de Gezondheidszorg constateert forse risico's rond de farmaceutische zorg in de langdurige zorg en zorg thuis.
- Goede samenwerking tussen huisarts, apotheker en zorginstelling moet leiden tot verhoging van de medicatieveiligheid.
- De specialist ouderengeneeskunde vervult een belangrijke rol bij het vergroten van de medicatieveiligheid vooral bij zorginstellingen waartoe naast één of meer verpleeg- en verzorgingshuizen ook thuiszorgonderdelen behoren.

#### Literatuur

1. Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen moeten nog punten verbeteren; gehandicaptenzorg en thuiszorg moeten snel veiliger. Utrecht: IGZ, 2010.
2. Bemt PMLA van den, Egberts TCG (projectleiders). Eindrapport Hospital Admissions Related to Medication (HARM-)onderzoek. Utrecht: afdeling Farmaco-epidemiologie en Farmacotherapie, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, 2006.

# Het Geriatrie Formularium

2<sup>e</sup> herziene editie

Martin van Leen / Correspondentie: [m.van.leen@avoord.nl](mailto:m.van.leen@avoord.nl)

**Titel:** Het Geriatrie Formularium ★★★★★☆

**Auteurs:** P.A.F. Jansen, J.R. van der Laan, J.M.G.A. Schols (red)

**Uitgever** Bohn Stafleu Van Loghum

**Aantal pagina's:** 576

**ISBN:** 978-90-313-5003-2

**Prijs:** € 27,00



In 2004 is de eerste editie uitgebracht en nu reeds een herziening. Veertig auteurs hebben meegewerkt aan de totstandkoming. Alle auteurs zijn zeer ervaren en op de hoogte van de huidige stand der literatuur. In het algemene deel is een hoofdstuk Ouderen en recht toegevoegd met o.a. regelgeving rond euthanasie, vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid, aandacht voor curatele, bewindvoering, mentorschap (erg kort) en ethische problemen (duidelijk stuk met meerwaarde). In hoofdstuk 2 Gezondheidsproblemen is er extra aandacht voor palliatieve zorg (helaas geen aandacht voor terminale sedatie en euthanasie).

Alle hoofdstukken zijn getoetst aan de huidige richtlijnen. Toch zijn er in de laatste twee jaar al weer richtlijnen verschenen die niet zijn meegenomen. Ook staan er een aantal storende foutjes in, die tegenstrijdig zijn met de teksten van richtlijnen. Soms wordt nog geadviseerd medicijnen te gebruiken die reeds uit de handel zijn (bijvoorbeeld droperidol injecties).

De vorige editie was al van hoog niveau en is in de praktijk een handig hulpmiddel geweest om snel onderzoek en behandeladvies te achterhalen. Deze editie zal ook weer dit doel hebben.



# Samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen: Ketenzorg door consultatie

Dr. Maria G.T. Dolders, beleidsmedewerker Verenso / Correspondentie: [mdolders@verenso.nl](mailto:mdolders@verenso.nl)

## Inleiding

Maar liefst 70% van de huisartsen komt meerdere malen per jaar schrijnende situaties met ouderen thuis tegen. Dat blijkt uit een enquête onder huisartsen voor het NHG-congres 'Ga voor (G)oud' uit 2009.<sup>1</sup> Uit deze gegevens blijkt dat samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen noodzakelijk is. Lange tijd voor het congres waren de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap en Verenso zich hiervan al bewust. Het NHG-standpunt 'Toekomstvisie Huisartsenzorg: Huisartsgeneeskunde voor ouderen' werd al in 2007 gepubliceerd.<sup>2</sup> Verenso ontwikkelde in samenwerking met de LHV en het NHG een project om huisartsen extra stimulansen te bieden om de kennis en vaardigheden van complexe ouderenzorg te verhogen en de toegankelijkheid van de consultatie van de specialist ouderengeneeskunde te vergroten. Het project werd 'Ketenzorg specialist ouderengeneeskunde en huisarts door consultatie' genoemd.

## Twee belangrijke pijlers

Het project kende twee belangrijke pijlers. De eerste pijler vormde een volledige herziening van de handreiking 'Organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis' uit 2004. De herziening resulteerde in 2009 in de handreiking 'Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis'. De vernieuwde handreiking ondersteunt huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde om verantwoorde zorg te bieden aan kwetsbare ouderen thuis en in het verzorgingshuis. Er staan voorbeelden van 'best practices' in en er wordt uitleg gegeven over de ingewikkelde regelgeving en hoe daar creatief mee om te gaan. De handreiking is te downloaden via: [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl) en via [www.lhv.nl](http://www.lhv.nl). De tweede pijler was een gezamenlijke nascholing om de deskundigheid van de huisarts in de (analyse van) complexe zorgvragen van kwetsbare (oudere) patiënten met complexe problematiek en multimorbiditeit te bevorderen. Deze nascholing bestond uit twee cursusavonden en werd door zes pilotgroepen huisartsen/specialisten ouderengeneeskunde gevolgd. Deze zes pilotgroepen werden gekozen uit meer dan 50 aanmeldingen.

## Opzet nascholing

De nascholing 'Ketenzorg door Consultatie' werd tijdens twee avonden gegeven door een koppel van twee docenten, van wie de een huisarts was en de ander specialist ouderengeneeskunde. De opzet van de nascholing werd op maat gemaakt voor de deelnemende pilotgroepen. De volgende standaardopzet werd gehanteerd:

### Avond 1: Ouderengeneeskundige benadering:

- huisartsdocent over ouderengeneeskunde in de huisartspraktijk;
- specialist ouderengeneeskundedocent over ouderengeneeskunde thuis en in het verpleeghuis;
- vraag en antwoord;
- ouderengeneeskundige benadering aan de hand van casuïstiek.

### Avond 2: Knelpunten en verbeterplannen:

- inventarisatie knelpunten;
- concrete oplossingen (incl. informatie over bijvoorbeeld consultatieregeling);
- verbeterplannen;
- afspraken voor vervolg.

## Evaluatie

De nascholingsavonden werden door de meeste huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde als leuk, informatief, zeer de moeite waard en inspirerend ervaren. Alle docenten hadden de indruk, dat de vraag aan consulten van de specialist ouderengeneeskunde was toegenomen. In één regio startten maar liefst vier projecten in het kader van samenwerking van specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen. In andere regio's werd duidelijk wanneer een specialist ouderengeneeskunde kan worden geconsulteerd. Naar aanleiding van het project is een folder geschreven met praktische informatie voor de huisarts over het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde. Deze folder kan worden gedownload via [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl).

## Vervolg

Verenso heeft het voornemen een aantal vervolgacties op te stellen. Eén van de vervolgacties is al tot uitvoering gebracht. Een enquête over samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts is rondgestuurd. Zie hierna een verslag van de voorlopige uitslag van de enquête.

### Literatuur

1. Kroes, WJ, Koning CC, Wiewel R. Specialist ouderengeneeskunde aan de slag buiten de deur. Tijdschr Ouderengeneesk 2010; 35(1): 42-43.
2. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG Standpunt 'Toekomstvisie huisartsenzorg: huisartsgeneeskunde voor ouderen'. Utrecht: NHG; 2007.

# Enquête samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts

Drs. L.P.M. Faas-Vlek, communicatieadviseur Verenso / Correspondentie: [ifaas@verenso.nl](mailto:ifaas@verenso.nl)

Er wordt in het land op veel manieren door de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts samengewerkt. Soms blijft dit beperkt tot telefonisch contact, soms gaat het veel verder. Om beter inzicht te krijgen in hoe de samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts in de praktijk is en om de wensen van de specialist ouderengeneeskunde op dit vlak helderder te krijgen heeft Verenso een enquête naar haar leden gestuurd. Deze enquête is bedoeld als eerste nulmeting en kan aanleiding geven tot meer onderzoek, zowel binnen als buiten Verenso.

Op het moment van de deadline van dit tijdschrift had Verenso 56 enquêtes ontvangen. Verenso zal na de sluitingsdatum de overige enquêtes verwerken. Via de nieuwsbrief zal een eindverslag worden verspreid onder de leden.

Op de vraag hoe de leden de samenwerkingsrelatie met de huisartsen in hun regio beoordelen, antwoordden 22 leden 'de samenwerking verloopt goed' en 34 leden 'de samenwerking verloopt niet goed'. De respondenten zien de oorzaak van dit laatste met name bij de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde/instelling. Slechts 6 leden zien een andere oorzaak.

Op de vraag wat volgens de leden de oorzaak bij de huisarts is, waardoor de samenwerking niet goed verloopt, werd het meest 'De huisarts belt uitsluitend bij 'spoed'situaties' genoemd.

Bij de vraag wat volgens de leden de oorzaak is bij de specialist ouderengeneeskunde/de instelling, waardoor de samenwerking niet goed verloopt, werd 'tijdgebrek' vaak genoemd en daarnaast ook dat de intentie om te willen samenwerken er is, maar dat daarbij ondersteuning nodig is.

Als (belangrijkste) doel van samenwerking met de huisarts noemden de leden: consultatie in de eerste lijn bieden (41x), verbeteren van de kwaliteit van zorg in de eerste lijn (28x), opsporen en multidisciplinair behandelen van kwetsbare ouderen (27x), ketenzorg (17x), preventie van opname in verzorgingshuis/verpleeghuis (14x), verpleeghuiszorg thuis bieden (10x), polifarmacie aanpakken (8x). Daarnaast werd bij 'Anders, namelijk' onder andere genoemd: naar wens van de (kwetsbare) patiënt curatieve zorg ombuigen naar palliatieve of symptomatische zorg.

Op de vraag of sprake is van een gelijkmatige spreiding in het gebruik van de consultfunctie antwoordden 38 leden, dat zij merken dat van de consultfunctie vooral gebruikgemaakt wordt door de huisarts(en) met wie ze eerder contact hebben gehad ((on)bekend maakt (on)bemind-principe), 10 leden geven aan, dat de beschikbare huisartsenpraktijken in de regio min of meer gelijkmatig gebruikmaken van de consultfunctie, en 6 vinden de spreiding anders dan de twee hierboven weergegeven mogelijkheden.

In de enquête wordt het volgende voorbeeld uit de praktijk beschreven:

*De huisartsenpraktijk heeft de beschikking over praktijkondersteuners. Deze praktijkondersteuners screenen alle 80-plussers die voorkomen in de praktijk, geriatrisch, conform een methodiek. De uitkomsten van deze meting worden 1x per twee maanden in een disciplinair vakgroepenoverleg (alle disciplines die deze cliënt kennen) besproken. De specialist ouderengeneeskunde vervult hier de rol van expert op het gebied van comorbiditeit en multimediatiegebruik en adviseert ten behoeve van het behandelplan. Het doel is om op deze manier de cliënt zo lang mogelijk thuis te laten wonen, tijdig door preventief ingrijpen de situatie stabiel te houden of opnieuw te stabiliseren.*

Op de vraag of een vergelijkbare situatie binnen de regio voorkomt, antwoordden 8 leden bevestigend en 48 leden ontkennend (van wie 40 aangeven, dat zij deze samenwerking met de huisartsen wel graag zouden willen opzetten).

Op drie na zijn alle respondenten bereid zich actief in te zetten voor het tot stand brengen van preventieve projecten in samenwerking met de huisartsen met als doel het in stand houden van de zelfstandigheid in relatie tot voorkoming van opname van de cliënt in een verpleeg- en verzorgingshuis met behoud van kwaliteit van leven. Bijna de helft van de respondenten die hiertoe bereid zijn, gaf echter aan, dat aan ontbrekende voorwaarden moeten worden voldaan. Voldoende formatie en tijd worden hierbij het meest genoemd.

29 respondenten geven 1-10 consulten per jaar in de eerste lijn (niet in het verzorgingshuis), 4 respondenten geven 10-30 consulten, 6 respondenten geven 30-50 consulten, 4 respondenten geven meer dan 50 consulten per jaar en 13 respondenten geeft geen consulten in de eerste lijn.

27 respondenten geven 1-10 consulten per jaar in het verzorgingshuis, 14 respondenten geven 10-30 consulten, 4 respondenten geven 30-50 consulten, 3 respondenten geven meer dan 50 consulten per jaar en 8 respondenten geeft geen consulten in het verzorgingshuis.

Op de vraag bij hoeveel patiënten in het verzorgingshuis de respondenten hoofdbehandelaar zijn, wordt 1 keer 30 patiënten genoemd, 2 keer 10 patiënten, 1 keer 7 patiënten, 1 keer 2 patiënten en 1 keer 1 patiënt.

# Consultatie specialist ouderengeneeskunde aan huis na verwijzing huisarts

## 'Beschouw de patiënt én de huisarts als klant'



Mieke Draijer, voorzitter Verenso

Verenso heeft als standpunt, dat samenwerking met de huisarts cruciaal is voor een op maat toegesneden zorg. Maar hoe begin je als hier in de praktijk nog geen sprake van is?

Een constructieve manier is om simpelweg een ronde te maken langs alle huisartsen in uw regio om te praten over wat u hen (eventueel in samenwerking met anderen) kan bieden. Vaak is sprake van gebrek aan wederzijdse kennis. Het is stap één om dat te verhelpen. De ervaring leert, dat het ongeveer een jaar duurt voordat de huisarts u structureel weet te vinden. Er zijn vaak drie groepen huisartsen te onderscheiden: huisartsen die nooit bellen, huisartsen die bellen indien nodig, en andere huisartsen die regelmatig bellen om raad en advies. Het werkzame bestanddeel in dit project is de directe communicatie, het luisteren naar de wens van de huisarts en de patiënt en de deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde die voor de huisarts aanvullend is voor complexe ziektebeelden. Nadat de contacten zijn opgebouwd, is het belangrijk om deze goed te onderhouden. Houd bestaande contacten met huisartsen warm en houd in de gaten of er nieuwe huisartsen binnen de regio komen met wie contact gelegd kan worden.

### Waar gaat het om?

De specialist ouderengeneeskunde gaat na een verzoek van de huisarts langs bij een patiënt met complexe zorgproblematiek. De huisarts stuurt vooraf de gegevens van de patiënt. In een eerste consult praat de specialist ouderengeneeskunde met de patiënt (en zijn familie) en stelt een plan van aanpak op. Dit plan van aanpak bespreekt hij vervolgens met de huisarts. Aan de hand daarvan wordt bepaald welke disciplines moeten worden ingeschakeld. Met de huisarts wordt afgesproken wie dat doet. Vaak is het zo, dat de specialist ouderengeneeskunde de fysiotherapeut, ergotherapeut of andere disciplines die nodig zijn, inschakelt. Na het eerste consult kunnen er in overleg met de huisarts of op verzoek van de patiënt vervolfgafspraken worden gemaakt. Binnen

deze constructie is het van belang, dat de specialist ouderengeneeskunde goed luistert naar zowel de wens van de patiënt als naar de wens van de huisarts. Het is belangrijk om systematisch te overleggen met de huisarts. Zorg dat hij de vraag goed helder heeft. Vraag feedback aan de huisarts over de uitkomst van het consult en maak duidelijk wat je meerwaarde is.

### *Samenwerking met de huisarts is cruciaal voor een op maat toegesneden zorg*

De huisarts blijft hoofdbehandelaar. Weet duidelijk waar je grens ligt als consulent. De specialist ouderengeneeskunde is over het algemeen geen medebehandelaar van de patiënt. Een enkele keer doet medebehandelaarschap zich voor bij een patiënt die in het verzorgingshuis verblijft. Veelal is er dan sprake van probleemgedrag of wenst de familie medebehandelaarschap.

Het leveren van zorg in de thuissituatie heeft positieve en negatieve aspecten in vergelijking met de kwaliteit van de zorg die in een verpleeghuis wordt geboden. Een van de positieve aspecten is, dat je te gast bent bij de patiënt thuis. Hierdoor ben je er nog meer van doordrongen dat je met de patiënt en zijn familie moet overleggen om tot een behandelmethode te komen. Een negatief aspect is dat je niet de faciliteiten en 24-uurszorg kunt bieden, die in een verpleeghuis wel aanwezig zijn. Want bij sommige cliënten denk je wel: 'Ga toch naar het verpleeghuis.' Maar het is mooi dat je er op deze manier ook voor deze mensen kunt zijn.