

# TIJDSCRIFT VOOR ouderen- geneeskunde

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

**Kosteneffectiviteit van een multidisciplinair integraal zorgmodel**

**Interventies ter voorkoming van beperkingen bij thuiswonende ouderen**

**Hoe denken huisartsen in Zeeland over samenwerking met verpleeghuisartsen in de eerste lijn?**

**Nieuwe wegen in de wetenschappelijke onderbouwing van de ouderengeneeskunde**

# Inhoudsopgave

Februari 2010



**011**  
**Lonneke Schuurmans**  
**Even voorstellen ...**



**017**  
**Adriaan de Kinkelder**  
**NHG-casuïstiekprijs**



**024**  
**Myrra Vernooij-Dassen**  
**5 Vragen aan ...**



**034**  
**Henriëtte van der Roest**  
**Hora Est**

- 002** Redactioneel: Medicatie(on)veiligheid
- 003** Gesignaleerd: Gevorderde dementie is een terminale ziekte
- 004** De kosteneffectiviteit van een multidisciplinair integraal zorgmodel voor kwetsbare ouderen in verzorgingshuizen
- 011** Even voorstellen...  
Nieuw redactielid Lonneke Schuurmans
- 012** Interventies ter voorkoming van beperkingen bij thuiswonende kwetsbare ouderen
- 017** NHG-casuïstiekprijs
- 018** Kennistoets: Atriumfibrilleren
- 019** Samenwerking is troef! Voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde
- 023** Amuse: Going concern
- 024** 5 vragen aan ...: Myrra Vernooij-Dassen
- 026** Hoe denken huisartsen in Zeeland over samenwerking met verpleeghuisartsen in de eerste lijn?
- 034** Hora Est: Henriëtte van der Roest
- 035** Antwoorden Kennistoets
- 036** Boekbespreking: Probleemgeoriënteerd denken in de geriatrie
- 037** Boekbespreking: Kleinschalig wonen voor mensen met dementie
- 038** Nieuwe wegen in de wetenschappelijke onderbouwing van de ouderengeneeskunde
- 041** Forum
- 042** Bureau Verenso: Specialist ouderengeneeskunde aan de slag buiten de deur
- 044** Woord Voorzitter: Kennis is macht

# Medicatie(on)veiligheid

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

De IPCI\*- en HARM\*\*-studies hebben recentelijk aangetoond dat geneesmiddelengerelateerde ziekenhuisopnamen ook in Nederland een aanzienlijk probleem vormen en dat een substantieel deel daarvan had kunnen worden voorkomen. Opvallend was dat de vermijdbare opnamen in niet-geringe mate konden worden toegeschreven aan anticoagulantia, trombocytenaggregatiemremmers, NSAID's, bloedsuikerverlagende medicatie, bepaalde psychofarmaca en bepaalde cardiovasculaire medicatie. Middelen die dus ook zeer frequent worden voorgeschreven door specialisten ouderengeneeskunde. Het EMGO en NIVEL becijferden dat in totaal 30% van de gebeurtenissen in Nederlandse ziekenhuizen waarin er sprake was van onbedoelde schade, dit rechtstreeks verband hield met één of meer geneesmiddelen. De vermijdbaarheid daarvan werd geschat op 50%. Van de potentiële vermijdbare opnamen was er bij 72% sprake van een probleem gerelateerd aan het voorschrijven en bij 26% van een toedieningsprobleem. Extra risico lopen patiënten van hoge leeftijd, met multimorbiditeit, verminderde cognitie, nierfunctiestoornissen en waarbij er sprake is van polyfarmacie. Risicovolle situaties zijn zowel opgenomen in als ontslagen worden uit het ziekenhuis met een incomplete medicatieoverdracht. Ook de betrokkenheid in ziekenhuizen van meerdere specialisten bij een patiënt waarbij de verantwoordelijkheden met betrekking tot farmacotherapie onvoldoende duidelijk zijn afgebakend, brengt extra risico's met zich mee.

Op basis van deze gegevens werd door de minister van VWS een Expertgroep Medicatieveiligheid ingesteld die tot concrete interventies moest komen om reeds op korte termijn meetbare resultaten te bereiken. Verenso heeft ervoor gezorgd dat alle specialisten ouderengeneeskunde het rapport 'HARM-Wrestling' met de aanbevelingen van deze

expertgroep begin december jl. toegezonden kregen. In april 2009 was bij *Huisarts & Wetenschap* bovendien al de LESA\*\*\* 'Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis' gevoegd. En een jaar eerder promoveerde apotheker Wilma Denneboom aan de Radboud Universiteit op het proefschrift 'Medication safety in the elderly'. In het meest recente congresnummer van dit tijdschrift (no.5, 2009) is bovendien het artikel van Patricia van den Bemt 'Medicatieveiligheid in verpleeg- en verzorgingshuizen' opgenomen. Nadere bestudering van deze vier publicaties is alleszins de moeite waard en biedt veel aanbevelingen voor kwaliteitsverbetering van de farmacotherapie en de medicatieveiligheid. Van een systeembenadering waarbij het hele geneesmiddelendistributieproces tot en met toedienen onder de loep wordt genomen, mag meer verwacht worden dan van de vaak nog meer gangbare persoonsbenadering: individuen die door onoplettendheid en slordigheid fouten maken. Zorgvuldige medicatieoverdrachten vergen een nauwgezette aanpak die extra tijd kost. Geautomatiseerd voorschrijven is een voorwaarde, zowel voor de leesbaarheid van recepten als de bewakingsmogelijkheden van doseringen, interacties en allergieën. Gestructureerd periodiek farmacotherapieoverleg tussen voorschrijvend arts en apotheker blijkt in de praktijk zijn vruchten af te werpen. De polyfarmacie is voorlopig nog een weerbarstig probleem. Het is verheugend dat inmiddels de eerste stappen om te komen tot een richtlijn Polyfarmacie zijn gezet.

\* Integrated Primary Care Information

\*\* Hospital Admissions Related to Medication

\*\*\* Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak



## Colofon

### Hoofdredacteur

Dr. Jos W.P.M. Konings

### Redactie

Dr. Wilco P. Achterberg  
Drs. Elis A.M. Bardelmeijer  
Drs. Jacobien F. Erbrink  
Dr. Didi M.W. Kriegsman  
Drs. Martin W.F. van Leen  
Drs. Lonke G.J.A. Schuurmans

### Eindredacteur

Ria Appelman / Judith Heidstra

### Redactiesecretariaat

Bureau Verenso, Judith Heidstra  
Postbus 20069, 3502 LB Utrecht

Reacties naar [redactie@verenso.nl](mailto:redactie@verenso.nl) of hoofdredacteur@verenso.nl Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde (voorheen Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde) 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 Uitgeverij; 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 Uitgeverij, gedeponseed 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  
Advertentieverkoop 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/advertieren](http://www.bsl.nl/advertieren)

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, gedeponseed ter griffie van de rechtbank te Utrecht onder nummer 281/2003 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 Kennistoets: Frank Dries  
Foto Mieke Draijer: Mustafa Gumussu

ISSN 1879-4637

**HOI**<sup>2010</sup>  
P R I N T

Nederlands  
**uitgeversverbond**  
Groep uitgevers voor  
vak en wetenschap

# Gevorderde dementie is een terminale ziekte

## Gesignaleerd

Elis Bardelmeijer / Correspondentie: [elis.bardelmeijer@vivre.nl](mailto:elis.bardelmeijer@vivre.nl)

Onze terughoudendheid op het gebied van medische interventies bij mensen met een gevorderde dementie leidt in Amerika geregeld tot opgetrokken wenkbrauwen. Zoals ook de in onze ogen nogal agressieve en meer op 'cure' dan op 'care' gerichte zorg voor dementerenden in Amerika dat doet in ons land. Opvallend is het dus, dat een gerenommeerd tijdschrift zoals *The New England Journal of Medicine* recent een artikel publiceerde waaruit blijkt dat het inzicht dat gevorderde dementie een terminale ziekte is, eindelijk ook in Amerika voet aan de grond krijgt.<sup>1</sup>

*Het inzicht dat gevorderde dementie een terminale ziekte is, krijgt eindelijk ook in Amerika voet aan de grond*

Mitchell et al. volgden 323 verpleeghuisbewoners met gevorderde dementie, verblijvend in 22 verpleeghuizen rond Boston, en hun mantelzorgers gedurende 18 maanden. Het betrof dus een prospectief onderzoek. Gedurende die tijd werden gegevens verzameld over overleving, complicaties, symptomen en behandelingen van de verpleeghuisbewoners. Daarnaast onderzocht men in hoeverre de mantelzorgers inzicht hadden in de prognose en het te verwachten klinische beloop bij patiënten met een gevorderde dementie. Tijdens die periode van 18 maanden overleed 54,8% van de bewoners. De mediane overleving in dit stadium van dementie bedroeg 1,3 jaar, vergelijkbaar met meer (h)erkende doodsoorzaken zoals een gemetastaseerde maligniteit of terminaal hartfalen. Het percentage studiedeelnemers dat een longontsteking kreeg was 41,1. Meer dan de helft (52,6%) maakte een periode met koorts door, en 85,8% had eetproblemen. Onprettige symptomen kwamen vaak voor: dyspnoe bij 46,0%, pijn bij 39,1%, doorliggen bij 38,7%, onrust bij 53,6% en aspiratie bij 40,6%. Tijdens de drie laatste levensmaanden onderging 40,7% minimaal één belastende interventie, zoals ziekenhuisopname, bezoek aan de spoedeisende hulpafdeling, infuusthe-

rapie of sondevoeding.

Dementerenden met mantelzorgers die inzicht hadden in de slechte prognose en het te verwachten klinische beloop van patiënten met een gevorderde dementie, ondergingen veel minder vaak belastende interventies.

De auteurs beëindigen het artikel met de opmerking dat gevorderde dementie een terminale ziekte is, en benadrukken de noodzaak tot betere palliatieve zorg voor patiënten die daaraan lijden.

Je zou het verbazingwekkend kunnen noemen dat een vooruitstrevende natie als Amerika pas nu rijp is voor publicatie van een artikel zoals het bovengenoemde. Wat overigens ook opvalt, is dat publicaties van Nederlandse bodem in de referentielijst van het besproken artikel geheel ontbreken. In ons land immers promoveerden al 15 jaar geleden Pieter van Dijk en Raymond Koopmans op onderzoek naar het beloop en de prognose van dementie in het verpleeghuis.<sup>2,3</sup>

Tijdens het lezen van het artikel zijn het echter vooral de getallen over vervelende symptomen – benauwdheid, pijn, doorliggen, onrust – en het grote aantal belastende interventies in de laatste levensfase van de patiënten die schokkend zijn. De roep om verbetering van de palliatieve zorg voor verpleeghuisbewoners in het laatste stadium van dementie (met recht bestempeld als terminale ziekte) mag best nog wat harder klinken.

#### Literatuur

1. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009; 361: 1529-1538.
2. Van Dijk PT. Prognosis of patients with dementia after admission to a Dutch nursing home [proefschrift]. Leiden: Universiteit Leiden, 1994.
3. Koopmans RTCM. Het leven, ziek zijn en sterven van dementerende verpleeghuispatiënten; een onderzoek naar morbiditeit, functionele status en mortaliteit [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 1994.

# De kosteneffectiviteit van een multidisciplinair integraal zorgmodel voor kwetsbare ouderen in verzorgingshuizen

## Een beschrijving van een cluster gerandomiseerd gecontroleerd klinisch onderzoek

**Drs. Marijke Boorsma**, onderzoeker afdeling Huisartsgeneeskunde, indertijd specialist ouderengeneeskunde in dienst van Westfriese Zorg Organisatie 'Omring', Hoorn / **dr. Hein P.J. van Hout**, senior onderzoeker afdeling Huisartsgeneeskunde, / **dr. Dinnus H. Frijters**, senior onderzoeker afdeling Verpleeghuisgeneeskunde, / **prof.dr. Miel W. Ribbe**, hoogleraar afdeling Verpleeghuisgeneeskunde, / **prof.dr. Giel Nijpels**, hoogleraar afdeling Huisartsgeneeskunde / Allen werken in het EMGO+ Instituut, VUmc / **Correspondentie: m.boorsma@vumc.nl**

Vertaling en bewerking van 'The cost-effectiveness of a new disease management model for frail elderly living in homes for the elderly, design of a cluster randomised controlled clinical trial', BMC Health Services Research 2008, 8: 143 (7 July 2008)

### Inleiding

Het publiceren van een studieopzet en de resultaten van een pilot wordt door verschillende auteurs gezien als nuttig vanwege de mogelijkheid het oorspronkelijke onderzoeks idee en de oorspronkelijke hypothesen te vergelijken met de uiteindelijke resultaten. Sommige auteurs wijzen erop dat het publiceren van de studieopzet publicatiebias van onverwachte of negatieve uitkomsten voorkomt.<sup>1,2</sup> Het publiceren van de pilotresultaten geeft daarbij nog eens een beter inzicht in de keuze van de onderzoeksinstrumenten en type interventies.<sup>1</sup>

### Zorgproblemen van ouderen in verzorgingshuizen

Bewoners van verzorgingshuizen lijden vaak aan meer dan één chronische ziekte en de daarbij behorende beperkingen.<sup>3</sup> In de laatste decennia zijn de bewoners van verzorgingshuizen in Nederland steeds ouder en meer zorgbehoefstig geworden en vertonen daarmee steeds meer overeenkomst met verpleeghuisbewoners.<sup>4,5</sup> De huisartsen zijn verantwoordelijk voor de medische zorg voor bewoners in verzorgingshuizen. Huisartsen geven aan dat zij de vaak complexe medische zorgbehoeften van de bewoners niet goed kunnen monitoren.<sup>6,7</sup> Veel gezondheidsproblemen van bewoners zijn niet bekend bij de huisarts.<sup>8</sup>

### Het multidisciplinaire integrale zorgmodel

Het multidisciplinaire integrale zorgmodel is gebaseerd op de drie elementen van het Disease Management Model, te weten: coördinatie van zorg, sturing

van zorg en 'empowerment' van de patiënt.<sup>9</sup> Dit model wordt sterk aanbevolen voor de verbetering van gezondheid en kwaliteit van leven van chronisch zieken.<sup>10-12</sup> Gunstige effecten van disease management zijn beschreven bij CVA-patiënten en bij diabetes mellitus type II.<sup>13-15</sup> Er is echter tot nu toe nog geen studie gedaan naar de effecten van disease management op functionele gezondheid, kwaliteit van zorg en kosteneffectiviteit bij ouderen in verzorgingshuizen. Wij gebruikten het concept van disease management niet gericht op ziekteniveau maar op het niveau van beperkingen en verminderde zelfredzaamheid veroorzaakt door chronische ziekte.

Al in 1955 heeft de Nationale Gezondheidsraad nadrukkelijk aangegeven dat voor verbetering van kwaliteit van zorg voor chronisch zieken een door professionals gedeeld Disease Management Model noodzakelijk is. Een model waarin de medische verantwoordelijkheid helder omschreven is en waarin gezamenlijke management protocollen ontwikkeld worden.

### Het multidisciplinaire integrale zorgmodel in verzorgingshuizen

Implementatie van de drie elementen van het Disease Management Model in verzorgingshuizen vergt specifieke aanpassingen aan de situatie van ouderen en overeenstemming tussen de verantwoordelijke professionals. Wie is bijvoorbeeld het beste toegerust voor de coördinatie en sturing van de zorg? Huisartsen zijn ver-

antwoordelijk voor de medische zorg van de bewoners maar vinden zichzelf niet voldoende toegerust voor systematisch management en langdurig monitoren van chronische ziekten en hun beperkingen.<sup>9</sup> Verzorgenden in verzorgingshuizen hebben dagelijks contact met de bewoner en zijn daarmee goed in staat om de zorg te coördineren. Voor een goede zorgcoördinatie is een 'up to date' en 'state of the art' medische en sociale input onmisbaar. Hiervoor is ondersteuning en deskundigheidsverbetering van de verzorgenden nodig, zodat zij in staat zijn om de bewoners systematisch te observeren en hun bevindingen effectief te communiceren met medische professionals.

Voor sturing van zorg is een regelmatig overleg met de huisarts noodzakelijk. De huisarts komt echter vaak niet op het multidisciplinair overleg omdat het tijdstip voor hen onhandig is. Ook ontbreekt vaak een goede structuur van het overleg waardoor het zijn (meer)waarde verliest. Om de kwaliteit van het overleg te vergroten zou de huisarts aanwezig moeten zijn en moeten de verzorgenden getraind worden in het observeren en selecteren van te bespreken gezondheidsproblemen. Daarnaast is de aanwezigheid van een specialist ouderengeneeskunde en psycholoog bij het overleg gewenst voor een gespecialiseerd advies bij complexe problematiek. De zogenoemde empowerment van de patiënt is bij deze populatie vrijwel onmogelijk gezien het hoge percentage cognitief beperkte ouderen in verzorgingshuizen.

### Chronische ziek(t)en in verzorgingshuizen in Nederland

In onze verouderende populatie zal het aantal chronische zieken naar verwachting in 2015 gestegen zijn naar 60%.<sup>18</sup> Er wonen ongeveer 110.000 ouderen in verzorgingshuizen waarvan 74% professionele zorg nodig heeft zoals hulp bij de ADL of mobiliteit, verpleegkundige hulp (medicatie, wondzorg, enz.) en huishoudelijke hulp. Van de mensen van 75 jaar en ouder woont 12% in een verzorgingshuis en 4% in een verpleeghuis.<sup>19</sup>

De kwaliteit van zorg in deze huizen staat onder druk en wordt regelmatig bediscussieerd in de media. De zorgorganisaties die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg die gegeven wordt in verzorgingshuizen, hebben vaak niet de instrumenten om kwaliteit van zorg te meten en te verbeteren. Wetenschappelijke studies naar de kwaliteit van zorg voor ouderen zijn zeldzaam.

### Kosten

Veroudering is duur voor zorgsystemen. Ongeveer een derde van alle gezondheidszorguitgaven in geïndustrialiseerde landen betreft mensen van 70 jaar en ouder. Ouderen gebruiken veel medicatie en bezetten de meeste ziekenhuisbedden.<sup>3</sup> Studies van vergelijkba-

re interventies en de daarmee gepaard gaande kosten zijn er niet. Desalniettemin hebben we twee meta-analyses van Stuck 2002 en Elkan 2000 ten aanzien van preventieve effecten van huisbezoeken bij zelfstandig wonende ouderen geanalyseerd. Wij hebben 12 van de 27 studies geselecteerd die zich richtten op kwetsbare ouderen.<sup>20,21</sup> De zes studies die ook over de kosten rapporteerden, vonden dat preventieve huisbezoeken of geriatrisch management in de eerste lijn de zorgkosten verlaagden.<sup>22</sup>

Het doel van dit artikel is het beschrijven van de opzet van een studie naar de klinische en economische effecten van een multidisciplinair integraal zorgmodel voor ouderen in verzorgingshuizen.

## Methode

### Studieopzet

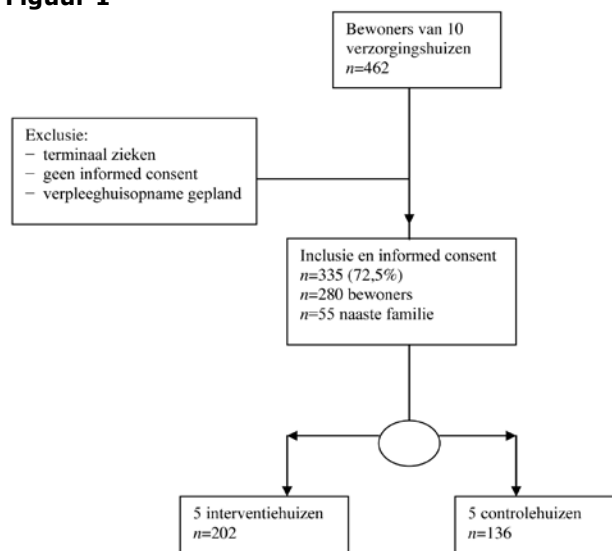
Een cluster gerandomiseerde en gecontroleerde klinische studie zal uitgevoerd worden in vijf interventie huizen en vijf huizen met gebruikelijke zorg voor ouderen in het noordwesten van Nederland met in totaal meer dan 500 bewoners. Er is een follow-up van zes maanden en de ethische commissie van de Vrije Universiteit heeft de studie goedgekeurd.

### Randomisatie

Omdat het zorgaanbod samenhangt met de hoeveelheid cognitief beperkte bewoners in een huis, werd de randomisatie verricht op huisniveau na matchen op het aantal psychogeriatrische bewoners. De huizen werden van 1-10 genummerd.

De twee verzorgingshuizen met het hoogste percentage psychogeriatrische bewoners werden gekoppeld en dan de daarop volgende, enzovoort.

**Figuur 1**



Vervolgens controleerden we het risico op onbalans in aantallen volgens Pocock's aanbevelingen.<sup>23</sup> Als het verschil in aantallen tussen bewoners van interventie- en controlehuizen groter was dan 15% (75 of meer) dan werd de randomisatie herhaald totdat het verschil kleiner was dan 15%.

Op deze manier werden de gekoppelde huizen gerangschikt en hadden even en oneven nummers. De randomisatie werd uitgevoerd volgens de eerste kolom in Pocock's tabel van random nummers.<sup>23</sup> Als het eerste nummer in de tabel even is dan wordt het eerste gekoppelde huis met een even nummer een interventiehuis. Als het volgende nummer oneven is dan wordt het huis van het volgende koppel met een oneven nummer het interventiehuis. En zo verder tot dat alle huizen ingedeeld zijn.

### Inclusiecriteria

Alle bewoners werden geïncludeerd behalve de terminaal zieken. Bewoners werden als terminaal ziek beschouwd als de dood binnen zes maanden verwacht kon worden. Bij cognitief beperkte bewoners werden de partners en/of naaste familie benaderd voor informatie.

### Procedure

Twee weken voor de aanvang van de studie ontvingen alle bewoners van zowel de interventiehuizen als de controlehuizen een informatiebrief en een informed consent. Als de bewoner zelf niet in staat was om de informatie te begrijpen en/of het informed consent te tekenen, werd de partner en/of naaste familie gevraagd dit te doen.

Alle bewoners die een informed consent getekend hebben, werden bezocht door een interviewer van het VU medisch centrum met vragen over de gezondheid, zorggebruik, kwaliteit van leven en eigen mening over de kwaliteit van zorg. Tabel 1 laat een overzicht van de metingen zien.

### Interventie(s)

Het Disease Management Model is gebaseerd op drie elementen: coördinatie van zorg, sturing van zorg, en empowerment van de patiënt.<sup>10</sup> Een beperking van dit model voor patiënten met multimorbiditeit is de gerichtheid op één chronische ziekte. Daarom kozen we in dit project waarin ouderen deelnemen met voor het merendeel multiple chronische aandoeningen een holistisch multidimensioneel of biopsychosociaal perspectief dat overeenkomt met de International Classification of Functioning, Disability and Health.<sup>24</sup> Voor onze doelpopulatie definieerden wij disease management als verbetering of handhaving van de functionele gezondheid door het aanbieden van continue patiëntgerichte zorg en het genereren van gecomputeriseerde multidimensionele gezondheidsinformatie van bewoners uitgevoerd door getrainde professionals die een gezamenlijk zorgplan opstellen.

In de interventiehuizen zal dit model in het zorgproces geoperationaliseerd worden in drie afzonderlijke stappen:

1. een driemaandelijke multidimensionele beoordeling van alle bewoners door verzorgenden (IG) waarmee systematische identificatie van gezondheidspro-

**Tabel 1** Overzicht van alle metingen en uitkomsten

Meting	Instrument	Baseline	6 maanden
<i>Primaire uitkomsten</i>			
Kwaliteit van zorg	RAIview	x	x
Kwaliteit van leven	Euroqol en Thermometer	x	x
Functionele gezondheid	COOP-WONCA en SF12	x	x
<i>Secundaire uitkomsten</i>			
Tevredenheid van bewoners over de zorg	QUOTE aangepast voor verzorgingshuizen	x	x
Zelfredzaamheid	GARS	x	x
Stemmingsstoornissen	PRIME-MD	x	x
Ziekenhuisopname	Checklist zorggebruik Ziekenhuisadministratie		x x
Verpleeghuisopname	Registratie verzorgingshuizen		x
Sterfte	Registratie verzorgingshuizen		x
<i>Economische uitkomsten</i>			
Directe kosten	Patiënt/familie-interview Medicatie registratie Medische registratie		x x x
<i>Procesuitkomsten</i>			
Bijdrage professionals aan disease management protocol	Checklist		x
Betrokkenheid bewoners bij specifieke adviezen	Checklist		x
<i>Mogelijke effectbeïnvloeders</i>			
• sociodemografisch	Interview bewoners	x	x
• gezondheidstoestand (morbiditeit, medicatie)	Interview bewoners Medicatielijst	x x	x x
• huis- en personeelkenmerken	Staf interview		x

**Tabel 2**  
**Voorbeeld van een RAIview beoordeling door verzorgende: gesignaleerde verbeterbare gezondheidsrisico's**

Gesignaleerde problemen	Gesignaleerd	Zorgplanactie
Delier	x	x
Cognitief verval: dementie	x	
Gezichtsvermogen	x	x
Communicatie	x	
Activiteiten van dagelijks leven: mogelijkheid voor revalidatie		
Urine incontinentie en verblijfskatheter	x	
Psychosociaal welbevinden		
Stemming	x	x
Problematisch gedrag	x	x
Ontspanningsactiviteiten		
Valpartijen	x	
Voedingstoestand		
Voedingssondes		
Uitdroging/vochtbalans		
Zorg voor het gebit	x	x
Decubitus		
Psychofarmacagebruik	x	x
Lichaamsfixatie		

blemen en zorgbehoefte plaatsvindt. Voor dit doel wordt de internetapplicatie van de Long Term Care Facility (LTCF) versie van het Resident Assessment Instrument (RAI) gebruikt (RAIview genoemd). Het RAI is oorspronkelijk ontworpen als een minimum dataset om de zorgbehoeften van verpleeghuisbewoners in kaart te brengen. De internetapplicatie van de LTCF-versie, RAIview, levert een totaal overzicht van de lichamelijke, geestelijke en sociale situatie van de bewoner en een indicatie van de zorgbehoefte door meting van de zorgzwaarte (bijv. verzorgingshuiszorg of verpleeghuiszorg). RAIview geeft een makkelijk en direct overzicht van 18 probleemgebieden waarvoor speciale zorgplanning noodzakelijk kan zijn. De geïdentificeerde probleemgebieden vormen de basis voor een individueel zorgplan.

2. De verzorgende bespreekt de uitkomsten van RAIview met de bewoner en/of familie en stelt een zorgplan op. Daarnaast worden bewoners met een complexe gezondheid besproken op een multidisciplinair overleg met de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, psycholoog en eventuele andere betrokken hulpverleners. De verzorgende verwerkt de besproken acties in het zorgplan. Het zorgplan is bedoeld om de gezondheidssituatie van de bewoner daar waar mogelijk te verbeteren en gezondheidsrisico's te verminderen. De afgesproken

zorgplanacties worden in het volgende multidisciplinaire overleg geëvalueerd (tabel 2).

3. De huisarts kan bij complexe problematiek de specialist ouderengeneeskunde en/of psycholoog in consult vragen.

RAIview ondersteunt het zorgproces door het genereren van een individuele zorgkaart en de koppeling van de 18 probleemgebieden aan 'state-of-the-art'-protocollen. Bovendien levert RAIview 32 kwaliteitsindicatoren die kunnen dienen als managementinformatie over de kwaliteit van zorg van de betreffende instelling door middel van benchmarking met andere vergelijkbare instellingen die RAIview gebruiken. In kwartaalrapportages kan men zien op welke van de 32 kwaliteitsindicatoren de eigen huizen boven- of ondergemiddeld scoren. Hierop kunnen gerichte verbetertrajecten worden gestart.

## Uitkomsten

### Primaire uitkomsten

1. Kwaliteit van zorg gemeten met risico-indicatoren voor kwaliteit van zorg (RAIview).<sup>27</sup>
2. Kwaliteit van leven gemeten met SF12.<sup>32</sup>
3. Functionele gezondheid met COOP-WONCA-kaarten.<sup>30,31</sup>

### Secundaire uitkomsten

4. Tevredenheid van bewoners over de zorg gemeten met de korte Quality of Care Through The Patients Eyes (QUOTE), die we aangepast hebben aan de intramurale situatie.<sup>33</sup>
5. Zelfredzaamheid gemeten met de Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS).<sup>34</sup>
6. Verpleeghuisopnames zoals genoteerd bij de instellingen.
7. Ziekenhuisopnames in het lokale ziekenhuis waar 95% van alle regionale opnames plaatsvinden.
8. Sterfte volgens de administratie van de huizen.

### Economische uitkomsten

9. Gegevens over de kosten van informeel zorggebruik werden verzameld door de bewoner en/of familie.

### Berekening van de steekproefgrootte

De berekening van de steekproefgrootte is gebaseerd op de te verwachten effecten van de interventie op de uitkomsten van kwaliteit van zorg en functionele gezondheid. In de volgende steekproefgrootteberekening hebben we een  $\alpha$  van 0,05 gebruikt, een power van 80% en een inflatie van 10% in verband met een te verwachten intraclusterrelatie tussen de verzorgingshuizen. Gelet op de gezondheidsafhankelijke kwaliteit van leven varieerde het effect van Cohen's D van 0,5-3,8 in onze meta-analyse.<sup>22</sup> Voor het vaststellen van een bepaalde



verbetering, i.e. effectgrootte is 0,5, is een minimum aantal personen van 64 in elke groep vereist.<sup>35</sup> Voor functionele gezondheid en beperkingen zijn we uitgegaan van een vergelijkbare effectgrootte en als gevolg daarvan eenzelfde steekproefgrootte. Als we verder uitgaan van een uitval van 15% gedurende de zes maanden follow-up dan moeten we minimaal  $100/85 \times 64 \times 110\% = 82$  bewoners in elke groep includeren.

### Data-analyse

Effectanalyses zullen zowel volgens het 'intention to treat' als 'het protocolprincipe' uitgevoerd worden. Verschillen na 6 maanden op de uitkomstmaten (kwaliteit risico-indicatoren gebaseerd op RAIview, Euroqol, functionele gezondheid en beperkingen) tussen bewoners van de interventiehuizen en bewoners van de controlehuizen zullen vergeleken worden tussen de interventie- en de controlegroep met zowel univariate als multivariate technieken. We zullen de multivariate analyse gebruiken om de mogelijke verschillen in scores op baseline en de achtergrondvariabelen tussen de interventie- en controlehuizen te corrigeren. Uitval en verlies van deelnemers zullen worden beschreven. Potentiële effectmodificaties zullen onderzocht worden.

Voor de mogelijke verschillen in effect van disease management bij bewoners met complexe gezondheidsproblemen en bij bewoners met eenvoudige problemen zullen bekeken worden.

### Procesevaluatie

De procesevaluatie omvat het vastleggen van:

1. de mate waarin het interventieprogramma is uitgevoerd volgens de protocollen;
2. de aard van de aanbevelingen van de deelnemers aan het multidisciplinair overleg;
3. het uitvoeren van deze aanbevelingen;
4. de mening van de huisartsen en verzorgenden over het interventieprogramma en de aanbevelingen.

Voor de vastlegging hiervan zal gebruikgemaakt worden van gestructureerde registratie tijdens de interventieperiode. Ten slotte zullen aan het einde van de interventieperiode semigestructureerde interviews worden gehouden met de betrokken verzorgenden, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde om hun mening over en ervaring met het multidisciplinair zorgmodel vast te leggen.

### Economische evaluatie

Gegevens over de kosten worden verzameld via een interview van de bewoner op baseline en na zes maanden vanuit een sociaal perspectief aangevuld met gegevens van de administratie van het betrokken verzorgingshuis. In het geval dat de bewoner niet in staat is om geïnterviewd te worden zal de partner

en/of naaste familie verzocht worden met een interview mee te werken. Omdat alle bewoners met pensioen zijn, zullen alleen de directe kosten meegenomen worden. Meegenomen kosten zijn kosten van consultatie van de huisarts, verpleeghuisarts en medische specialisten, ziekenhuisopnames, verpleeghuisopnames, medicatie en medische zorg. Medicatiekosten worden verkregen via de gecentraliseerde apotheeklijsten in de regio.

De zorgconsumptie zal berekend worden volgens de richtlijnen van de economische evaluatie van gezondheidszorg in Nederland.<sup>36,37</sup>

### Kostenanalyse

Om de kosten tussen de twee groepen te vergelijken worden betrouwbaarheidsintervallen voor het verschil in gemiddelde kosten berekend met behulp van biascorrectie en oplopende boots trapping met 2000 herhalingen.<sup>38</sup>

### Analyse van de kosteneffectiviteit

Voor de analyse van de kosteneffectiviteit worden het verschil in totale kosten tussen de interventie- en de controlegroep vergeleken met het verschil over zes maanden in verbetering van functionele gezondheid en zelfredzaamheid. Daarnaast zal een gebruikskostenanalyse gedaan worden om de 'incremental' kosten vast te leggen per quality adjusted life years (QALY). QALY's worden berekend door het gebruik gebaseerd op Euroqol scores<sup>29</sup> te vermeerderen met de hoeveelheid tijd die een bewoner in de instelling verblijft. Transitie tussen instellingen worden lineair geïnterpoleerd.

Onzekerheden rond kosteneffectiviteit en gebruikskostenratio's worden berekend met gebruikmaking van de biascorrectiepercentiemethode (5000 herhalingen) en gepresenteerd in een kosteneffectiviteitplan.<sup>39</sup> De kosten vanuit de boots trapping en de effectparen zullen ook gebruikt worden om de aanvaardbare kosteneffectiviteitscurves te berekenen.<sup>40</sup>

### Discussie

In dit artikel hebben we het ontwerp van een gerandomiseerd onderzoek naar de effecten en kosteneffectiviteit van disease management bij bewoners van verzorgingshuizen beschreven. Deze studie bevat enkele unieke elementen. De interventie omvat continuïteit van zorg en identificatie van zorgbehoefte van de bewoners. Het gebruik van RAIview maakt accurate diagnose van problemen samenhangend met de complexe klinische situaties van kwetsbare bewoners door verzorgenden mogelijk. Het gevolg hiervan is dat huisartsen beter geïnformeerd zullen zijn over de gezondheidsproblemen van hun patiënten. Daardoor is effectief disease management mogelijk. Ten slotte kan de huisarts een specialist ouderengeneeskunde consulteren voor complexe bewoners.

De randomisatie op verzorgingshuisniveau kan een zwak punt in het ontwerp zijn, omdat specifieke gewoontes en huiscultuur niet gelijk verdeeld kunnen zijn over de beide groepen.

Anderzijds kan randomisatie op huisniveau contaminatie van de interventie in de controlehuizen voorkomen.

De implementatie van RAIview vergt een grote inspanning van de zorgorganisatie en de uitkomsten zijn afhankelijk van een goed gebruik van het instrument.

## Samenvatting

*Achtergrond:* Dit artikel beschrijft de studieopzet van een studie naar de klinische en economische effecten van een multidisciplinair integraal zorgmodel op functionele gezondheid, kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van ouderen in verzorgingshuizen.

*Methode:* De studie is opgezet als een cluster gerandomiseerd gecontroleerd klinisch onderzoek in vijf interventiehuizen en vijf huizen met gebruikelijke zorg in het noordwesten van Nederland bij in totaal meer dan 500 bewoners. Alle bewoners die niet terminaal ziek zijn en die in staat zijn om een 'informed consent' te tekenen en die geïnterviewd kunnen worden, worden geïnccludeerd. Voor de bewoners die cognitieve problemen hebben, zullen de partners en/of naaste familieleden benaderd worden voor het beantwoorden van de vragenlijst. Het multidisciplinaire integrale zorgmodel bestaat uit verschillende elementen: (1) Een multidimensionale geriatrische beoordeling van de functionele gezondheid en zorgbehoefte van de bewoners uitgevoerd door getrainde verzorgenden met de internetapplicatie van de Long Term Care Facility versie van het Resident Assessment Instrument (RAIview). RAIview levert directe identificatie van probleemgebieden die de basis vormen voor een individueel zorgplan. (2) De uitkomsten van RAIview worden besproken in een multidisciplinair overleg met de betrokken verzorgende, de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en psycholoog en zo nodig andere betrokken disciplines. Op dit overleg worden de zorgplanacties vastgesteld die tot verbetering van de functionele gezondheid en vermindering van risicofactoren kunnen leiden. Het zorgplan wordt met de bewoner en/of familie besproken en aan de wensen van de bewoner aangepast. (3) De huisarts kan bij complexe problematiek de specialist ouderengeneeskunde en/of de psycholoog consulteren.

*Uitkomstmaten zijn:* 32 risico-indicatoren voor kwaliteit van zorg (gebaseerd op RAIview), kwaliteit van leven (SF12), functionele gezondheid (COOP-WONCA), zelfredzaamheid (GARS),

mening van de bewoner over de kwaliteit van zorg (QUOTE), ziekenhuis- en verpleeghuisopname, sterfte, gezondheidszorggebruik en kosten.

*Discussie:* Dit onderzoek is naar wij weten uniek omdat er nog geen studies gedaan zijn naar de effecten en kosten van een multidisciplinair integraal zorgmodel op de functionele gezondheid en kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen in verzorgingshuizen.

*Trial registratienummer:* ISRCTN11076857

## Summary

*Background:* The objective of this article is to describe the design of a study to evaluate the clinical and economic effects of a disease management model on functional health, quality of care and quality of life of persons living in homes for the elderly.

*Methods:* This study concerns a cluster randomized controlled clinical trial among five intervention homes and five usual care homes in the northwest of the Netherlands with a total of over 500 residents. All persons who are not terminally ill, are able to be interviewed and sign informed consent are included. For cognitively impaired persons family proxies will be approached to provide outcome information. The disease management model consists of several elements: (1) Trained staff carries out a multidimensional assessment of the patients functional health and care needs with the interRAI Long Term Care Facilities instrument (LTCF). Computerization of the LTCF produces immediate identification of problem areas and thereby guides individualized care planning. (2) The assessment outcomes are discussed in a multidisciplinary meeting (MM) with the nurse, primary care physician, nursing home physician and psychotherapist and if necessary other members of the care team. The MM presents individualized care plans to manage or treat modifiable disabilities and risk factors. (3) Consultation by a nursing home physician and psychotherapist is offered to the frailest residents at risk for nursing home admission (according to the interRAI LTCF). Outcome measures are Quality of Care indicators (LTCF based), Quality Adjusted Life Years (Euroqol), functional health (SF12, COOP-WONCA), disability (GARS), patients care satisfaction (QUOTE), hospital and nursing home days and mortality, health care utilization and costs.

*Discussion:* This design is unique because no earlier studies were performed to evaluate the effects and costs of this disease management model for disabled persons in homes for the elderly on functional health and quality of care.

*Trial registration number:* ISRCTN11076857

## Literatuur

1. Godlee F. Publishing study protocols: making them visible will improve registration, reporting and recruitment. *BMC News Views* 2001; 2: 4.
2. Thornton A, Lee P. Publication bias in meta-analysis: its causes and consequences. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 207-216.
3. Strauss E von, Aguero-Torres H, Kareholt I, et al. Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: a study on disability, morbidity, and mortality from the Kungsholmen Project. *J Clin Epidemiol* 2003; 56: 669-677.
4. Actiz: Verpleeghuizen & verzorgingshuizen in cijfers. 2004; [www.actiz.nl](http://www.actiz.nl).
5. NIVEL. Feiten en Cijfers, Chronisch zieken kort en bondig. Utrecht: NIVEL, 2003; [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl).
6. Burllet HM de. Ouderdom: altijd gebreken? [dissertatie]. Rotterdam: EUR, 1992.
7. Challis D, Hughes J. Frail old people at the margins of care: some recent research findings. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 126-130.
8. Lagaay AM, Meij JC van der, Hijmans W. Validation of medical history taking as part of a population based survey in subjects aged 85 and over. *BMJ* 1992; 304: 1091-1092.
9. Iliffe S, Manthorpe J, Eden A. Sooner or later? Issues in the early diagnosis of dementia practice: a qualitative study. *Fam Pract* 2003; 20: 376-381.
10. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000; 320: 569-572.
11. NCCZ, Nationale Commissie Chronisch Zieken. Chronische zieken aan zet: Tussen balans chronisch ziekenbeleid (1991-1994). Zoetermeer: NCCZ, 1994.
12. IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg: The State of Health Care: coordination of care (seamless) for chronically ill patients. Den Haag: IGZ, 2003; [www.igz.nl](http://www.igz.nl).
13. VWS. Reactie van Hans Hogervorst op het rapport Staat van zorg 2003 van de Inspectie van de Gezondheidszorg. Den Haag: VWS, 2004.
14. EDISSE. Beroerte, beroering en borging in de keten: resultaten van de EDISSE studie van drie regionale experimenten met stroke service. Den Haag: ZonMw, 2002.
15. Exel J van, Koopmanschap MA, Wijngaarden JD van, et al. Costs of stroke and stroke services: determinants of patient costs and a comparison of costs of regular care and care organised in stroke services. *Cost Eff Resour Alloc* 2003; 1: 2.
16. CVZ, College voor Zorgverzekeringen. Evaluatie van ketenzorg bij diabetes in Nederland. Report in progress, 2005.
17. NRV, Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Transmurale somatische zorg. Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer/Utrecht. NRV/CvZ, 1995; [www.rvz.net](http://www.rvz.net).
18. VTV, Volksgezondheid Toekomst Verkenning. VI Zorggebruik en Zorgbehoefte. Post D, Stokx LJ, RIVM Bilthoven (red.). Elsevier/ De Tijdstroom, 1997.
19. Nivel. Feiten en Cijfers, Vraag en gebruik: Voor welke gezondheidsproblemen wordt verpleeghuis- en verzorgingshuis gebruikt? Utrecht: Nivel, 2003; [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl).
20. Stuck AE, Egger M, Hammer A, et al. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. *JAMA* 2002; 287: 1022-1028.
21. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323: 719-725.
22. Hout H van, Nijpels G. Preventive effects of Integrated Multidisciplinary Care on disabled persons within homes for the elderly, a controlled clinical trial. Granted Research proposal for the Dutch Council of Health Research, Den Haag, 2005.
23. Pocock SJ. *Clinical Trials: A Practical Approach*. New York: Wiley, 1983.
24. WHO ICF World Health Organisation. International Classification of Functioning, Disability and Health. [www3.who.int/icf/icftemplate.cfm](http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm).
25. Frijters D, et al. Geïntegreerd gezondheids-informatiesysteem op basis van Resident Assessment Instrument. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2001; 32: 8-16.
26. Fries BE. *RUG III classification*. 1994.
27. Saliba D, Solomon D, Rubenstein L, et al. Quality indicators for the management of medical conditions in nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc* 2005; 6(3 Suppl): S36-48.
28. EuroQol Group. Euroqol – a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199-208.
29. Dolan P. Modeling valuations for EuroQol health states. *Med Care* 1997; 35: 1095-1108.
30. Nelson EC, Conger B, Douglass R, et al. Functional health status levels of primary care patients. *JAMA* 1983; 249: 3331-3338.
31. Weel C van, König-Zahn C, Touw-Otten F, et al. Measuring functional health with the COOP/ WONCA charts, a manual. Northern Centre for Health Care Research. Rijksuniversiteit Groningen, 1995.
32. Ware JE, Kosinski M, Bayliss MS, et al. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profiles and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995; 33(Suppl 4): AS264-AS279.
33. Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care from the perspective of elderly people; the QUOTE-elderly instrument. *Age Ageing* 2000; 29: 173-178.
34. Kempen G, Doeglas D, Suurmeijer Th. Het meten van problemen met zelfredzaamheid op verzorgend en huishoudelijk gebied met de Groninger Activiteiten Restrictie Schaal (GARS). Northern Centre for Health Care Research, Rijksuniversiteit Groningen, 1993.
35. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. New York/Londen: Academic Press, 1977.
36. Oostenbrink JB, Koopmanschap MA, Rutten FF. Standardisation of costs: the Dutch Manual for Costing in economic evaluations. *Pharmacoeconomics* 2002; 20: 443-454.
37. Oostenbrink JB, Bouwmans CAM, Koopmanschap MA, Rutten FFH. Handleiding voor kostenonderzoek: Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Geactualiseerde versie 2004. Den Haag: College voor Zorgverzekeringen, 2004.
38. Efron B, Tibshirani RJ. *An introduction to the bootstrap*. New York/Londen: Chapman & Hall, 1993.
39. Chaudhary MA, Stearns SC. Estimating confidence intervals for cost-effectiveness ratios: an example from a randomized trial. *Stat Med* 1996; 15: 1447-1458.
40. Hout BA van, Al MJ, Gordon GS, Rutten FF. Costs, effects and C/E-ratios alongside a clinical trial. *Health Econ* 1994; 3: 309-319.

# Mag ik mij even voorstellen...

## Nieuw redactielid Lonneke Schuurmans

Lonneke Schuurmans, redactie /

Correspondentie: [lonneke.schuurmans@zorgboog.nl](mailto:lonneke.schuurmans@zorgboog.nl)



**Graag wil ik mij via deze weg voorstellen als nieuw redactielid van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, per 1 januari 2010.**

Mijn naam is Lonneke Schuurmans, sinds maart 2009 geregistreerd als specialist ouderengeneeskunde en met veel plezier werkzaam bij Stichting de Zorgboog, standplaats Keyserinnedaal in Helmond. Mijn aandachtsgebied omvat met name psychogeriatric en probleemgedrag.

Naast specialist ouderengeneeskunde ben ik ook afgestudeerd bioloog en daardoor ook bijzonder geïnteresseerd in de biopathologische achtergronden van probleemgedrag. Mijn ervaring is dat je met kennis van die achtergronden (en dan doel ik onder andere op neurotransmitters) gericht medicatie kunt voorschrijven. Mijn ervaring is ook dat deze kennis bij de gemiddelde specialist ouderengeneeskunde enige aandacht nodig heeft.

Een ander stokpaardje van mij is het inzetten van dieren in de zorg. Voorjaar 2009 heb ik hierover een artikel gepubliceerd in het TvV en tot mijn vreugde bleek uit de respons die ik daarop kreeg, dat er al een aantal initiatieven op dit gebied zijn ontwikkeld en dat ook het verpleeghuis hiervoor openstaat. Als gevolg hiervan ben ik namens ons vakgebied toegetreden tot het platform Dieren-Helpen, een initiatief gericht op deskundigheidsbevordering op het gebied van dierinterventies. Zeer recent heb ik in dit kader een collega verzorgd aan de HBO-opleiding Diermanagement (specialisatie 'dieren in de zorg') over de specifieke doelgroep psychogeriatric.

Ik ben geïnteresseerd in alle nieuwe technische snufjes en gadgets die het leven makkelijker kunnen maken. Zo is mijn PDA heilig. Altijd alle handboeken, protocollen en andere handige documenten binnen handbereik, ook als je 's nachts tijdens de dienst gebeld wordt! Ik wacht nog steeds op het moment dat wij standaard met een PDA worden uitgerust vanuit onze organisatie.

In mijn vrije tijd probeer ik alles op tennisgebied te volgen. Ik kijk al uit naar de wedstrijden later dit jaar als Justine Henin en Kim Clijsters weer volledig meedraaien in de WTA. En gaan Roger Federer en Rafael Nadal dit jaar eindelijk hun topposities verliezen aan de jongere garde? Ik ben zelf ook actief op de tennisbaan, maar met een prijzengeld van 75 euro kan ik mijn stethoscoop nog niet aan de wilgen hangen.

Verder houd ik van lezen en ben ik op dit moment om naar de nieuwe trend: digitaal lezen via de e-reader. E-ink is wat mij betreft een geweldige uitvinding, waar we nog veel van gaan horen.

De tijd die dan nog rest, besteed ik aan mijn andere hobby: tuinieren. En het is echt zo, de dahlia is terug van weggeweest!

# Interventies ter voorkoming van beperkingen bij thuiswonende kwetsbare ouderen; een systematische literatuurstudie\*

**R. Daniels MSc.**, onderzoeker, Kenniskring Autonomie en Participatie, Hogeschool Zuyd, Heerlen / **S. Metzethin MSc.**, onderzoeker / **dr. E. van Rossum**, lector/senior onderzoeker, **prof.dr. L. de Witte**, hoogleraar / **prof.dr. G.I.J.M. Kempen**, hoogleraar / **prof.dr. W. van den Heuvel**, emeritus hoogleraar / De laatste vijf auteurs werken in de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, vakgroep Verpleging en Verzorging, Universiteit Maastricht/ De derde en de vierde auteurs werken ook voor de Hogeschool Zuyd / **Correspondentie: r.daniels@hszuyd.nl**

\*Vertaling en bewerking van 'Interventions to prevent disability in frail community dwelling elderly: a systematic review' (BMC Health Services Research, 2008, 8:278 (30 december 2008)).

## Inleiding

Kwetsbare ouderen hebben een verhoogd risico op negatieve gezondheidsuitkomsten zoals vallen, beperkingen in activiteiten, ziekenhuisopname, verpleeghuisopname en mortaliteit.<sup>1-3</sup> De toename van kwetsbare ouderen wordt gezien als één van de grootste uitdagingen voor de gezondheidszorg.<sup>4-6</sup> Er is in de literatuur veel aandacht voor ouderen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van beperkingen.<sup>7-9</sup> Beperkingen, gedefinieerd als moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven,<sup>10</sup> zorgen bij kwetsbare ouderen voor afname in kwaliteit van leven en toename van zorggebruik met gepaard gaande kosten. Verondersteld wordt dat preventie van beperkingen tot besparingen leidt.<sup>11</sup> Waar kwetsbaarheid voorheen gelijk gesteld werd aan het hebben van beperkingen of een chronische ziekte, wordt het tegenwoordig beschouwd als één van de wegen die tot beperkingen leiden en als een voorspeller van de vraag naar zorg.<sup>4</sup> Kwetsbaarheid, chronische ziekten en beperkingen hangen onderling samen en overlappen elkaar, maar kwetsbaarheid is een te onderscheiden concept. Kwetsbaarheid leidt tot beperkingen in activiteiten, niet als direct gevolg van chronische ziekten, maar door een verstoring van de balans van normale veroudering en afname van reservecapaciteiten.<sup>12,13</sup> Het conceptuele onderscheid tussen kwetsbaarheid, chronische ziekten en beperkingen schept mogelijkheden voor interventies die zich richten op het voorkomen van de kwetsbaarheid of het verminderen van de negatieve gevolgen ervan.<sup>1,4</sup>

Een breed gedragen definitie van kwetsbaarheid en heldere criteria voor kwetsbaarheid zijn niet voorhanden.<sup>1,5,14</sup> Fried et al.<sup>12</sup> ontwikkelden de 'physical frailty phenotype' en lieten zien dat ouderen die met fysie-

ke kwetsbaarheidsindicatoren als kwetsbaar geïdentificeerd werden een significant hoger risico op beperkingen en andere negatieve gezondheidsuitkomsten hadden. In het verlengde hiervan adviseert de Interventions on Frailty Working Group<sup>15</sup> de ontwikkeling en het testen van preventieve interventies voor het voorkomen van beperkingen bij fysiek kwetsbare ouderen. Selectie van kwetsbare ouderen zou moeten plaatsvinden met indicatoren als mobiliteit, kracht, balans, motorische verwerking (zoals coördinatie), voeding, uithoudingsvermogen of fysieke activiteit. De laatste 10 jaar zijn diverse effectstudies gepubliceerd over interventies die het voorkomen van beperkingen bij thuiswonende fysiek kwetsbare ouderen als doel hadden en fysieke kwetsbaarheidsindicatoren als inclusiecriteria toepasten. Een overzicht van de inhoud en effectiviteit van deze interventies ontbreekt echter. Daarom hebben wij een systematische literatuurstudie uitgevoerd naar de inhoud, de methodologische kwaliteit en effectiviteit van interventiestudies gericht op het voorkomen van beperkingen bij thuiswonende fysiek kwetsbare ouderen.

## Methode

### Zoekstrategie

Op 16 mei 2007 zijn de databases PubMed, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) en CINAHL doorzocht op gerandomiseerde en gecontroleerde klinische trials. Daarbij werd gebruikgemaakt van zoektermen zoals "frail\*", "vulnerable", "at risk", "high risk", "low functioning", en de MESH-termen "chronic disease" en "disabled persons" in combinatie met de MESH-term "aged". Zoektermen voor de uitkomstmaat *beperkingen* waren "disabil\*", "functional decline", "functional capabilit\*", "functional performance",

"independen\*" en MESH-termen "activities of daily living", "quality of life" en "well being". Om de zoekactie te beperken tot interventies die zich richtten op thuiswonende kwetsbare ouderen, werden termen als "home\*", "in-home\*", "communit\*", "independent living" en de MESH-term "primary care" toegevoegd. Referentielijsten van potentieel relevante artikelen werden handmatig doorzocht voor additionele studies. Verder werd een taalrestrictie toegepast (alleen artikelen in het Engels, Nederlands en Duits).

### Selectie criteria

Studies met thuiswonende kwetsbare ouderen als doelgroep werden ingesloten mits patiënten geselecteerd werden op basis van ten minste één van de fysieke kwetsbaarheidindicatoren zoals geadviseerd door de Interventions on Frailty Working Group.<sup>15</sup> Studies die kwetsbaarheid gelijkstelden aan de aanwezigheid van één chronische ziekte, het hebben van beperkingen, een indicatie voor zorg, of ontslag uit het ziekenhuis werden uitgesloten. Omdat de interesse uitging naar interventies die het voorkomen van beperkingen (in activiteiten) als doel hadden, werd besloten alleen studies mee te nemen die beperkingen als primaire of secundaire uitkomstmaat hadden. In deze literatuurstudie werden alleen studies ingesloten die beperkingen in termen van ADL of IADL gemeenten hadden.

### Data extractie en analyse

Een eerste voorzichtige selectie werd uitgevoerd op basis van titels van de gevonden artikelen. Bij twijfel over geschiktheid werd altijd het abstract van het artikel bekeken. De tweede (abstracts) en derde selectiefase (volledige teksten) werden onafhankelijk door twee reviewers (RD en EvR) uitgevoerd, die ieder de score *relevant*, *twijfel* of *irrelevant* aan een artikel toekenden. In geval van inconsistenties werden de scores bediscussieerd om tot consensus te komen. Eenmaal is een derde partij ingeroepen (LdW) voor het bereiken van consensus. Dezelfde reviewers voerden onafhankelijk de beoordeling van de methodologische kwaliteit van de studies uit en de data-extractie. Alle ingesloten studies betroffen gerandomiseerde onderzoeken en daarom werd de beoordeling van de methodologische kwaliteit uitgevoerd met criteria van de Cochrane Back Review Group.<sup>18</sup> Drie criteria werden verwijderd vanwege hun gebruik als inclusiecriteria in deze literatuurstudie (relevantie van de uitkomstmaat) of de lage toepasbaarheid op de geëvalueerde interventies (blinding van patiënt en blinding van de behandelaar).

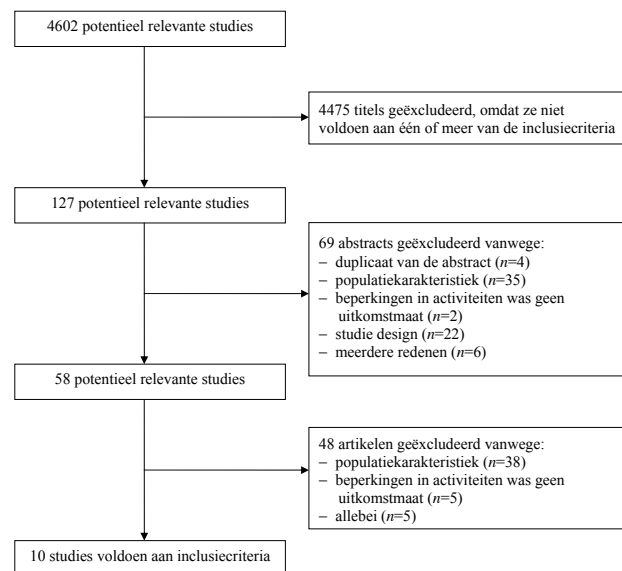
De criterialijst kent daarmee vijf beschrijvende, twee statistische en negen validiteit items. Elk item werd gescoord met '+' als voldaan was aan het criterium, '-' als niet voldaan was aan het criterium en '?' als

informatie niet of onduidelijk in het artikel was opgenomen. Scores op items voor validiteit liepen van 0 tot 9 per studie. Studies die voldeden aan meer dan de helft van de items voor validiteit, werden als 'van voldoende methodologische kwaliteit' beschouwd. Verder werden algemene kenmerken van de studies en hun resultaten beschreven.

## Resultaten

De zoekactie leverde 4602 titels op. Na screening van de titels werden 127 studies als relevant beschouwd voor verdere screening. Daarvan werden 69 studies uitgesloten omdat ze niet voldeden aan de inclusiecriteria (figuur 1). In de volgende fase, resulteerde de bestudering van 58 volledige teksten in de uitsluiting van 48 studies. De resultaten van de beoordeling van de methodologische kwaliteit van de tien geïncludeerde trials worden in tabel 1 getoond. De validiteitscores varieerden van 3 tot 7. Eén studie<sup>19</sup> kreeg op minder dan de helft van de criteria een positieve score en de methodologische kwaliteit ervan werd als onvoldoende beoordeeld. De meeste studies gaven onvoldoende informatie over de randomisatieprocedure en over de mate waarin sprake was van co-interventies. Waar het beschrijvende items betreft, werd in negen van de tien trials geen langetermijn follow-up meting ( $\geq 6$  maanden na de interventie) uitgevoerd. Zes studies rapporteerden niet over het voorkomen van bijwerkingen.

**Figuur 1**



*Verloop van het zoeken naar relevante studies*

Bij de bespreking beperken we ons verder tot de negen studies die van voldoende methodologische kwaliteit waren. De tabel met de algemene kenmerken en resultaten van de studies is in het oorspronkelijke ar-

**Tabel 1****Methodologische kwaliteit van de trials die geïncludeerd zijn**

Studie	Beschrijvend †					Statistisch		Interne validiteit								Totaal validiteit		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	?	+
Binder, 2002	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	?	?	+	-	+	+	2	6
Boshuizen, 2005	+	+	-	+	-	+	+	+	?	?	?	+	+	-	+	+	3	5
Chandler, 1998	+	+	-	+	-	+	-	+	?	+	?	?	+	+	+	+	3	6
Chin A Paw, 2001	+	+	+	+	-	+	+	+	?	+	?	+	-	-	+	+	2	5
Gill, 2002	+	+	+	+	-	+	+	+	?	+	?	+	+	+	+	+	2	7
King, 2002	+	+	+	+	-	+	+	+	?	+	?	-	+	-	+	+	2	5
Kretser, 2003	+	+	-	+	-	+	+	?	-	?	?	?	?	+	+	+	5	3
Payette, 2002	+	+	-	+	-	+	+	+	?	+	?	-	+	+	+	+	2	6
Timonen, 2004	+	+	-	+	+	+	-	+	?	+	?	+	?	+	+	+	3	6
Worm, 2001	+	-	-	+	-	+	-	+	-	?	?	+	?	+	+	+	3	5

\* +: criterium voldaan; -: criterium niet voldaan; ?: informatie niet gegeven of onduidelijk.

† Zie tabel 2 ([www.biomedcentral.com/1472-6963/8/278](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/278)) voor een gedetailleerde overzicht van de items.

tikel op te zoeken: [www.biomedcentral.com/1472-6963/8/278](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/278).

Het aantal patiënten per trial varieerde van 46 tot 188. Alle studies werden gepubliceerd tussen 1998 and 2005. Dit wijst mogelijk op de relatief nieuwe trend in het gebruik van fysieke kwetsbaarheidindicatoren voor inclusie van kwetsbare ouderen. Niet bij alle studies waren beperkingen in activiteiten de primaire uitkomstmaat. In de negen studies waren de experimentele interventies voedings<sup>20,21</sup> of bewegingsinterventies.<sup>20,22-28</sup> De studie van Chin A Paw et al.<sup>20</sup> had een factoriële opzet en evalueerde zowel een voedings- als een bewegingsinterventie. De twee voedingsinterventies richtten zich op macronutriënten<sup>21</sup> of micronutriënten.<sup>20</sup> De acht bewegingsinterventies waren single component (enkelvoudig) gericht op kracht van de onderste extremiteiten<sup>22,26</sup> of multicomponent gericht op combinaties van diverse fysieke parameters als uithoudingsvermogen, flexibiliteit, balans en kracht.<sup>20,23-25,27,28</sup> Alle interventies kunnen gekarakteriseerd worden als standaardbehandeling (in tegenstelling tot programma's die maatwerk bieden) met nadruk op fysieke condities van de patiënten, behalve de studie van Gill et al.<sup>25</sup> die behandeling individualiseerden op basis van een uitgebreid assessment en ook aanpassing van omgevingsfactoren in de interventie betrokken. De interventieduur varieerde van 10 weken tot 18 maanden. De twee langste programma's<sup>24,25</sup> stimuleerden patiënten om zelfstandig thuis oefeningen te doen en boden in de laatste 6 maanden van de interventie slechts maandelijks telefonische ondersteuning. In deze literatuurstudie wordt dergelijke ondersteuning als onderdeel van de interventie beschouwd.

De inclusiecriteria die de studies gebruikten voor selectie van patiënten, varieerden van opstaan uit een stoel, tot het afdalen van een trap, kracht van de knie-extensor, zuurstofopname, fysieke activiteit, onvrijwillige gewichtsverlies, lage BMI, negatieve uitslag van een dieettest, looptest of balanstest en mobiliteitsproblemen (de inclusiecriteria staan in tabel 4 (van het oorspronkelijke artikel: [www.biomedcentral.com/1472-6963/8/278](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/278)) vermeld). De gemiddelde leeftijd van de ingesloten patiënten varieerde van 76 tot 83. Alle trials (behalve<sup>27</sup>) rapporteren statistisch significante positieve veranderingen op fysieke parameters als totale energie-inname, gewichtstoename, kracht, mobiliteit, zuurstofopname, fysieke fitheid en balans. Verbeteringen op deze parameters leidden echter niet vanzelfsprekend tot positieve uitkomsten voor beperkingen in activiteiten van het dagelijkse leven. Slechts drie van de negen studies laten significante verschillen zien voor beperkingen ten gunste van de interventiegroep.<sup>23,25,28</sup>

Deze drie studies zijn multicomponent bewegingsinterventies. In de studie van Gill et al.<sup>25</sup> heeft de interventiegroep 6 maanden na de interventie minder functionele achteruitgang (van 2,3 naar 2,7 op een schaal van 0 tot 16) dan de controle groep (van 2,8 naar 4,2). In subgroepanalyses bleek dat deze effecten vooral werden behaald bij patiënten die mild kwetsbaar zijn, maar niet bij ernstig kwetsbare ouderen. Worm et al.<sup>23</sup> rapporteren voor de interventiegroep een grotere toename van functionele vaardigheden (van 36,4 naar 53,6 op een schaal van 0 tot 100) vergeleken met de controle groep (van 39,1 naar 43,0). In de studie van Binder et al.<sup>28</sup> heeft de interventiegroep na 9 maanden interventie minder moeilijkheden met ADL en IADL (van 26,6 naar 30,4 op een

schaal van 0 tot 36) vergeleken met de controlegroep (van 26,6 naar 27,0). Deze laatste studie<sup>28</sup> selecteerde licht tot mild kwetsbare ouderen.

## Discussie

Deze systematische literatuurstudie heeft als doel een overzicht te geven van de inhoud, de methodologische kwaliteit en effectiviteit van interventiestudies voor het voorkomen van beperkingen bij thuiswonende fysiek kwetsbare ouderen. Om de literatuurstudie mogelijk te maken werden strikte criteria voor kwetsbaarheid en beperkingen gehanteerd. Dit heeft erin geresulteerd dat recente studies die een belangrijke bijdrage leveren aan interventieonderzoek bij kwetsbare ouderen (bijv. Pahor et al.<sup>29</sup>), maar niet aan de inclusiecriteria voldeden, werden uitgesloten. Het gebruik van de term 'frailty' in de literatuur is relatief nieuw.<sup>4</sup> Hoewel handmatig gezocht is naar relevante artikelen, kunnen oudere studies gemist zijn omdat we zochten met (synoniemen voor) de term frailty. In het interpreteren van de resultaten van deze systematische literatuurstudie moet men zich realiseren dat door kleine onderzoekspopulaties studies te weinig power kunnen hebben gehad om verschil op het niveau van beperkingen aan te tonen.

In de negen studies die van voldoende kwaliteit waren, zijn geen consistente bevindingen gevonden waar het effect op beperkingen betreft.

Er is geen bewijs dat voedingsinterventies voor kwetsbare ouderen, ondanks hun effect op totale energie-inname of gewichtstoename,<sup>21</sup> resulteren in positieve effecten voor beperkingen. Drie van de acht studies naar bewegingsinterventies rapporteren positieve uitkomsten voor beperkingen. Er is geen bewijs dat krachttraining van de onderste extremiteiten, ondanks effect op kracht<sup>22,26</sup> en loopfunctie<sup>26</sup> een effect heeft op beperkingen in activiteiten. Het is wel mogelijk dat training van kracht van de onderste extremiteiten als onderdeel van een multicomponent bewegingsinterventie bijdraagt aan de effectiviteit van deze programma's.

Van de multicomponent bewegingsinterventies met focus op uithoudingsvermogen, flexibiliteit, balans en kracht rapporteren drie studies<sup>23,25,28</sup> statistisch significante effecten voor beperkingen. De interventies in de studies van Gill et al.<sup>25</sup> en Binder et al.<sup>28</sup> betreffen relatief lange programma's (respectievelijk 12 en 9 maanden) met ten minste drie oefenmomenten per week. Het effectief gebleken programma van Worm et al.<sup>23</sup> duurde 12 weken en omvatte twee oefensessies per week onder begeleiding en dagelijks 8 tot 10 minuten zelfstandig thuis oefenen. De interventie in de studie van Gill et al.<sup>25</sup> kende specifieke kenmerken in vergelijking tot de andere studies. Het is meer geïn-

dividualiseerd en richtte zich zowel op de persoon als diens omgeving en het bood begeleide oefensessies thuis gevolgd door 6 maanden zelfstandig oefenen.

De verschillen tussen de interventies maken een interpretatie over elementen die duidelijk bijdragen aan effectiviteit, moeilijk. Ofschoon (onder)voeding en fysieke parameters zoals kracht, uithoudingsvermogen en mobiliteit gezien worden als sterke indicatoren voor functionele achteruitgang bij ouderen<sup>30, 31</sup> doet zich de vraag voor of behandeling van de onderliggende mechanismen van kwetsbaarheid beperkingen in activiteiten kan voorkomen of uitstellen. Het effect van enkelvoudige voedingsinterventies op beperkingen is een eerder bediscussieerd thema.<sup>30</sup> Een systematische literatuurstudie naar proteïne en energiesupplementen in ondervoede ouderen<sup>32</sup> vond bewijs voor gewichtstoename, maar geen bewijs voor positieve effecten op beperkingen. Onze bevinding dat bewegingsinterventies voor thuiswonende fysiek kwetsbare ouderen effect hebben op intermediaire fysieke maten wordt bevestigd door andere literatuurstudies<sup>33-35</sup> die zich richtten op bewegingsprogramma's. Ook deze studies rapporteren een gebrek aan bewijs voor het effect van bewegingsprogramma's op beperkingen, suggererend dat het voorkomen van beperkingen in activiteiten een complexe aangelegenheid is waarin diverse fysieke, gedragsmatige, sociale en omgevingsfactoren een rol spelen. Deze literatuurstudie over fysiek kwetsbare ouderen geeft aanwijzingen dat langdurende hoogintensieve bewegingsinterventies een effect kunnen hebben op beperkingen in activiteiten. Additioneel onderzoek is echter nodig. Omdat er tevens indicaties zijn dat vooral milde kwetsbare ouderen voordeel hebben van bewegingsinterventies<sup>15,25</sup> is het aan te raden subgroepenanalyses uit te voeren in effectstudies bij kwetsbare ouderen.

## Conclusie

Concluderend kunnen we zeggen dat er geen bewijs is voor het effect van voedingsinterventies op beperkingen in activiteiten bij thuiswonende fysiek kwetsbare ouderen. Datzelfde geldt voor single component bewegingsinterventies gericht op kracht van de onderste extremiteiten. Er is enig bewijs dat langdurige hoogintensieve multicomponent bewegingsinterventies effect hebben op beperkingen in activiteiten voor thuiswonende *mild* fysiek kwetsbare ouderen.

## Dankwoord

Wij bedanken dr. G.A.R. Zijlstra voor haar ondersteuning in het zoeken van databases en mevrouw A. Graat-Engelen bij het verkrijgen van alle publicaties. Deze studie wordt gesponsord door de Hogeschool Zuyd en de Stichting Innovatie Alliantie (SIA).



## Samenvatting

Het doel van deze systematische literatuurstudie is het geven van een overzicht van de inhoud, de methodologische kwaliteit en de effectiviteit van interventiestudies voor beperkingen in activiteiten bij thuiswonende fysiek kwetsbare ouderen. De volgende databases zijn doorzocht: PubMed, CINAHL en Cochrane Central Register of Controlled Trials. Van de 4602 titels bleven tien studies over die aan de inclusiecriteria voldeden. Daarvan bleven negen van voldoende methodologische kwaliteit te zijn, resulterend in twee voedingsinterventies en acht bewegingsinterventies. Er werd geen bewijs gevonden voor het effect van voedingsinterventies op beperkingen in activiteiten. Van de acht bewegingsinterventies hadden er drie positieve uitkomsten op beperkingen in activiteiten. Er is geen bewijs voor het effect van krachttraining van de onderste extremiteiten op beperkingen in activiteiten. De verschillen tussen de interventies maken een interpretatie van de mogelijke effectieve elementen moeilijk. Het lijkt erop dat langdurende hoogintensieve multicomponent bewegingsprogramma's een effect kunnen hebben op beperkingen in activiteiten bij *mild* kwetsbare ouderen.

## Summary

The objective of this systematic review was to assess the content, methodological quality and effectiveness for disability of interventions for community-dwelling frail elderly. A search for clinical trials involved databases PubMed, CINAHL and Cochrane Central Register of Controlled Trials. Out of 4602 titles, ten papers remained that met the inclusion criteria. Of these, nine were of sufficient methodological quality and concerned two nutritional interventions and eight physical exercise interventions. No evidence was found for the effect of nutritional interventions on disability measures. Out of eight physical exercise interventions, three reported positive outcomes for disability. There was no evidence for the effect of single lower extremity strength training on disability. Differences between the multi-component interventions in e.g. individualization, duration, intensity and setting hamper the interpretation of the elements that consistently produced successful outcomes. There is an indication that relatively long-lasting and high-intensive multicomponent exercise programs have a positive effect on ADL and IADL disability for community-living moderate physically frail older persons.

### Literatuur

1. Aminzadeh F, Byszewski A, Dalziel WB, et al. Effectiveness of outpatient geriatric assessment programs: exploring caregiver needs, goals, and outcomes. *J Gerontol Nurs* 2005; 31(12): 19-25.
2. Storey E, Thomas RL. Understanding and ameliorating frailty in the elderly. *Top Geriatr Rehabil* 2004; 20(1): 4-13.
3. Espinoza S, Walston JD. Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleve Clin J Med* 2005; 72: 1105-1112.
4. Hooi WC, Bergman H. A review on models and perspectives on frailty in older persons. *SGH Proc* 2005; 14(2).
5. Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *J Adv Nurs* 2003; 44(1): 58-68.
6. Slaets JP. Vulnerability in the elderly: frailty. *Med Clin North Am* 2006; 90: 593-601.
7. Hardy SE, Dubin JA, Holford TR, Gill TM. Transitions between states of disability and independence among older persons. *Am J Epidemiol* 2005; 161: 575-584.
8. Boyd CM, Xue QL, Simpson CF, et al. Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women. *Am J Med* 2005; 118: 1225-1231.
9. Gill TM, Allore H, Holford TR, Guo Z. The development of insidious disability in activities of daily living among community-living older persons. *Am J Med* 2004; 117: 484-491.
10. Jette AM. Towards a common language for function, disability and health. *Phys Ther* 2006; 86: 726-734.
11. Cutler DM. Declining disability among the elderly. *Health Affairs* 2001; 20(6): 11-27.
12. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M146-156.
13. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: 255-263.
14. Rockwood K. What would make a definition of frailty successful? *Age Ageing* 2005; 34: 432-434.
15. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, et al. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 625-634.
16. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 991-1001.
17. Avlund K. Disability in old age. Longitudinal population-based studies of the disablement process. *Dan Med Bull* 2004; 51: 315-349.
18. Tulder MW van, Cherkin DC, Berman B, et al. The effectiveness of acupuncture in the management of acute and chronic low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 1999; 24: 1113-1123.
19. Kretser AJ, Voss T, Kerr WW, et al. Effects of two models of nutritional intervention on homebound older adults at nutritional risk. *J Am Diet Assoc* 2003; 103: 329-336.
20. Chin A Paw MJ, Jong N de, Schouten EG, et al. Physical exercise and/or enriched foods for functional improvement in frail, independently living elderly: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82: 811-817.
21. Payette H, Boutier V, Coulombe C, Gray-Donald K. Benefits of nutritional supplementation in free-living, frail, undernourished elderly people: a prospective randomized community trial. *J Am Diet Assoc* 2002; 102: 1088-1095.
22. Chandler JM, Duncan PW, Kochersberger G, Studenski S. Is lower extremity strength gain associated with improvement in physical performance and disability in frail, community-dwelling elders? *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79(1): 24-30.
23. Worm CH, Vad E, Puggaard L, et al. Effects of a multicomponent exercise program on functional ability in community-dwelling frail older adults. *J Aging Phys Act* 2001; 9: 414-424.
24. King MB, Whipple RH, Gruman CA, et al. The Performance Enhancement Project: improving physical performance in older persons. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 1060-1069.
25. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, et al. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med* 2002; 347: 1068-1074.
26. Boshuizen HC, Stemmerik L, Westhoff MH, Hopman-Rock M. The effects of physical therapists' guidance on improvement in a strength-training program for the frail elderly. *J Aging Phys Act* 2005; 13(1): 5-22.

# NHG-casuïstiekprijs

voor Adriaan de Kinkelder



Op 11 december 2009 werd op het NHG-congres, dat geheel gewijd was aan huisartsenzorg voor ouderen, de NHG-casuïstiekprijs uitgereikt voor de beste klinische les die in de afgelopen jaren verschenen is in *Huisarts & Wetenschap*. Van de klinische les met de titel 'Knelpunten bij de uitvoering van de palliatieve sedatie' (*H & W* 2007; 50: 695-699) is Adriaan de Kinkelder, specialist ouderengeneeskunde, de eerste auteur. Adriaan is werkzaam bij de Stichting de Riethorst Stroomland te Geertruidenberg. De overige auteurs zijn Mirjam Broes en Mick Raeven, beiden huisarts, Irmgard Kimenai, oncologieverpleegkundige, en Jos Schols, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde. De jury onder leiding van de hoofdredacteur van *Huisarts & Wetenschap*, Henk van Weert, roemde de heldere wijze waarop de in de praktijk ervaren knelpun-

ten bij de uitvoering van de palliatieve sedatie waren omschreven aan de hand van twee casus. Tevens was zij vol lof over de door de auteurs ontwikkelde aandachtspuntenkaart Palliatieve sedatie voor de behandelend arts en andere zorgverleners.

Adriaan en medeauteurs, van harte gefeliciteerd.

**De klinische les 'Knelpunten bij de uitvoering van de palliatieve sedatie' zal in het volgende nummer van het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, no. 2 2010 worden opgenomen.**

Vervolg van pagina 16

27. Timonen L, Rantanen T, Mäkinen E, et al. Effects of a group-based exercise program on functional abilities in frail older women after hospital discharge. *Aging Clin Exp Res* 2006; 18(1): 50-56.
28. Binder EF, Schechtman KB, Ehsani AA, et al. Effects of exercise training on frailty in community-dwelling older adults: results of a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1921-1928.
29. Pahor M, Blair SN, Espeland M, et al. Effects of a physical activity intervention on measures of physical performance: Results of the lifestyle interventions and independence for Elders Pilot (LIFE-P) study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61: 1157-1165.
30. Olde Rikkert MG, Rigaud AS. Malnutrition research: high time to change the menu. *Age Ageing* 2003; 32: 241-243.
31. Heuvelen MJ van, Kempen GI, Brouwer WH, Greef MH de. Physical fitness related to disability in older persons. *Gerontology* 2000; 46: 333-341.
32. Milne AC, Potter J, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk for malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev* CD003288 2005.
33. Keysor JJ, Jette AM. Have we oversold the benefit of late-life exercise? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M412-423.
34. Keysor JJ. Does late-life physical activity or exercise prevent or minimize disablement? A critical review of the scientific evidence. *Am J Prev Med* 2003; 25(3 Suppl 2): 129-136.
35. Bean JF, Vora A, Frontera WR. Benefits of exercise for community-dwelling older adults. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85(7 Suppl 3): S31-42; quiz S43-34.



## Kennistoets: Atriumfibrilleren

**De NHG-standaard Atriumfibrilleren, die in december 2009 verschenen is, geeft richtlijnen voor diagnostiek van en het beleid bij atriumfibrilleren.**

Bij atriumfibrilleren is het hartritme volledig onregelmatig en meestal versneld. De diagnose wordt gesteld op basis van een kenmerkend ECG-beeld. Na extrasystolie is atriumfibrilleren de meest frequent voorkomende hartritmestoornis. In de ouderengeneeskunde is atriumfibrilleren een zeer frequent voorkomende aandoening. Het moet niet zozeer als geïsoleerde aandoening gezien worden, maar meer als een onderdeel van het spectrum van de cardiovasculaire morbiditeit. Bij mensen van ouder dan 75 jaar in de algemene (huisartsen)populatie loopt de prevalentie op tot 4,5%. Ruim de helft van de patiënten met atriumfibrilleren is ouder dan 75 jaar.

U kunt uw kennis toetsen aan de hand van de volgende vragen. De antwoorden vindt u op bladzijde 35.

- 1 *Wat zijn de risicofactoren op het ontstaan van atriumfibrilleren?*
- 2 *Welk aanvullend laboratoriumonderzoek dient plaats te vinden?*
- 3 *Wat is de medicamenteuze behandeling bij atriumfibrilleren met als doel de ventrikelfrequentie te verlagen tot 70-90 slagen per minuut?*
- 4 *Hoe hoog is het risico op een CVA zonder antitrombotische behandeling bij patiënten met atriumfibrilleren die ouder zijn dan 75 jaar met meerdere risicofactoren?*
- 5 *In welke gevallen dient afgezien te worden van antitrombotische behandeling met een cumarinederivaat?*

# Samenwerking is troef!

## Voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde

**Drs. Willemien Fokkens**, Cratein advies Utrecht / **Drs. Marieke van Raaij**, basisarts in het Diakonessenhuis Utrecht, ten tijde van het onderzoek semi-arts ouderengeneeskunde / **Correspondentie: wfokkens@cratein.com**

### Samenwerking?

Een voorbeeld: Aan een verzorgingshuis met ongeveer 180 cliënten met een lage zorgzwaarte zijn ongeveer 30 huisartsen verbonden en één specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts). De huisartsen wonen het MDO (multidisciplinair overleg) niet bij, dat kost hen te veel tijd. Er is nauwelijks sprake van samenwerking tussen de specialisten ouderengeneeskunde en de huisartsen. De huisarts wordt gezien als hoofdbehandelaar, maar de verzorgenden spreken nogal eens de specialist ouderengeneeskunde aan als zij vragen hebben over een cliënt.

Een tweede voorbeeld: Een verzorgingshuis met een vergelijkbaar aantal bewoners en vergelijkbare zorgzwaartes, waaraan zes huisartsen verbonden zijn en één specialist ouderengeneeskunde. Een praktijkverpleegkundige is door de instelling aangesteld als spil in de samenwerking. Zij beoordeelt wanneer het nodig is om een arts te benaderen en ondersteunt de artsen door controles uit te voeren en te assisteren tijdens hun spreekuur. Omgekeerd kan de verpleegkundige het beleid van een huisarts (in overleg met de specialist ouderengeneeskunde) vertalen naar de verzorgenden. Er is tweemaandelijks een overleg tussen de betrokken partijen en de teamleiders, waarmee de samenwerking verder gestroomlijnd wordt. Zowel huisartsen als de specialist ouderengeneeskunde wonen het MDO bij.

### Welke manier van samenwerken heeft uw voorkeur? Een open deur?

Toch ligt het eerste voorbeeld dichter bij de praktijk en is het tweede voorbeeld een innovatief model dat nog geen algemene navolging heeft gevonden. Deze manier van werken levert voor alle betrokken partijen veel voordeel op in efficiëntie en effectiviteit. De locatiemanager gaf desgevraagd aan dat zij, ondanks het krappere budget in 2009, wegens zal proberen te vinden om de praktijkverpleegkundige te kunnen bekostigen. De functie betaalt zichzelf terug door de winst in efficiëntie en effectiviteit die hij oplevert.

### Nieuwe financieringsystematiek

Als gevolg van de invoering van de nieuwe zorgzwaartebekostiging op 1 januari 2009 zal de scheiding tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen langzaam verdwijnen. Cliënten met een lage zorgzwaarte zullen langer in de eigen omgeving blijven wonen. De gemiddelde zorgzwaarte van cliënten die in verzorgingshuizen (zonder toelating tot behandeling) verblijven, zal toenemen en deze cliënten zullen minder snel doorstromen naar een verpleeghuis (met toelating tot behandeling). Dit maakt dat de aanwezigheid van specialisten ouderengeneeskunde, die nu binnen verpleeghuizen integraal verantwoordelijk zijn voor de medische zorg, in de toekomst steeds vaker ook in verzorgingshuizen gewenst is.

Bij het opstellen van de tarieven voor de zorgzwaartepakketten (ZZP) is met deze ontwikkeling echter geen rekening gehouden. Alleen instellingen die zijn toegelaten voor behandeling (de huidige verpleeghuizen), ontvangen een tarief voor behandeling. Verzorgingshuizen kunnen op grond van de Beleidsregel extramurale zorg van de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) aanvullende afspraken maken over AWBZ-behandeling voor de bewoners. Niet alle zorgkantoren maken deze afspraken, terwijl bewoners van verzorgingshuizen met een ZZP 3 of hoger hierop wel recht hebben. Dit is voor sommige verzorgingshuizen een reden om de huidige betrokkenheid van specialisten ouderengeneeskunde te beëindigen of te verminderen.

### Onderzoeksopdracht

Bovengenoemde ontwikkelingen leiden voor het regiobestuur Utrecht van de beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso Utrecht) tot een aantal vragen:

- Welke zorg is nodig voor bewoners?
- Welke toegevoegde waarde heeft de specialist ouderengeneeskunde op de huisartsenzorg?
- Voor welke cliënten is bemoeienis van deze specialist noodzakelijk?

Het regiobestuur gaf aan Willemien Fokkens, consultant bij Cratein Advies, en Marieke van Raaij,

destijds semi-arts ouderengeneeskunde, de opdracht voor het doen van een verkennend onderzoek naar de samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen met de volgende onderzoeksvraag:

- Hoe kunnen cliënten met een zorgzwaartepakket met de functiebehandeling geïntegreerde algemene én specialistische medische zorg krijgen in een instelling zonder toelating voor behandeling (verzorgingshuis)?

## Onderzoeksofzet

De onderzoekers vroegen drie specialisten ouderengeneeskunde, drie huisartsen en vier locatiemanagers, allen werkzaam in dezelfde instellingen in de regio Utrecht, naar hun visie over dit onderwerp en hielden hen verschillende scenario's voor samenwerking voor. Ook werd gesproken met vertegenwoordigers van zorgverzekeraar c.q. zorgkantoor AGIS om te weten te komen welke criteria voor samenwerking deze hanteerde en of de voorstellen voor samenwerking ook op financiering konden rekenen.

## Onderzoekresultaten

De resultaten uit de interviews geven inzicht in de huidige praktijk van samenwerken, in de visie van de betrokkenen over de ontwikkelingen in de toekomst en in de samenwerkingsmodellen die dan van toepassing zullen zijn. Enkele bevindingen vallen op.

Alle respondenten herkennen onomstotelijk het belang van samenwerking tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde, ook voor cliënten met een lage zorgzwaarte. Instellingen en zorgkantoor/zorgverzekeraar zijn van mening dat cliënten met een hoge zorgzwaarte ook in een instelling zonder toelating voor behandeling de juiste zorg moeten kunnen ontvangen. Investeren (in geld en tijd) in een goede samenwerking tussen verzorgenden, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde is hierbij een voorwaarde. Verder viel op dat er geen duidelijke verschillen in inzicht en visie waren tussen de verschillende groepen van respondenten.

Drie scenario's werden voorgelegd aan de respondenten:

**S H**  
**O A**

**SO**

**SO**  
**S H**  
**O A**

In scenario 1 is voor alle bewoners van het verzorgingshuis de huisarts verantwoordelijk voor de algemene en acute medische zorg, ongeacht de zorgzwaarte. De specialist ouderengeneeskunde is er voor de medisch-specialistische (planbare) zorg. In scenario 2 is de specialist ouderengeneeskunde integraal verantwoordelijk voor alle medische zorg aan alle bewoners. Scenario 3 is een mengscenario: voor de be-

woners met een lage zorgzwaarte is de huisarts de integraal verantwoordelijke hoofdbehandelaar, voor bewoners met een hogere zorgzwaarte is dit de specialist ouderengeneeskunde.

Unaniem werd scenario 3 als het meest realistische en in de meeste gevallen ook als het meest wenselijke gezien. Sommigen zagen scenario 2 als beste scenario maar realiseerden zich dat dit niet haalbaar is, omdat er hiervoor te weinig specialisten ouderengeneeskunde zijn.

Voor de lagere zorgzwaartes wordt de huisarts als aangewezen persoon gezien voor het bieden van de algemene en acute medische zorg. Deze is volgens de geïnterviewden meer gericht op 'het managen van de ziekte' en op het oplossen van acute klachten, dit in een één-op-één relatie. Voor cliënten met een complexe zorgvraag is het belangrijk om een lange-termijn, multidisciplinair zorgplan te maken, om proactief te werken en om een team van verzorgenden te managen. Belangrijk voor hen is het zo lang mogelijk behouden van zelfredzaamheid, zelfstandigheid en kwaliteit van leven. Een specialist ouderengeneeskunde is hierin meer ervaren. Om communicatieproblemen te voorkomen lijkt het dan ook beter om voor deze cliënten een specialist ouderengeneeskunde integraal verantwoordelijk te maken. De huisarts wordt dus gezien als beste hoofdbehandelaar voor cliënten met een lage zorgzwaarte, de specialist ouderengeneeskunde als beste hoofdbehandelaar voor cliënten met een hoge zorgzwaarte.

Zowel locatiemanagers als huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde geven geen eenduidige scheidslijn aan, bijvoorbeeld op basis van zorgzwaarte, voor overdracht van het hoofdbehandelaarschap. Wanneer dit moet gebeuren is afhankelijk van de aard van de aandoening (somatisch of psychogeriatrisch), van de complexiteit van de zorgbehoefte en/of van de ervaring en specifieke kennis van de huisarts.

Het probleem van de manier van financieren vinden huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde minder relevant. Het gaat er vooral om dat men elkaar in voldoende mate weet te vinden en dat de samenwerking soepel loopt. Op dit moment wordt er weinig gebruikgemaakt van de consultatiemogelijkheid van specialisten ouderengeneeskunde. Om een cliënt op het goede moment over te dragen van huisarts naar specialist ouderengeneeskunde is onderling overleg en dus een goede onderlinge samenwerking van groot belang. De instellingen kunnen hierin ook een rol spelen. Zij kunnen de samenwerking vergemakkelijken door ervoor te zorgen dat slechts een klein aantal huisartsen betrokken is bij de cliënten van het verzorgingshuis en dat de samenwerkingsafspraken schriftelijk worden vastgelegd.

Alle respondenten verwachten dat de scheidslijn tussen extramuraal zorg en intramuraal zorg zal vervagen. Instellingsartsen (specialisten ouderengeneeskunde) zullen zich buiten de instelling gaan bewegen en meer gaan samenwerken met huisartsenpraktijken en eerstelijnsgezondheidscentra. In dit kader worden al initiatieven ontwikkeld. Eén van de geïnterviewde specialisten ouderengeneeskunde heeft bijvoorbeeld een project opgezet waarin hij buiten de instelling functioneert in samenwerking met huisartsen die hem consulteren voor complexe ouderenzorg. Deze specialist ouderengeneeskunde verwacht dat hij in de toekomst een aantal dagdelen per week visite zal lopen op zijn afdelingen in het verpleeghuis en daarnaast buiten de instelling werkzaam zal zijn via de huisartsenpraktijk. Samen met enkele huisartsen werkt hij aan een filter voor het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde zodat deze tijdig wordt ingeschakeld.

## Conclusies

De belangrijkste conclusie uit het onderzoek is dat de noodzaak tot samenwerken onmiskenbaar aanwezig is en niet onderschat mag worden. Op basis van de keuze voor scenario 3 komt een samenwerkingsmodel naar voren waarbij de huisarts hoofdbehandelaar is voor cliënten met een lage zorgzwaarte en de specialist ouderenzorg integraal verantwoordelijk is voor cliënten met een hogere zorgzwaarte, ongeacht de plek waar de cliënt woont. Duidelijk is wel dat er nog veel uitgewerkt moet worden, uit het onderzoek komt geen eenduidig model naar voren. De samenwerking staat in feite nog in de kinderschoenen.

## Aanbevelingen en blik naar de toekomst

Twee aanbevelingen liggen op basis van de resultaten van het onderzoek voor de hand. Allereerst is een vakinhoudelijke invulling van de samenwerking nodig. Het gaat onder meer om het ontwikkelen van criteria voor consultatie van een specialist ouderengeneeskunde, om kaders voor overdracht van het hoofdbehandelaarschap, om het formaliseren van de uitwisseling van gegevens (gezamenlijk medisch dossier) en om het maken van praktische afspraken omtrent de samenwerking. Daarnaast is het belangrijk kostendekkende modelovereenkomsten met de zorgverzekeraar op te stellen voor het hoofdbehandelaarschap. Verenso kan hier, in samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het voortouw nemen.

De LHV stelt in een recent gepubliceerde handreiking verschillende opties voor om de inzet van geriatrische expertise te realiseren in de eerste lijn:

- De huisarts verwijst naar en raadpleegt de specialist ouderengeneeskunde waar nodig.
- De specialist ouderengeneeskunde vervult de vol-

ledige zorg, inclusief de huisartsenzorg, voor ouderen met complexe problematiek. Dit is mogelijk nu de huisartsenzorg niet meer voorbehouden is aan huisartsen.

- Een cluster ouderenzorg is verantwoordelijk voor alle geriatrische zorg, soms inclusief de 24-uurs medische zorg. Een dergelijk cluster zou kunnen bestaan uit een specialist ouderengeneeskunde, een klinisch geriater en een ouderenspsychiater.

Een vakinhoudelijke verdieping van de samenwerking maakt deze praktisch werkbaar.

Ten tweede vraagt het organisatorische model van samenwerken nadere uitwerking. Hier ligt, voor zover het het samenwerken binnen verzorgingshuizen aangaat, een taak voor instellingen en hun brancheverenigingen (ActiZ). Het is aan hen om, in het kader van het bieden van verantwoorde zorg, samenwerkingsmodellen te ontwikkelen voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde die zichzelf terugverdienen, zoals het model waarbij een verpleegkundige wordt ingezet.

Twee modellen voor de toekomst geven we tot slot ter overdenking mee. Ze komen uit de interviews naar voren als mogelijke richting om de samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde verder uit te werken:

- Het verpleeghuis functioneert als expertisecentrum, gericht op de hoogcomplexe zorg. Expertise (i.c. de behandelaars) kan door de eerstelijnsbehandelaars worden ingekocht bij het expertisecentrum. De capaciteit die extramuraal nodig is, zal hierbij moeten worden geprognosticeerd, zowel in tijd als in vergoedingen.
- Het eerstelijnsgezondheidscentrum functioneert als expertisecentrum ouderenzorg. Specialisten ouderengeneeskunde zijn hierbij aangesloten. Doordat de huisartsenzorg niet meer voorbehouden is aan huisartsen, wordt het mogelijk dat een specialist ouderengeneeskunde de volledige eerstelijnszorg overneemt voor de complexe ouderen. Op basis van een prognose voor de behoefte aan ouderenzorg voor een bepaalde wijk wordt bepaald welk aanbod aan zorg nodig is. Expertise kan door een instelling worden ingekocht bij de eerstelijnsfunctie.

Het eerste model verdient aandacht, aangezien het een aantal belangrijke vragen voor de specialist ouderengeneeskunde oproept:

- Wanneer wil/moet hij betrokken zijn?
- Welke tijdsinvestering vraagt dit?
- Is de specialist ouderengeneeskunde dan tevens beschikbaar voor niet-planbare zorg?
- Wat is een realistisch tarief waarvoor hij ingeschakeld kan worden en hoe wordt deze vergoeding geregeld?

Antwoorden op deze vragen zetten het beroep van de specialist ouderengeneeskunde sterker op de kaart. En dat is nodig om afgestudeerden te interesseren voor de opleiding, zodat in de toenemende behoefte aan specialisten ouderengeneeskunde kan worden voorzien.

Met het tweede model wordt in de praktijk al geëxperimenteerd. Zo wordt het model waarin een verpleegkundige wordt toegevoegd als spil van de samenwerking inmiddels in diverse extramurale samenwerkingsinitiatieven toegepast. Voorbeelden zijn het Dementie Onderzoeks- en Casemanagement (DOC-)team, een initiatief van Geriant (Noord-Holland), en het Mobiel Geriatrisch Team, een initiatief van Zorgspectrum (Houten, Vianen, Nieuwegein). In beide gevallen wordt gewerkt met een flexibel inzetbaar team van psychologen, specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen, terwijl de coördinatie van de zorgketen in handen is van een casemanager. Maar ook deze voorbeelden vragen nog verdere doorwerking, zodat er een generieke samenwerkingsvorm ontstaat met een geaccepteerd financieringsmodel.

Dat de rol van de specialist ouderengeneeskunde gaat veranderen, staat vast. De naamsverandering die deze beroepsgroep recent heeft ondergaan, is hier een uiting van. De uitkomsten van het onderzoek zijn een oproep aan de beroepsgroep om niet te wachten op wet- en regelgeving en externe financiering, maar om zelf initiatieven op te starten en de nek uit te steken. 'Hart voor de cliënt' heeft Verenso ertoe aangezet het onderzoek te entameren, 'hart voor de cliënt' is ook de evidente raadgever bij het ontwikkelen en uitwerken van nieuwe samenwerkingsmodellen.

N.B. Het onderzoeksrapport 'Teamwork is troef!', van ziektegericht naar samenwerkingsgericht denken en handelen in het verzorgingshuis' is op te vragen bij de secretaris van de Verenso-regio Utrecht, dhr I. Joosen, via e-mail: [nvwaregioutrecht@gmail.com](mailto:nvwaregioutrecht@gmail.com).

#### Literatuur

1. Ross-van Dorp C. Staatssecretaris VWS. Besluit zorgaanspraken. 28 oktober 2002.
2. Zorgzwaartepakketten. Kenmerk PJ/07/2497/imz. 1 oktober 2007.
3. Kwaliteitskader verantwoorde zorg. ACTIZ, oktober 2007.
4. Bussemaker J, Staatssecretaris VWS. Zeker van zorg, nu en straks. 13 juni 2008.
5. AWBZ-kompas. juli 2008.
6. Prestatiebeschrijvingen intramurale zorg. Beleidsregel CA-237. NZa.
7. Tarieven intramurale zorg. Beleidsregel CA-233. NZa.
8. Invoering zorgzwaartepakketten 2008. Beleidsregel CA-208. NZa
9. Tarieflijst AWBZ-zorgaanbieders 2008. Bijlage bij PERP/rrow/Care/AWBZ/08/9c.
10. AWBZ-behandeling in verzorgingshuizen. brief NVVA-LOC. 21 oktober 2008.
11. Leidraad zorginkoop ZPP's 2009-2010. Gezamenlijke leidraad voor de zorgkantoren (incl. bijlagen). AGIS.
12. Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties. Beleidsregel CV-7000-4.0.-2/CA-276. NZa.

## Samenvatting

Als gevolg van de invoering van de nieuwe zorgzwaartebekostiging op 1 januari 2009 zal de scheiding tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen langzaam verdwijnen. De aanwezigheid van specialisten ouderengeneeskunde zal steeds vaker ook buiten de verpleeghuizen gewenst zijn. Een goede samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde is hierbij een vereiste. Verenso heeft in het najaar van 2008 een verkennend onderzoek laten doen naar de huidige samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen en naar hun visie voor de toekomst. Uit dit onderzoek komt naar voren dat alle geïnterviewden van mening zijn dat specialisten ouderengeneeskunde integraal verantwoordelijk moeten zijn voor cliënten met hogere zorgzwaartes, ongeacht waar zij wonen (in een verpleeghuis danwel in een verzorgingshuis). Voor cliënten met lagere zorgzwaartes is de huisarts de aangewezen persoon. Wel moet deze, indien nodig, laagdrempelig een specialist ouderengeneeskunde kunnen consulteren.

Instellingen en koepelorganisaties (en hun brancheorganisaties) hebben uit het oogpunt van verantwoorde zorg een taak om in organisatorische zin modellen voor samenwerking te ontwikkelen. Hier ligt een taak voor Verenso in samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

## Summary

The consequence of the introduction on the 1st of January 2009 of a new system of financing care costs is that the barrier between homes for the aged and nursing homes will slowly disappear. Specialists elderly care medicine (formerly nursing home physicians) will be needed more often out of the nursing homes in general practice. Therefore good cooperation between general practitioners and specialists elderly care medicine is required. In Autumn 2009 the Dutch Association of Nursing Home Physicians has asked for an investigation of present-day cooperation between specialists elderly care medicine and general practitioners and their vision on the future. All participants in this investigation have the opinion that specialists elderly care medicine must have the primary medical responsibility for elderly patients with complex care problems in spite of their residency (nursing home or home of the aged). For patients with less complex care problems the general practitioner is preferent. General practitioners must have the possibility to consult easily a specialist elderly care medicine. Professional associations have the responsibility to develop new models for cooperation between general practitioners and specialists elderly care medicine.

# Going concern

## Amuse

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

Hij hoorde ze al op de gang aankomen. Ze waren een beetje giechelend. Gert ook. Peter keek op zijn horloge. Kwart over drie. Hoe komt een gewaardeerde collega als Gert ertoe om op dit tijdstip giechelend op de gang te staan, vroeg hij zich verstoord af.

De deur van de artsenkamer zwaaide open. 'Hi there', schalde het door de ruimte.

Peter draaide zich om naar de deur. Daar stond ze, met haar armen wijd en haar ene been gebogen als danste zij in de revu. Sabine. Haar jas hing open en dat vreselijke rode mutsje bungelde in haar rechterhand. Achter haar stond Gert. Hij grijnsde breed over haar schouder en priemde zijn vinger in de richting van Peter. 'Yo, Prinsemans', groette hij joviaal.

'Ook goeiemiddag', bracht Peter met tegenzin uit, 'wat hebben jullie in vredesnaam uitgespookt?'

'Nieuwjaarsreceptie!', jubelde Sabine, terwijl zij haar jas over een stoel mikte en twee stappen in zijn richting deed, 'and where have you been, dumb!??' Peter schoof onwillekeurig een stukje naar achteren met zijn stoel. 'Eh...hier, om te werken'.

'Sukkel', klonk het van achter Sabine, 'you missed all the fun!' Gert gooide zijn jas over die van Sabine heen, iets wat Peter ineens stuitend intiem vond. Hij trok een stoel bij en ging tegenover hem zitten. 'De-briefing-time!', kondigde hij aan, 'Sabien! Shoot!'.

'Pfoeh, ik weet niet of ik me de highlights van de mission statement nog kan herinneren, hoor...'. zuchtte Sabine, ze plofte op de derde stoel neer en schopte haar pumps uit, 'but I do remember the bubbly stuff'. Ze grijnsde naar Peter. "Heerlijk, zo'n glaasje bij de lunch'.

Peter zuchtte. Dit kon nog wat worden.

'Niet zo zuchten Prinsemans! Mind you, de take home message van onze captain of industry geldt voor alle professionals!' Gert grijnsde naar hem en ging op het puntje van zijn stoel zitten. 'Dit wordt het jaar van de efficiency', vervolgde hij, 'efficiency door empowerment en cliënt-education'.

'Power to the patient', gooide Sabine in de strijd.

'And to civil society!', vulde Gert aan, 'connecting with civil society wordt core-business'.

Peter moest moeite doen om het gesprek te volgen. 'Ik dacht dat we aan care-business en cure-business deden', probeerde hij ook een duit in het zakje te doen.



Gert keek hem meewarig aan. 'Cure en care zijn OUT. 'Cure and care are sóó twothousandandnine', lichte Sabine toe.

'DBC's en outpatient-programmes zijn onze targets', Gert tikte Peter op zijn borst, 'ook die van jou'.

Peter werd overmand door een gevoel van vervreemding. Waren dit zijn directe collega's, waar hij ook in het nieuwe jaar mee moest samenwerken? Hij voelde zich een alien, een hopeloze outsider. Hij verlangde hevig naar een gewoon kopje thee met een doosje paracetamol erbij. Met moeite formuleerde hij de vraag die hem het meeste bezig hield. 'Maar, eh, Gert, hoe moet dat dan allemaal?'

'Daar volgt nog een mailing over', stelde Gert hem gerust, 'Er komen binnenkort brown-paper-sessions en een invitational conference voor alle stakeholders. Verder gaan we brainstormen met de big boss en het management tijdens een meet and greet op locatie. En ik heb begrepen dat er ook coaching on the job zal worden ontwikkeld rondom het werken met de PDCA-cyclus'.

'En vergeet de young potentials niet!', bracht Sabine ter tafel. Het leek Peter dat ze daarmee voornamelijk zichzelf bedoelde. Naar zijn idee moesten young potentials eerst maar eens gewoon het vak leren door te werken in plaats van te spelen met bruin papier en met champagne. Hij keek Gert aan. 'En hoe zit het met ons gewone dagelijkse werk?', vroeg hij onschuldig, 'is daar ook een target voor?'

Gert keek verstoord. 'Going concern? Dat is zo basic, daar staat natuurlijk niets over in het jaarprogramma', legde hij uit. Sabine keek peinzend naar Gert. 'Wat is going concern ook alweer?' Gert grijnsde vaderlijk, 'Business as usual', legde hij uit.

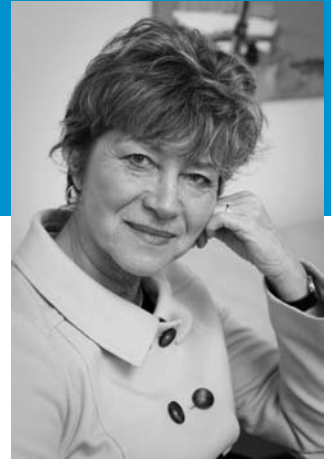
'Going concern betekent dat we vooral doorgaan met ons zórgen te maken', voegde Peter daar aan toe, en hij probeerde er ook zo vaderlijk mogelijk bij te grijzen.



5 vragen aan ...

# Myrra Vernooij-Dassen

Jos Konings. Correspondentie: jkonings@zuwe.nl



**Prof.dr. Myrra Vernooij-Dassen is sinds 2007 hoogleraar Psychosociale aspecten van zorg voor kwetsbare ouderen. Zij is als medisch socioloog werkzaam bij verpleeghuis Kalorama en bij de afdelingen IQ healthcare en Eerstelijns geneeskunde/ouderengeneeskunde van het Universitair Medisch Centrum St Radboud. Zij is tevens principal investigator in het Nijmegen Centrum voor Evidence Based Practice en directeur van het Alzheimer Centrum Nijmegen. Zij is chair van Interdem, een Europese groep onderzoekers die zich bezighoudt met psychosociale interventies bij mensen met dementie en hun naasten.**

*Je inaugurele rede had de titel 'Het is zaliger te geven dan te ontvangen'. Je stelt daarin onder andere: 'Het niets kunnen geven als je iets krijgt, kan ten koste gaan van gevoelens van eigenwaarde.' En verder: 'Ondersteuning werkt als de ontvanger van hulp een actieve rol speelt.' Veel mensen met dementie die in het verpleeghuis zijn opgenomen, lijken het stadium om nog een actieve rol te kunnen vervullen gepasseerd te zijn.*

## 1 Hoe zou je willen dat in het verpleeghuis werkzame professionals met dit gegeven omgaan?

Actief zijn verwijst naar een betrokkenheid met de hulp die men ontvangt. Ook in het verpleeghuis zijn mensen nog lang in staat voorkeuren aan te geven of duidelijk te maken dat men iets niet wil. Het is van belang dat professionals oog hebben voor voorkeuren van mensen, dat zij bewoners helpen hun voorkeuren aan te geven en te respecteren wat men niet wil. Daartoe moet het gevoel van eigenwaarde voorop worden gesteld. Het uiten van waardering voor wat iemand kan en het oog hebben voor wat iemand wil geven zijn eenvoudige en belangrijke middelen die professionals ter beschikking staan.

*Mantelzorgers, in bijzonder van mensen met dementie, gaan ver in het zichzelf wegcijferen. Zij lijden, zo is aangetoond, zeer frequent aan depressieve symptomen, hebben een verhoogd gezondheidsrisico en verhoogde sterftekans. Toch zijn er nog steeds mantelzorgers die hulp en ondersteuning van professionals afwijzen.*

## 2 Hoe beoordeel je de effecten van de interventies die er op dit gebied in de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden?

Het wordt steeds duidelijker dat psychosociale interventies effect hebben als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen, zoals gericht zijn op de voorkeuren van iemand en de mogelijkheid om keuzen te maken tussen vormen van hulpverlening. Het is eveneens duidelijk dat niet iedere hulp helpt en dat niet alle hulp welkom is. Als meer rekening wordt gehouden met de 'neveneffecten', in de vorm van de nadelen voor het gevoel van eigenwaarde zullen psychosociale interventies nog effectiever kunnen worden.

## 3 Naar welke aspecten van mantelzorgondersteuning vind je dat in de nabije toekomst speciale aandacht uit moet gaan?

De redenen van het weigeren van hulp en de positieve effecten van het geven van hulp. Verder moeten effectieve psychosociale interventies zoals ergotherapie thuis op grote schaal worden geïmplementeerd. In verpleeghuizen en verpleeghuisonderzoek moeten mantelzorgers meer aandacht krijgen. Mantelzorgers en bewoners willen vaak samen zijn, al is de belasting van volledig samenleven voor de mantelzorger niet meer te dragen. Van belang is na te gaan wat mantelzorgers samen met hun partner of ouder willen doen en welke behoeften aan ondersteuning zij zelf hebben.

*Anne-Mei The werkt aan een nieuw verpleeghuiszorg-concept dat zijn uitvoering moet krijgen in de Martha Flora Huizen. Volgens haar hebben verpleeghuizen die een goede kwaliteit van zorg willen bieden aan mensen met dementie, onvoldoende financiële middelen vanuit het huidige overheidsbudget. Goede zorg vraagt om extra kwantitatieve en kwalitatieve inzet van personeel en dat kost dus extra geld.*

**4** *Zijn we met zijn allen niet veel te braaf door zonder te protesteren maar door te gaan met zorgverleners ondanks de kwantitatieve en kwalitatieve personeelsschaarste? Of zie je ook in de huidige situatie lichtpuntjes en vind je dat Anne-Mei The de zaken overdreven voorstelt?*

Het is van belang dat er voldoende budget is, maar dat is niet het enige. Ook nu kan de zorg wat betreft bejegening worden verbeterd. Sommige professionele hulpverleners kunnen dit van nature, maar opleiding en bewustmaking ook van wat zij al goed doen stimuleert betere zorg. Opleiding is een eerste vereiste, vooral om zodanig met bewoners om te gaan dat zij hun eigenwaarde behouden en de zorg accepteren die ze nodig hebben. Het gaat om opleiding van artsen, verzorgenden en verpleegkundigen. Ook de bedrijfs-cultuur is van belang, een stimulerende leidinggevend met ambitie voor betere zorg kan veel in beweging

brengen. Geld alleen is niet voldoende. Er moet een goed bestedingsplan zijn met aandacht voor voor-noemde zaken.

**5** *Welke onderwijs- en onderzoeksambities heb je voor het resterende deel van je academische loopbaan?*

Verbeteren van psychosociale interventies waarbij meer rekening wordt gehouden met de moeite met het accepteren van hulp en het in stand houden van het gevoel van eigenwaarde. En dan natuurlijk het toetsen van de effecten hiervan en het implementeren van succesvolle interventies. In het onderwijs wil ik graag overdragen dat de kwaliteit van leven van zeer kwetsbare ouderen ook nog steeds gunstig kan worden beïnvloed door een adequate bejegening.

*De kwaliteit van leven  
van zeer kwetsbare ouderen  
kan gunstig worden  
beïnvloed door een adequate  
bejegening*

# Hoe denken huisartsen in Zeeland over samenwerking met verpleeghuisartsen in de eerste lijn?\*

**Luc Van Houdt**, specialist ouderengeneeskunde, SVRZ - Centrum voor zorg en reactivering 't Gasthuis, Middelburg / **dr. Sytse Zuidema**, specialist ouderengeneeskunde/senior onderzoeker, afdeling Eerstelijngeneeskunde – UMC St Radboud, Nijmegen / **drs. Els Derksen**, verplegingswetenschapper/beleidsmedewerker, Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen, afdeling Eerstelijngeneeskunde – UMC St Radboud, Nijmegen / **prof.dr. Roy Remmen**, huisarts, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen / **prof.dr. Jos Schols**, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht UMC / **Correspondentie: luc\_vanhoudt@telfort.nl**

\* Aangezien het onderzoek waarop dit artikel gebaseerd is, heeft plaatsgevonden vóór de naamswijziging van de beroepsgroep, wordt in dit artikel nog van verpleeghuisarts en verpleeghuisgeneeskunde gesproken in plaats van specialist ouderengeneeskunde en speciale ouderengeneeskunde.

## Inleiding

De medische zorg voor ouderen is een belangrijk maatschappelijk aandachtspunt bij het begin van deze eeuw. De dubbele vergrijzing en toenemende comorbiditeit vragen extra inspanningen van alle beschikbare zorgverleners.<sup>1,2</sup> Huisartsen zijn van oudsher actief voor thuis en in het verzorgingshuis wonende ouderen. Zij hebben hier gewoonlijk de regie over de medische zorg. Verpleeghuisartsen waren tot nog toe hoofdzakelijk in het verpleeghuis actief en verder in verzorgingshuizen, maar dan meestal als consulent in de aanvullende zorg. Voor gerontopsychiatrische problemen kan de huisarts een beroep doen op sociaal geriater en voor palliatieve problemen op de referentieartsen van een consultatief palliatief team: beiden werken ook extramuraal. In ziekenhuizen nemen klinisch geriater, internisten en diverse orgaanspecialisten de acute ouderenzorg voor hun rekening. In 2007 fuseerden de beroepsgroepen van verpleeghuisartsen en sociaal geriater. Vanaf midden 2009 worden deze artsen *specialist ouderengeneeskunde* genoemd.<sup>3</sup> In dit artikel gebruiken we nog de oude benamingen.

Deze verschillende beroepsgroepen formuleerden in de loop van het voorbije decennium standpunten, handreikingen en takenpakketten waarin hun werkterrein wordt beschreven.<sup>4-6</sup> Opvallend in het takenpakket van de verpleeghuisarts/sociaal geriater is de verbreding van de doelgroep naar alle chronisch zieken en ouderen met complexe problematiek, ongeacht de plaats waar zij verblijven (dus ook extramuraal). Daarmee komen zij op het werkterrein van de huisarts. Het is niet verwonderlijk dat de terreindiscussie die voorheen al sluimerde, hiermee dreigt toe te nemen.<sup>7</sup>

In 1991 al vroeg Spreeuwenberg zich in het kader van de substitutiezorg af of huisartsen toezicht (van de verpleeghuisarts) nodig hadden.<sup>8</sup> Uit het scriptieonderzoek van Nagy in 1994 bleek dat huisartsen en verpleeghuisartsen niet tevreden waren over de samenwerking en dat de meerderheid van de huisartsen vond dat een consult door de verpleeghuisarts bij een patiënt in een verzorgingshuis slechts zelden aangewezen was.<sup>9</sup> Schols stelde in zijn promotieonderzoek dat er eind jaren negentig nauwelijks sprake was van breed verspreide zorginhoudelijke samenwerking hoewel huisartsen én verpleeghuisartsen de noodzaak daartoe wel aanvoelden.<sup>10</sup>

Verpleeghuisartsen denken dat ze samen met hun multidisciplinaire team, een zinvol antwoord kunnen geven op de toenemende zorgvraag van patiënten buiten het verpleeghuis. Toch wordt er minder gebruikgemaakt van hun kennis en expertise dan 10 jaar terug, misschien omdat huisartsen weinig vertrouwd zijn met de mogelijkheden van de verpleeghuisarts.<sup>11</sup>

In dit onderzoek vroegen we ons af hoe huisartsen aankijken tegen samenwerking met verpleeghuisartsen in de zorg voor ouderen met complexe problematiek die thuis of in een verzorgingshuis wonen. We probeerden ook te achterhalen welke factoren deze zienswijze beïnvloeden.

Het onderzoek vond eind 2007 plaats in Zeeland, een provincie met een uitgesproken plattelandskarakter. Slechts vier gemeenten hebben meer dan 30.000 inwoners. Begin 2008 waren in Zeeland ruim 67.000 in-

woners ouder dan 65 jaar; dit is 17,7% van de bevolking tegenover 14,7% in Nederland.<sup>12</sup> Eind 2007 telde deze provincie 195 huisartsen, 19 geregistreerde verpleeghuisartsen en 1 sociaal geriater. Daarnaast waren nog 3 verpleeghuisartsen in opleiding en 7 andere artsen werkzaam in verpleeghuizen.

## Methodes

Om het onderzoek voor te bereiden bezocht de eerste auteur 18 van de 20 huisartsen van Schouwen-Duiveland, een gemeente met ruim 34.000 inwoners in het noorden van Zeeland, voor een oriënterend gesprek waarin ouderenzorg en samenwerking met verpleeghuisartsen centraal stond. Markante uitspraken werden meteen na elk interview opgeschreven als veldnotities.

De informatie uit de literatuur en deze gesprekken waren de basis voor het opstellen van een schriftelijke enquête die aan alle Zeeuwse huisartsen werd gestuurd.

In de enquête werd naast demografische gegevens (18 items) gevraagd hoe huisartsen hun taak zien in de ouderenzorg, of de randvoorwaarden hiervoor (kennis, tijd en financiering) voldoende zijn ingevuld, hoe ze bestaande samenwerkingsvormen – vooral substituetiezorg of aanvullende verpleeghuiszorg – ervaren en of ze ruimte zien voor samenwerking. De vragenlijst bestond grotendeels uit stellingen (36 items) waarbij respondenten op een 5-punt Likert-schaal konden antwoorden of ze het met een stelling (helemaal) eens of (helemaal) oneens waren of geen mening hadden. Ten slotte werd gepeild naar de meerwaarde van verpleeghuisartsen (20 items) zoals huisartsen dit ervaren (Likert-schaal gaande van 'zeer laag', over 'laag', 'matig' en 'hoog' tot 'zeer hoog'). Aspecten als specifieke kennis en beschikbaarheid (mogelijkheid om huisbezoeken te doen) kwamen hierbij aan bod.

De resultaten werden geanalyseerd met SPSS, versie 12.0.1. Voor verschillen tussen groepen werd de Chi-kwadraattoets gebruikt ( $p < 0,05$ ).

**Tabel 1 Demografische kenmerken van de respondenten (in %, aantal respondenten = 102)**

Leeftijd	25-34 6%	35-44 23%	45-54 50%	55-64 22%
Geslacht	man 84%	vrouw 16%		
Kwalificatie	basisarts 1%	zelfstandig HA 89%	AIOS 1%	HIDHA 9%
Werktijd	voltijds 76%	deeltijds 24%		
Jaren ervaring als huisarts	99 respondenten hebben gemiddeld 17,3 jaar werkervaring als huisarts			
Praktijkligging	dorp 55%	kleine stad 27%	grote stad (> 30.000 inwoners) 17%	
Praktijkvorm	solo 42%	duo 28%	groep 18%	HOED 13%
Apotheekhoudend	ja 45%	nee 55%		
Praktijkondersteuner	ja 77%	nee 23%		
Regio	Tholen 6%	Noord-Beveland 4%	Schouwen-Duiveland 15%	
	Walcheren 30%	Zuid-Beveland 20%	Zeeuws-Vlaanderen 26%	
Verzorgingshuis in waarnemgebied	nee 19%	ja, HA behandelaar 78%	ja, VPHA behandelaar 4%	

## Resultaten

### Gesprekken

Door de opzet van de oriënterende gesprekken (informeel en niet-gestructureerd) zijn deze niet geschikt voor verdere analyse. Toch kunnen sommige markante uitspraken aanwijzingen geven over de manier waarop huisartsen denken over verpleeghuisartsen en verpleeghuisgeneeskunde (zie kader op pagina 30).

### Enquête

Van de 195 huisartsen in Zeeland hebben er 102 de enquête teruggestuurd (respons 52%). De demografische gegevens van deze artsen zijn verzameld in tabel 1.

De mening over wie de regie moeten houden of wie hoofdbehandelaar is, varieert al naargelang de setting en de onderliggende problematiek. Drie situaties wer-

den bevestigd: ouderen in een verzorgingshuis, ouderen met aanvullende verpleeghuiszorg in een verzorgingshuis en ouderen met dementie in kleinschalige woonvormen. Zie figuur 1.

Het overlaten van de medische zorg voor ouderen met complexe problematiek in verzorgingshuizen aan verpleeghuisartsen zou voor 61% van de respondenten een inhoudelijke verarming van hun werk betekenen. De zorg voor deze patiëntengroep behoort volgens 74% tot het takenpakket van de huisarts en bezorgt 77% veel werkverdoening.

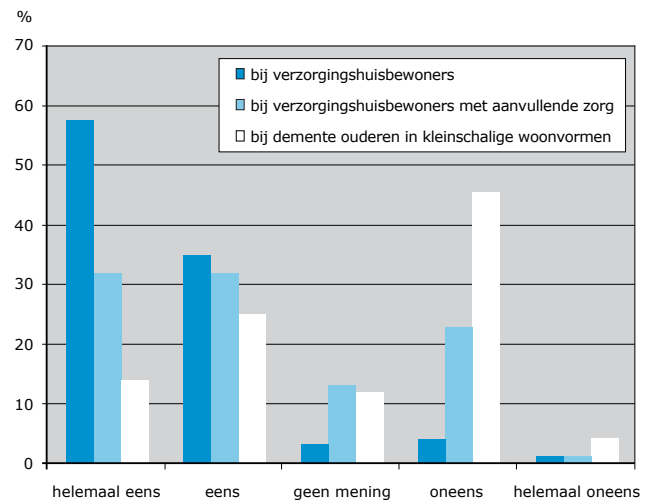
Van de respondenten denkt 75% dat ze door hun opleiding en regelmatige nascholing voldoende kennis hebben om de medische zorg op te nemen van ouderen met complexe problematiek maar 79% meent dat kennis, attitude en vaardigheden van huisarts en ver-

pleeghuisarts complementair zijn. Zie tabel 2. De kaderopleiding ouderengeneeskunde voor huisartsen is bekend bij 35% van de respondenten (36 huisartsen). 8 daarvan vinden die opleiding nodig om ouderen in een verzorgingshuis goede medische zorg te kunnen bieden. Van die 36 huisartsen vinden 31 het interessant om een kaderhuisarts ter beschikking te hebben voor advies, maar 34 vinden niet dat de mogelijkheid om advies te vragen aan een verpleeghuisarts die opleiding overbodig maakt.

Bij 48% van de respondenten vraagt complexe ouderenzorg meer tijd dan ze er momenteel aan kunnen besteden en 54% denkt dat het overlaten van deze patiëntengroep aan verpleeghuisartsen extra tijd oplevert voor andere taken binnen de huisartsgeneeskunde. Zie tabel 3.

Van de respondenten meent 77% dat de complexe ouderenzorg door huisartsen onderbetaald wordt in verhouding tot de tijd die daarvoor nodig is. En 57% is niet bang dat het overlaten van deze patiëntengroep aan verpleeghuisartsen een belangrijk financieel verlies met zich mee zou brengen. Zie tabel 4. Bij niet-apotheekhoudende huisartsen is dit deel groter dan bij apotheekhoudende huisartsen (70% t.o.v. 42%;  $p=0,04$ ).

**Figuur 1**



*Figuur 1: De regie over de medische zorg hoort bij de huisarts (aantal respondenten in % - n=101)*

Huisartsen maken niet vaak gebruik van de module Modernisering en Innovatie van de NZa-tariefenshikking<sup>13</sup> voor huisartsen met betrekking tot de ouderenzorg: 76 huisartsen weten van het bestaan af en 44 huisartsen kennen de opties. 15 huisartsen hebben een M&I-contract 'ouderenzorg' afgesloten met zorgverzekeraars.

**Tabel 2 Randvoorwaarden: Kennis (in %, aantal respondenten = 102)**

	helemaal eens	eens	geen mening	oneens	helemaal oneens
Ik heb door mijn opleiding en nascholing voldoende kennis verworven voor complexe ouderenzorg	8,9	66,3	10,9	13,9	0,0
Kennis, attitude en vaardigheden van HA en VPHA met betrekking tot ouderenzorg zijn complementair aan elkaar	23,8	55,4	12,9	6,9	1,0

**Tabel 3 Randvoorwaarden: Tijd (in %, aantal respondenten = 102)**

	helemaal eens	eens	geen mening	oneens	helemaal oneens
Complexe ouderenzorg vraagt meer tijd dan ik er momenteel aan kan besteden	2,9	45,1	11,8	37,3	2,9
Wanneer HA's de complexe ouderenzorg zouden overlaten aan VPHA's dan biedt dit mij extra comfort en tijd om te besteden aan andere belangrijke taken binnen de HA-geneeskunde	5,0	48,5	14,9	28,7	3,0

**Tabel 4 Randvoorwaarden: Financiële vergoeding (in %, aantal respondenten = 102)**

	helemaal eens	eens	geen mening	oneens	helemaal oneens
Complexe ouderenzorg wordt onderbetaald in verhouding tot de tijd die daarvoor nodig is	15,7	60,8	17,6	5,9	0,0
Wanneer HA's de complexe ouderenzorg zouden overlaten aan VPHA's dan zou dit voor mij een belangrijk financieel verlies betekenen	1,0	16,7	25,5	49,0	7,8

Het overgrote deel van de huisartsen zou het waarderen wanneer verpleeghuisartsen op hun verzoek een huisbezoek brengen bij oudere patiënten met complexe problematiek, zowel bij gedragsproblemen (86%) als bij somatische problemen (84%). Spreekuur door de verpleeghuisarts in de praktijk van de

huisarts kan op minder bijval rekenen: amper 24% staat hier positief tegenover. Zie tabel 5.

Huisartsen werken liever samen met verpleeghuisartsen die verbonden zijn aan een verpleeghuis (67%) dan met vrijgevestigde verpleeghuisartsen (4%).

**Tabel 5 Samenwerking met huisartsen (in %, aantal respondenten = 100)**

	helemaal eens	eens	geen mening	oneens	helemaal oneens
Het zou waardevol zijn als HA's voor ouderen met gedragsproblemen een verpleeghuisarts in consult kunnen vragen d.m.v. een huisbezoek	27,0	59,0	7,0	6,0	1,0
Het zou waardevol zijn als HA's voor ouderen met somatische problemen een verpleeghuisarts in consult kunnen vragen d.m.v. een huisbezoek	31,0	53,0	6,0	9,0	1,0
Het zou voor ouderen met complexe problematiek waardevol zijn als een VPHA bij hun HA in de praktijk op regelmatig basis spreekuur zou houden	9,0	15,0	28,0	42,0	6,0

Als het over hun meerwaarde gaat, dan scoren verpleeghuisartsen in vergelijking met klinisch specialisten voor somatische problemen vooral hoog voor wat betreft het aspect beschikbaarheid.

Voor gedragsproblemen scoren verpleeghuisartsen hoog in vergelijking met klinisch specialisten, zowel voor het aspect kennis én beschikbaarheid.

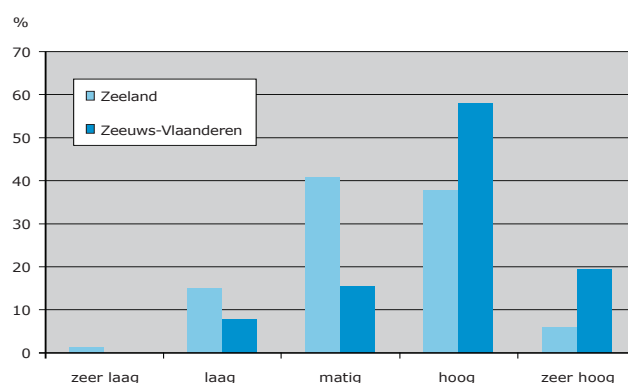
Desondanks hebben huisartsen bij gedragsproblemen meer vertrouwen in de deskundigheid van sociaal geriateren of van sociaal psychiatisch verpleegkundigen. Voor palliatieve problemen wordt de deskundigheid van leden van een consultatief palliatief team meer op prijs gesteld. De verpleeghuisarts scoort voor deze specifieke problemen slechts matig. Zie tabel 6.

**Tabel 6 Voor ouderen met complexe problematiek schat ik de meerwaarde van de VPHA (in %, aantal respondenten = 99-101)**

	zeer laag	laag	matig	hoog	zeer hoog
Voor medische problemen in het algemeen t.o.v. huisartsen (gemiddeld in Zeeland)	1,0	14,9	40,6	37,6	5,9
Voor medische problemen in het algemeen t.o.v. huisartsen (regio Zeeuws-Vlaanderen) (n=26)	0,0	7,7	15,4	57,7	19,2
Voor gedragsproblemen t.o.v. klinisch specialist (kennis)	0,0	3,0	24,2	67,7	5,1
Voor gedragsproblemen t.o.v. klinisch specialist (beschikbaarheid)	1,0	3,0	21,2	68,7	6,1
Voor somatische problemen t.o.v. klinisch specialist (kennis)	0,0	17,2	46,5	36,4	0,0
Voor somatische problemen t.o.v. klinisch specialist (beschikbaarheid)	0,0	10,1	31,3	52,5	6,1
Voor gedragsproblemen t.o.v. de sociaal psychiatisch verpleegkundige en/of sociaal geriater (kennis)	1,0	14,3	53,1	29,6	2,0
Voor palliatieve problemen t.o.v. een referentiearts van het consultatief palliatief team (kennis)	2,0	22,4	52,0	18,4	5,1

Wat de meerwaarde van verpleeghuisartsen t.o.v. huisartsen betreft, is er een opvallend verschil tussen de resultaten voor de provincie Zeeland en die voor de regio Zeeuws-Vlaanderen waar die meerwaarde significant hoger wordt ingeschat ( $p=0,003$ ). Zie figuur 2.

**Figuur 2**



*Figuur 2: Meerwaarde van de verpleeghuisarts t.o.v. de huisarts in Zeeland en in Zeeuws-Vlaanderen (aantal respondenten in % - aantal huisartsen in Zeeland n = 102 - aantal huisartsen in Zeeuws-Vlaanderen n = 26)*

## Beschouwing

De resultaten van dit onderzoek illustreren het spanningsveld dat ontstaat wanneer door maatschappelijke veranderingen andere eisen worden gesteld aan betrokken beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Op een flexibele manier omgaan met veranderingen in het takenpakket is niet gemakkelijk. De vrees voor inperking van het werkterrein maar ook onbekendheid met het aanbod heeft tot gevolg dat samenwerking maar schoorvoetend op gang komt, hoewel de noodzaak hiervoor algemeen erkend wordt en vermoedelijk alleen maar zal toenemen.<sup>2</sup>

Op basis van dit onderzoek mogen we concluderen dat Zeeuwse huisartsen openstaan voor samenwerking met verpleeghuisartsen; sommigen zijn zelfs vragende partij om samenwerkingsinitiatieven op te starten. Voor constructies die te dichtbij komen, zoals spreekuur van de verpleeghuisarts in de huisartspraktijk, bestaat nog behoorlijk wat koudwatervrees.

Wat ten opzichte van de jaren negentig nauwelijks is veranderd, is de verwachting van huisartsen dat zij de regie over de medische zorg in de eerste lijn kunnen behouden.<sup>9,10</sup> Deze verwachting is minder uitgesproken als de problematiek complexer wordt, bijvoorbeeld bij aanvullende verpleeghuiszorg of in kleinschalige woonvormen voor demente ouderen. Dit strookt niet met het NHG-standpunt ouderenzorg: *'Ook moet worden ganticpeerd op de nieuwe ontwikkeling dat verpleeghuiszorg kleinschaliger, in de wijk, wordt aangeboden; daar is geen rol van de verpleeghuisarts meer, maar van de huisarts als behandelaar...'*<sup>14</sup> In de LHV-handreiking worden problemen op de werkvloer en de zware werkbelasting die ouderenzorg met zich meebrengt, aangevoerd om genuanceerd te kijken naar die regiefunctie: *'Huisartsen besteden steeds meer tijd aan ouderen en zullen desalniettemin nog vaak het gevoel hebben tekort te schieten. Patiënten, verzorgingshuizen, verpleeghuisartsen, thuiszorg en anderen verwachten meer van de huisarts en willen meer samenwerking en afstemming. En zo is iedereen ontevreden.'*<sup>15</sup> Beide organisaties willen het beroep van huisarts faciliteren en werken daarin complementair: het NHG door de kennis aan te scherpen en het vak meer inhoud te geven; de LHV door te ijveren voor betere werkvoorwaarden: tijd en financiering. De LHV-handreiking dateert van 2004: toen was er een relatieve schaarste en de huisarts was nog drukker bezet dan vandaag. De aanzet tot de toekomstvisie van het NHG werd gegeven in 2005-2006. De (financiële) onzekerheid toen, i.v.m. de omvorming van de Zorgverzekeringswet, heeft misschien toch meegespeeld bij de scherpere terreinafbakening in hun standpunt maar mogelijk ook de basismissie uit het Woudschotenrapport (continue, integrale en persoonlijke zorg).<sup>14</sup>

Driekwart van de huisartsen denkt van zichzelf voldoende kennis te hebben om complexe ouderenzorg op zich

## Markante uitspraken (veldnotities)

- Praktijkondersteuners, allemaal goed en wel, maar ik wil zélf met mijn patiënten praten over ziekte en gezondheid, over pijn en verdriet, over leven en dood ...
- Als er regionaal overeenstemming is en als de zorg te zwaar wordt, dan wil ik best mijn patiënten in verzorgingshuizen afstaan aan verpleeghuisartsen: de zorgbehoefte moet bepalend zijn voor de taakverdeling.
- Patiënten overlaten aan verpleeghuisartsen als de zorg te zwaar wordt of te tijdrovend, vinden we geen optie. Dit valt immers erg moeilijk voor patiënten waar je jarenlang voor gezorgd hebt en waarmee je een relatie hebt opgebouwd.
- Het is best mogelijk dat sommige ouderen tekort komen als ze alleen op huisartsenzorg een beroep kunnen doen.
- Verpleeghuisartsen, zijn dat niet de artsen die liever klinisch werken maar die niet ambitieus genoeg zijn om een écht specialisme te leren?
- Samen patiënten bespreken, eventueel aan het bed van de patiënt, is altijd beter dan telefonisch. Ik heb mijn spreekuur in het verzorgingshuis verzet om op hetzelfde tijdstip als de verpleeghuisarts aanwezig te zijn.
- Dat een verpleeghuisarts die huisarts wil worden, een bijkomende opleiding moet volgen: dat is evident. Maar omgekeerd: nee, ik zou niet weten waarom.
- Een multidisciplinair overleg bijwonen, ja, interessant ... maar dan laat op de middag en niet in de zomer want dan is het te druk vanwege de toeristen.
- Verpleeghuisartsen zouden eigenlijk de eer aan zichzelf moeten houden en niet meer meewerken aan een model (aanvullende verpleeghuiszorg) waarbij van hen verwacht wordt dat zij zorg verlenen zoals in een verpleeghuis maar met veel te laag gekwalificeerd personeel.
- Verpleeghuisartsen staan in dienst van grote organisaties die macht en invloed willen in de zorg. Niet te vertrouwen dus.

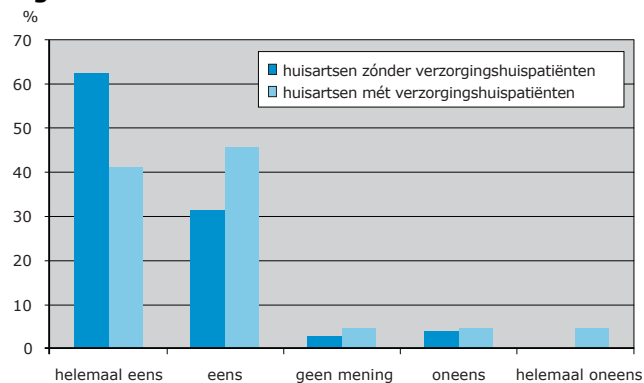
te nemen maar geeft ook toe dat de kennis en expertise van de verpleeghuisarts voor deze doelgroep complementair is. Bijna de helft van de huisartsen zit in tijdsnood wat de vrees doet toenemen dat ouderen met complexe problematiek tekort komen. Er lijkt ook een verband te bestaan tussen de werkdruk die huisartsen ervaren, met name bij de zorg voor ouderen met psychische stoornissen, en het feit dat ze minder geneigd zijn om de regie in handen te houden bij demente ouderen in kleinschalige woonprojecten (figuur 1).<sup>15</sup> Een andere manier om de beschikbare tijd optimaal te gebruiken, is het proactieve werk over te laten aan praktijkverpleeg-

kundigen die geriatrisch geschoold zijn.<sup>16</sup> Zij kunnen systematisch ouderen met complexe problematiek opsporen en zo nodig een vinger aan de pols houden.

Twee derde van de huisartsen meent dat de vergoeding voor complexe ouderenzorg onvoldoende is in verhouding tot de benodigde tijd. Uit sommige resultaten kan worden afgeleid dat financiële argumenten minder belangrijk zijn om de regie op te eisen: bijvoorbeeld huisartsen zónder patiënten in een verzorgingshuis vinden toch dat de regie daar bij de huisarts hoort (figuur 3). Dat financiële aspecten minder zwaar wegen én de beperkte beschikbare tijd verklaren misschien waarom zo weinig contracten worden afgesloten voor de onderdelen 'ouderenzorg' uit de module Innovatie en Modernisering van de tariefschikking voor huisartsen:<sup>13</sup> het invullen van deze onderdelen vraagt immers een behoorlijke inspanning. Dat is jammer want zo gaan er geld en mogelijkheden verloren om de zorg kwalitatief te verbeteren. Huisartsen kunnen deze extra financiële middelen gebruiken voor de inzet van een geriatrisch geschoolde praktijkondersteuner of zelfs een verpleeghuisarts. Wellicht is dit niet haalbaar voor een individuele huisarts maar voor groepspraktijken, een HOED (huisartsen onder een dak), een consortium of coöperatie liggen hier mooie kansen. Een verpleeghuisarts in dienst van een huisartsengroep kan ouderen met complexe problematiek die nog thuis wonen, begeleiden en de praktijkondersteuner coachen. Verpleeghuisartsen zijn niet veel duurder dan HIDHA's (huisartsen in dienst van een huisarts) en hoeven niet uitsluitend bekostigd te worden vanuit de Zorgverzekeringswet: ook de AWBZ biedt mogelijkheden voor (co)financiering.<sup>17-19</sup>

Uit de gegevens over de meerwaarde van verpleeghuisartsen kunnen we afleiden

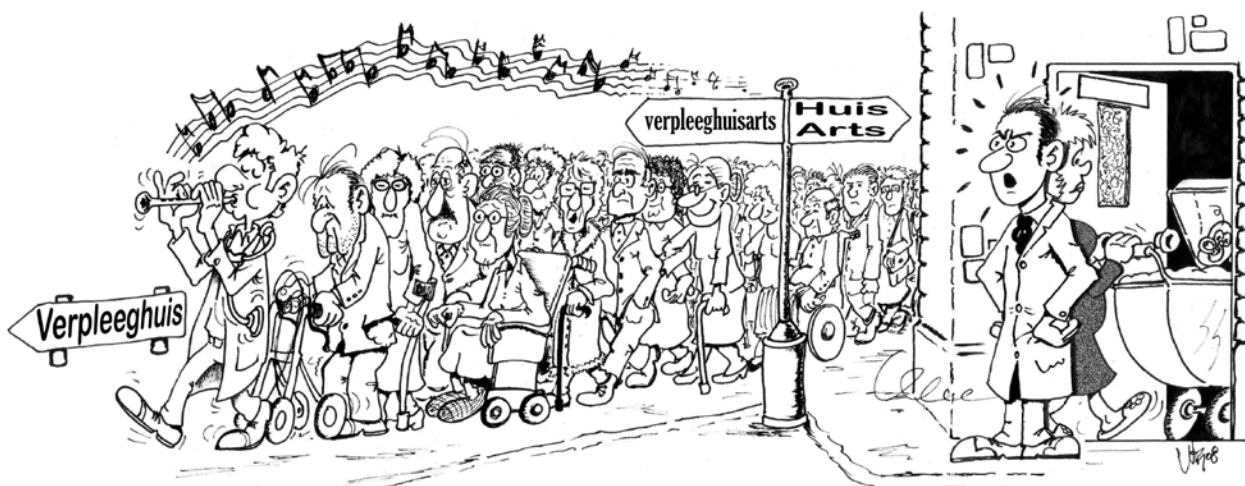
**Figuur 3**



*Figuur 3: De regie over de medische zorg hoort bij ouderen in een verzorgingshuis hoort bij de huisarts. (aantal respondenten in % - aantal huisartsen mét verzorgingshuispatiënten n = 80 - aantal huisartsen zónder verzorgingshuispatiënten n = 22)*

- welke sterke kanten algemeen bekend zijn:
  - kennis en expertise, vooral op het gebied van gedragsproblemen;
  - beschikbaarheid en toegankelijkheid omdat ze ook op huisbezoek kunnen komen;
- welke aspecten van hun werk meer promotie nodig hebben:
  - kennis en expertise ten aanzien van diverse somatische problemen, bijvoorbeeld multi- en comorbiditeit, polyfarmacie, decubitus, geriatrische revalidatie, ...
  - kennis en expertise op het gebied van palliatieve zorg.

Daarmee zijn verpleeghuisartsen nog niet van hun minder goede imago af.<sup>20</sup> Sommige uitspraken (zie kaderstukje op pagina 30) illustreren dat veel huisartsen niet precies weten wat ze kunnen verwachten van verpleeghuisartsen.





De resultaten over de meerwaarde van verpleeghuisartsen in Zeeuws-Vlaanderen zijn echter hoopgevend. In deze regio wordt al meer dan 10 jaar een consultfunctie aangeboden. Huisartsen kregen daar de kans om de meerwaarde van verpleeghuisartsen te ervaren. Zij schatten die meerwaarde significant hoger in dan gemiddeld in Zeeland (figuur 2). Dit verband (tussen concrete samenwerking en ervaren meerwaarde) werd ook al gesignaleerd door Schols.<sup>10</sup>

Kijkend naar de uitdagingen die ons de volgende decennia te wachten staan met betrekking tot complexe ouderenzorg, hebben huisartsen én verpleeghuisartsen werk voor de boeg:

Verpleeghuisartsen moeten, liefst samen met huisartsen, initiatieven ontwikkelen en daarbij creatieve oplossingen aandragen om de complexe ouderenzorg te verbeteren.<sup>21</sup> In de rol van consultant en (tijdelijk) medebehandelaar kunnen ze de ouderenzorg in de eerste lijn kwalitatief ondersteunen. Dit kan op termijn bijdragen tot een beter imago voor de beroepsgroep. Huisartsen moeten op een creatieve manier met hun regiefunctie omgaan. Er zijn tal van mogelijkheden om constructief samen te werken zonder daarbij inhoudelijk of financieel in te leveren. Overdreven domeinden staat nieuwe en boeiende samenwerkingsinitiatieven in de weg.

Zeeland is Nederland niet en de respondenten waren zelfs niet representatief voor de rest van Zeeland. T.o.v. Zeeland telde de responsgroep meer mannen (84 versus 75%) en veel minder huisartsen uit de steden (17 versus 30%). T.o.v. Nederland telde de responsgroep veel meer apotheekhoudende huisartsen (45 versus 7%) en bijna dubbel zoveel solopraktijken (42 versus 22%).<sup>22</sup> Het is dus niet zinvol om de responsgroep de waarde te geven van een representatieve steekproef en de resultaten te veralgemenen. Toch durven we, in alle bescheidenheid, de resultaten van dit onderzoek te beschouwen als signalen die aandacht vragen van beide beroepsgroepen. In het voorjaar van 2009 verscheen een nieuwe handreiking *Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis*, een gezamenlijk initiatief van LHV, KNMP, NHG en NVVA.<sup>23</sup> Deze handreiking sluit mooi aan bij dit onderzoek en biedt een schat aan informatie en constructieve voorstellen om de genoemde uitdagingen op gebied van complexe ouderenzorg samen aan te pakken.

### Dankbetuiging

Mijn speciale dank gaat uit naar mijn ex-collega's: de Zeeuwse huisartsen die de moeite namen om de (uitgebreide) enquête in te vullen en terug te sturen en in het bijzonder de huisartsen van Schouwen-Duiveland die daarenboven nog geruime tijd vrij maakten voor een gezellig en inhoudelijk vaak waardevol gesprek.

## Samenvatting

*Inleiding:* Vanuit zijn ervaring als huisarts en tegen de achtergrond van de toenemende vergrijzing, vraagt de eerste auteur – nu verpleeghuisarts – zich af hoe huisartsen denken over samenwerking met verpleeghuisartsen en welke factoren daarop een invloed hebben.

*Methode:* Een schriftelijke enquête bij alle Zeeuwse huisartsen bestond hoofdzakelijk uit stellingen waarbij de respondenten konden aangeven of ze het eens of oneens waren. Daarnaast werd gepeild naar hun mening over mogelijke samenwerkingsvormen en naar de meerwaarde van verpleeghuisartsen.

*Resultaten:* Het houden van de regie over de zorg is voor huisartsen erg belangrijk. Financiële argumenten spelen hierbij nauwelijks een rol. De meesten denken over voldoende kennis te beschikken voor complexe ouderenzorg. De beschikbare tijd hiervoor is weliswaar krap. De mogelijkheid om een verpleeghuisarts in consult te roepen wordt erg op prijs gesteld. Voor een spreekuur, gehouden door een verpleeghuisarts in de huisartsenpraktijk, bestaat meer reserve. De meerwaarde van verpleeghuisartsen zit hem volgens huisartsen vooral in hun expertise op gebied van gedragsproblemen en in hun beschikbaarheid omdat verpleeghuisartsen op huisbezoek kunnen komen.

*Beschouwing:* Huisartsen staan open voor samenwerking met verpleeghuisartsen. De praktische invulling staat nog in de kinderschoenen en zal een belangrijke aanpassing vragen van werkwijze en attitude.

## Summary

*Introduction:* With his experience as general practitioner and taking into account the increasing ageing of society, the author – present-day nursing home physician – is wondering how general practitioners think about collaboration with nursing home physicians and which aspects are influencing this opinion.

*Method:* In a written inquiry all general practitioners in the province of Zeeland (Netherlands) were asked for their agreement or disagreement with propositions. In addition their opinion about possible ways of collaboration and the surplus value of nursing home physicians was asked for.

*Results:* Keeping the primary role in care is very important for general practitioners. Financial interests play scarcely a role. Most general practitioners think they have sufficient knowledge for complex elderly care. On this regard there is a lack of time. The possibility to consult a nursing home physician is appreciated. There is more reserve against consulting hours by the nursing home physician in general practice. In the opinion of

general practitioners the surplus value of nursing home physicians and their knowledge of behavioural problems and their availability for doing home visits.

*Conclusion:* General practitioners have an open mind for collaboration with nursing home physicians. The realization in practice is still in an early stage and adaption of working method and attitude is needed.

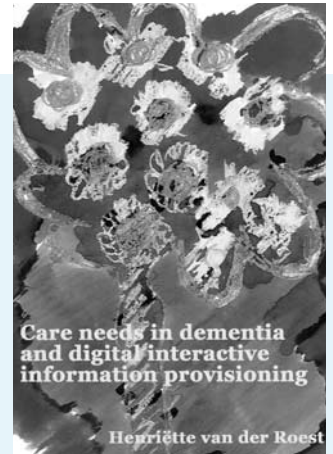
#### Literatuur

1. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. versie 3.12. Bilthoven: 13 december 2007; <http://www.rivm.nl>.
2. Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008, pp. 25-31; <http://www.gr.nl>.
3. Koopmans RTCM, Lavrijsen JCM. Nieuwe tijd, nieuw specialisme. Med Contact 2009; 64: 861-863. <http://medischcontact.artsennet.nl>
4. NHG. NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007; <http://nhg.artsennet.nl>.
5. Rijdt-Van de Ven T van de. Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis. Utrecht: LHV, 2004; <http://lhv.artsennet.nl>.
6. NVVA & NVSG. Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater. Utrecht: NVVA, 2003; <http://verenso.artsennet.nl>.
7. Bouman E. Het domein van de verpleeghuisarts. Scriptie aan de Erasmus Universiteit voor het behalen van een master zorgmanagement. Rotterdam: 2006.
8. Spreeuwenberg C. Hebben huisartsen toezicht nodig? Med Contact 1991; 46: 615; <http://medischcontact.artsennet.nl>
9. Nagy EA. De huidige samenwerking tussen verpleeghuisartsen en huisartsen in de regio Almelo. Scriptie aan de Vrije Universiteit Amsterdam in het kader van de vervolgopleiding tot verpleeghuisarts. Rosmalen: 1994.
10. Schols JMGA. In en vanuit het verpleeghuis. Proefschrift Universiteit Maastricht. Raamsdonkveer: Uitgeverij Vèrse Hoeven, 2000.
11. Dam van Isselt EF van, Schols JMGA. De verpleeghuisarts in consult: een te weinig benutte toegevoegde waarde. Tijdschr Gerontol Geriatr 2007; 38: 255-261.
12. Provincie Zeeland, afdeling Economie. De Zeeuwse economie in cijfers: regio's en gemeenten Zeeland 2008. Middelburg: 2008; [http://loket.zeeland.nl/informatiecentrum/publicaties/folders/zwse\\_economie\\_cijfers\\_2008](http://loket.zeeland.nl/informatiecentrum/publicaties/folders/zwse_economie_cijfers_2008).
13. NZa. Tariefschikking. Tarievenlijst Huisartsenzorg. Utrecht: 2007; [www.nza.nl/aanbieder/vrije\\_beroepsbeoefenaren/tarieven\\_2007](http://www.nza.nl/aanbieder/vrije_beroepsbeoefenaren/tarieven_2007).
14. Huisarts en Wetenschap, redactie. Terug naar Woudschoten. Utrecht: 2002; <http://www.henw.org>.
15. Gussekloo J, Eekhof JAH, Craen AJM de, Westendorp RGJ. Ervaren werkdruk van de huisarts bij de zorg voor ouderen met psychische stoornissen. Huisarts Wet 2002; 45: 238-244; <http://www.henw.org>.
16. Melis RJF. Caring for vulnerable older people who live in the community. Proefschrift. Nijmegen: 2008.
17. LAD & LHV. CAO Huisarts in dienst bij een huisarts 2006-2008. Utrecht: 2006; <http://lad.artsennet.nl>.
18. CAO Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg 2008-2010. Utrecht: 2008; <http://www.actiz.nl>.
19. NZa. Beleidsregel CA-333. Utrecht: 2009; <http://www.nza.nl/13755/14769/CA-333.pdf>.
20. Chaudron PP. Omzien naar Zorg. Utrecht: NVVA, 1997.
21. Koopmans RTCM. Op weg naar een geïntegreerde eerstelijns ouderenzorg. Tijdschr Verpleeghuisgeneeskunde 2007;32:168-170.
22. NIVEL. Registratie van Beroepen in de Gezondheidszorg. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Utrecht: 2007; <http://www.nivel.nl>.
23. LHV, KNMP, NHG & NVVA. Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Utrecht: 2009; <http://verenso.artsennet.nl>.

# Henriëtte van der Roest

Lonneke Schuurmans / Correspondentie: [lonneke.schuurmans@zorgboog.nl](mailto:lonneke.schuurmans@zorgboog.nl)

**Met een waardig 'Hora est' verlost de pedel de promovendus van de verdediging van zijn of haar proefschrift. In de rubriek Hora est wordt aan het proefschrift van Henriëtte van der Roest 'Care needs in dementia and digital interactive information provisioning' aandacht besteedt.**



Op 12 oktober 2009 promoveerde Henriëtte van der Roest aan de Vrije Universiteit Amsterdam op het proefschrift 'Care needs in dementia and digital interactive information provisioning'.

Zorgen voor een familielid met dementie betekent niet alleen een enorme fysieke en emotionele belasting, maar door het sterk wisselende en versnipperde zorgaanbod is het voor mantelzorgers vaak ook moeilijk om de juiste professionele zorg en ondersteuning te vinden. Daarnaast is meestal onduidelijk welke behoeften de dementerende zelf heeft en in hoeverre hierin kan worden voorzien via een individueel plan van aanpak.

Het eerste deel van het proefschrift van Van der Roest gaat in op deze zorgbehoefte van thuiswonende mensen met dementie. Het bijzondere aan de studie van Van der Roest is dat zij niet alleen de zorgvragen heeft geïnventariseerd van mantelzorgers, maar ook van de dementerende zelf. In een grootschalige veldstudie onder 236 thuiswonende mensen met dementie en 322 mantelzorgers heeft zij systematisch de zorgbehoeften in kaart gebracht met behulp van een (door het team van Van der Roest) gevalideerde Nederlandse versie van CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly). Deze vragenlijst inventariseert onder andere fysieke, sociale en psychische zorgvragen op 24 ADL-domeinen (zoals maaltijden, huishouden, mobiliteit, sociale relaties, continëntie en medicijngebruik).

De resultaten van haar onderzoek laten zien dat over het algemeen in een aantal zorgbehoeften wel adequaat wordt voorzien (met name op het gebied van huishoudelijke ondersteuning, financiële ondersteuning en maaltijdvoorziening). De meeste onvervulde zorgbehoeften van mantelzorgers liggen op het gebied van geheugen (het omgaan met geheugenverlies), emotionele belasting en dagbesteding. Dementerenden

den zelf geven daarnaast aan behoefte te hebben aan meer informatie over hun ziektebeeld.

Over het algemeen is er weinig overeenstemming tussen de behoeften van mantelzorgers en dementerenden, waarbij dementerenden stevast minder behoeften aangeven dan hun mantelzorgers. Deels is dit verklaarbaar vanuit hun verminderde ziekte-inzicht, deels echter kan dit volgens Van der Roest ook verklaard worden doordat de persoon met dementie bewust zijn behoeften bijstelt om maar niet afhankelijk te zijn van anderen.

Het aantal gerapporteerde behoeften blijkt gerelateerd aan het type en de ernst van de dementie, de leefomstandigheden en enkele specifieke karakteristieken van de mantelzorger, waarbij meer behoeften worden gemeld bij een ernstige dementie, bij andere typen dementie dan Alzheimer, door mantelzorgers die een hoge zorglast ervaren, door vrouwelijke mantelzorgers en door mantelzorgers die niet tevens de partner zijn. Een hoger opleidingsniveau van mantelzorgers en een hoger inkomen blijkt gerelateerd aan een hoger aantal vervulde behoeften.

In het tweede deel van haar proefschrift probeert Van der Roest door middel van een ICT-voorziening een antwoord te geven op de zorgvragen van thuiswonende dementerenden en hun mantelzorgers. Hiervoor heeft zij – in samenwerking met dementerenden, mantelzorgers en ICT-professionals – de zogenoemde DementieWijzer ontwikkeld (in het Engels de DEM-DISC: Dementia-specific Digital Interactive Social Chart). De DementieWijzer helpt zorgvragen te verduidelijken door middel van een gerichte vragenlijst en geeft vervolgens persoonlijk advies over het beschikbare zorgaanbod in de buurt. Zo kan het probleem 'vermijden van sociale contacten' leiden tot de concrete vraag: 'Ik wil hulp bij het onderhouden van mijn sociale contacten' en vervolgens tot een direct bruikbare lijst van organisaties die hierbij kunnen ondersteunen.

Een prototype van de DementieWijzer is in een kleine gecontroleerde studie geëvalueerd onder mantelzorgers in Amsterdam, waarbij 14 mantelzorgers toegang kregen tot de DementieWijzer en 14 mantelzorgers niet. Al na twee maanden bleken gebruikers van de DementieWijzer adequater om te gaan met zorgbehoeften, zowel die van henzelf als die van het dementerende familielid. Ook gaven zij aan zich competentier te voelen in hun zorgtaak.

De DementieWijzer bestaat op dit moment alleen nog in een proefversie voor de regio Amsterdam-Zuid en Zuideramstel, maar gezien de positieve resultaten mag worden verwacht dat deze zal worden doorontwikkeld. Een volgende stap hierin is het uitvoeren van een gerandomiseerde trial naar de impact van de DementieWijzer zowel op mensen met dementie en

mantelzorgers, als ook de invloed op verpleeghuisopname en kosten van de gezondheidszorg. Dan kunnen ook uitspraken worden gedaan over de gegeneraliseerbaarheid van mogelijke effecten.

Al met al beschrijft Van der Roest in haar proefschrift op heldere wijze een innovatief project, waarvan de meerwaarde direct duidelijk is. De DementieWijzer lijkt een goed hulpmiddel om de zorgbehoeften en het zorgaanbod in een regio in kaart te brengen en met elkaar te verbinden. Het kan hiermee ook een ondersteunende rol spelen in de dementiezorgketen en bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. Henriëtte van der Roest levert hiermee een direct toepasbaar product af, waar we hopelijk nog meer van zullen horen.

## ANTWOORDEN KENNISTOETS: ATRIUMFIBRILLEREN

- 1
  - Hartklepafwijkingen, hartfalen, hypertensie, diabetes mellitus en ischemische hartziekten
  - Koorts, anemie of hyperthyreoïdie
  - Stress, lichamelijke inspanning
  - Koffie, alcohol, drugs (stimulantia)
  - Medicatie, vooral bètasymphaticomimetica, levothyroxine, theofylline
- 2 TSH, Hb, glucose en bij begin behandeling met digoxinecreatinine (GFR) en kalium. Bij vermoeden op hartfalen: BNP of NT-proBNP.
- 3
  - Bij geen hartfalen: eerste keus: bètablokker (metoprolol met vertraagde afgifte 50 tot 200 mg; tweede keus: calciumantagonist (verapamil of diltiazem 120 tot 360 mg) (eventueel digoxine toevoegen).
  - Bij mogelijk hartfalen: digoxine: eerste dag 0,75 mg, daarna 1 dd 0,25 mg; bij verhoogd risico op toxiciteit: eerste dag 3 dd 0,125 mg, daarna 1 dd 0,125 mg; verhoogd risico op toxiciteit en hoogbejaard: eerste dag 3 dd 0,125 mg en vervolgens 1 dd 0,0625 mg.
- 4 Meer dan 12%.
- 5 Wanneer er sprake is van een laag risico op trombo-embolische complicaties. Risicofactoren zijn: (behandelde) hypertensie, diabetes mellitus, hartfalen, leeftijd >75 jaar (een laag risico is de afwezigheid van risicofactoren of de aanwezigheid van slechts één risicofactor). Tevens dient afgezien te worden van behandeling met cumarinederivaat wanneer er sprake is van contra-indicatie(s) tegen deze middelen.

# Probleemgeoriënteerd denken in de geriatrie

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

Probleemgeoriënteerd denken in de geriatrie ★★★★★

Een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek

Redactie: M.G.M. Olde Rikkert, J. Flamaing, M. Petrovic, J.M.G.A. Schols, W.H.L. Hoefnagels

Uitgever: De Tijdstroom, Utrecht, 2008

485 pagina's

ISBN: 978 90 5898-139-4

Prijs: € 69,00



Veel disciplines werkzaam in de ouderenzorg hebben meegewerkt aan dit boek.

Dat is ook wel nodig als men casuïstiek/probleemgericht een boek wil schrijven.

De meeste veel voorkomende dilemma's worden op een zeer plezierige manier beschreven en kunnen leidraad zijn voor het handelen van specialisten ouderengeneeskunde.

In totaal bevat het boek 27 hoofdstukken/dilemma's. In de inleiding van elk hoofdstuk wordt vermeld naar welke leerdoelen er wordt gestreefd. Uit de gebruikte taal blijkt soms de invloed van onze zuiderburen, en dit kan soms aanleiding zijn tot leerdoelen die anders qua inhoud zouden zijn als de hoofdstukken waren aangepast aan de Nederlandse situatie.

Helaas zijn er ook wat kritische noten. Bijvoorbeeld het niet vermelden van een retentieblaas bij de diagnostiek rond delier. In sommige hoofdstukken wordt in mijn optiek voorbijgegaan aan het normale proces.

Een voorbeeld hiervan is de behandeling van een rouwproces. Er wordt in de bedoelde situaties vaak gegrepen naar medicamenteuze of agressieve therapieën die in de huidige woonzorgcentra met enige twijfel zullen worden beschouwd. Mogelijk is hier de meer klinische blik van ziekenhuisspecialisten debet aan.

Toch mag ik concluderen dat alle schrijvers gebruik hebben gemaakt van de beschikbare evidence en ook kritische noten niet schroomde te plaatsen.

Allen zijn bevlogen met de zorg voor ouderen en ik vind dan ook dat dit boek absoluut niet mag ontbreken in de boekenkast van huisartsen die geïnteresseerd zijn in de begeleiding/behandeling van ouderen en specialisten ouderengeneeskunde.

# Kleinschalig wonen voor mensen met dementie



**Wilco Achterberg. Correspondentie: [Wp.achterberg@vumc.nl](mailto:Wp.achterberg@vumc.nl)**

Kleinschalig wonen voor mensen met dementie ★★★★★

Auteur: Henk Nouwes, namens Stichting wonen met dementie

Uitgever: Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2009

ISBN: 978 90 352 3107 8

NUR: 897

Dit handzame boekje van 80 bladzijden bespreekt bijna alle facetten van het kleinschalig wonen: hoe de inrichting eruit kan zien, tips voor medewerkers, bestuurders, familieleden, maar ook bijvoorbeeld hoe een kleinschalige groepswooning voor mensen met dementie te begroten en financieren – de voorbeeldbegrotingen zijn zeer praktisch, en voor mij wel een eye-opener. Zo wordt er 73.000 euro (=12%) begroot voor het centraal bureau, en maar 26.700 euro voor alle behandelaars. Dat zal een standaard zijn, maar stuit mij wel enigszins tegen de borst. Dit valt het boekje niet aan te rekenen, wel de bureaucratie waar wij kennelijk in beland zijn in de V&V-sector. Bij het lezen stoorde ik mij wel aan de tips voor de

behandelaars: *'Afschaffing van het medisch model staat niet gelijk aan afschaffing van medische zorg.'* Wat mij hier tegen de borst stuit, is dat er kennelijk nog steeds mensen zijn in onze eigen sector die vinden dat wij het medische model hanteren. Het is echter bijna nooit de specialist ouderengeneeskunde die een therapeutisch klimaat of normalisering van leefomgeving in de weg zit, door zo graag een 'medisch model' te willen. Buiten de vraag wat een medisch model in het verpleeghuis nu eigenlijk voorstelt, zijn het vooral organisatorische zaken die de menselijke maat het meest dwarszitten. Afgezien van deze kleine irritatie vind ik het een goed en zeer bruikbaar handboekje!

# Nieuwe wegen in de wetenschappelijke onderbouwing van de ouderengeneeskunde: naar een practice based elderly care research

Dr. Wilco Achterberg, specialist ouderengeneeskunde en hoofd UNO-VUmc, Amsterdam / dr. Paul van Houten, specialist ouderengeneeskunde, Zonnehuisgroep Amstelland / Correspondentie: Wp.achterberg@vumc.nl

Hoewel de dagelijkse medische praktijk vooral een kunst is, die de een beter verstaat dan de ander, zullen weinigen nog ontkennen dat het bovenal een kunst is. Steeds meer maken we gebruik van 'evidence' om een diagnose te stellen en tot goede behandelvoorstellen te komen. Die evidence kan verschillende zwaarte hebben, afhankelijk van hoeveel en hoe goed onderzoek is gedaan. Systematische reviews (van Randomized Controlled Trials – RCT's) staan boven aan de ladder van bewijskracht, gevolgd door een of meerdere RCT's, en onderaan bungelen niet-gecontroleerde interventies, casestudies, en de mening van experts ([www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleiding/A-Levels-of-evidence](http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/EBRO-handleiding/A-Levels-of-evidence)).

De meeste evidence op basis van RCT's is er voor de behandeling van enkelvoudige aandoeningen, bij verder relatief gezonde personen zonder comorbiditeit. De uitkomsten zijn altijd *gemiddelde* effecten, en zullen bij individuen meestal niet precies op dat gemiddelde uitkomen.

Er zijn veel redenen waarom patiënten met comorbiditeit meestal worden uitgesloten bij RCT's. Ten eerste omdat een RCT pas dan goede bewijskracht heeft, als de variatie van belangrijke gezondheidsvariabelen (functionaliteit, medicatie, nierfunctie, e.d.) over controle- en interventiegroep niet te groot is. De kans dat storende factoren ongelijk verdeeld zijn over de groepen wordt dan steeds groter. Ook zijn met name farmaceutische industrieën huiverig voor sterfte tijdens een studie. Vaak komen problemen, of een combinatie van problemen, te weinig voor om een goede RCT mee uit te voeren. Daarnaast is het in sommige gevallen ethisch bezwaarlijk placebo-gecontroleerde studies uit te voeren, bijvoorbeeld bij patiënten in het sterfbed. Omdat het uitvoeren van een RCT ook nog eens heel kostbaar is, is het aantal waarvoor financiering kan worden gekregen beperkt. Voor de ouderengeneeskunde betekent dit, dat we met een chronisch gebrek aan bewijskracht ons vak moeten uitoefenen. Natuurlijk komt er jaarlijks evidence bij, toch is het een illusie te denken dat ons vak in de toekomst voldoende

de kan worden gefundeerd op kennis verkregen door middel van RCT's.

In dit artikel willen we duidelijk maken dat er ook andere manieren zijn om ons vak te onderbouwen. We kunnen als beroepsgroep ook zelf een steentje bijdragen door middel van casestudies en  $n=1$ -studies. De belangrijkste verschillen tussen beide staan vermeld in tabel 1. Tot slot willen wij nog een laatste design, het practice-based research design introduceren.

**Tabel 1**  
**De verschillen tussen een casestudie en een  $n=1$ -studie**

Casestudie	$n=1$ -studie
Subjectieve beschrijving van een individueel geval/gedrag	Objectieve meting van een individueel geval/gedrag
Meestal wordt reactie op behandeling beschreven en uitkomst kan (maar hoeft niet) specifiek gedefinieerd te worden	Uitkomsten zijn tevoren geoperationaliseerd
Anekdotisch	Precieze meetmethoden
Vaak longitudinaal	Verskillende metingen door de tijd heen
Geen beschrijving van relatie tussen onafhankelijke en afhankelijke variabele mogelijk	Relaties tussen onafhankelijke en afhankelijke variabele vaak wel mogelijk
Geen manipulatie van variabelen (natural course)	Slechts één interventie wordt in één tijdsperiode gemanipuleerd. Zorgvuldige controle van andere factoren
Kan gebruikt worden voor hypothesevorming voor toekomstig onderzoek	Kan gebruikt worden voor hypothesevorming voor toekomstig onderzoek en voor het toetsten van hypothesen

Naar: Backman et al.<sup>1</sup>

## Casestudie

Ieder geval is apart. Toch is in een grote groep over meerdere jaren de kans groot dat er een geval is, dat hier zo op lijkt dat de ervaringen hiervan kunnen helpen bij de behandelkeuze. Dit werkt bij iedere arts, en wordt ook wel aangeduid als ervaringskennis. Het gro-

te manco van ervaringskennis is echter, dat het niet toegankelijk is voor anderen, en dat het bij afscheid uit het vak helemaal verdwijnt. Anders is het, als artsen hun ervaringen publiceren als casestudie of klinische les. Een meerwaarde krijgt een klinische les als bij de beschrijving van de casus over de belangrijkste vraagstukken in de casus een literatuurstudie is gedaan en opinieleiders over de vraagstukken hun mening geven. Uiteraard moet de casus met meetinstrumenten worden gepresenteerd en ook de uitkomsten moeten met die instrumenten worden gedocumenteerd. Daardoor zijn deze ervaringen in principe bruikbaar voor anderen. Een praktisch probleem is nog wel altijd de toegankelijkheid en beschikbaarheid. Internationale publicaties zijn deels terug te vinden in PubMed (maar niet altijd voor iedereen het hele artikel), deels in andere databases zoals CINAHL, PsycINFO of Embase, maar publicaties in bijvoorbeeld *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde/Ouderengeneeskunde* (nog) niet.

Wij willen daarom een lans breken voor de volgende ontwikkelingen:

- er moet een handleiding komen voor het beschrijven en beoordelen van een casus (vanaf heden beschikbaar op de website van TvO!);
- specialisten ouderengeneeskunde moeten vaker casestudies of klinische lessen publiceren, in TvO of andere tijdschriften;
- er moet een goed toegankelijke database komen, die een groeiend aantal artikelen (nadrukkelijk ook casestudies en klinische lessen) bevat. Bij klinische vragen kan de specialist ouderengeneeskunde hierin gemakkelijk zoeken of er gevalsbeschrijvingen zijn die haar of hem kunnen helpen bij die beslissingen.

## RCT bij één patiënt?

Een andere methode om toch meer onderbouwing te krijgen is de zogenoemde  $n=1$ -methode. Met deze ten onrechte wat vergeten methode kan bij één patiënt goed gefundeerd een individueel effect of variabiliteit van een behandeling worden geëvalueerd. Het wordt ook wel aangeduid als een RCT bij één patiënt. Wanneer is het goed om deze methodiek te gebruiken? Over het algemeen wordt een  $n=1$  geadviseerd bij zeldzame aandoeningen, unieke studiepopulatie en zorg-op-maatbehandelingen. Een  $n=1$ -studie kent meerdere meetperiodes en meerdere interventieperiodes, waarbij het uitgangspunt altijd is dat er een baselineperiode is (A) zonder interventie, en een interventieperiode (B). Uitkomstmetingen (bijv. bloeddruk, gedrag, pijn) worden in periode A en B op dezelfde wijze verricht. De meest simpele  $n=1$ -studie is van het AB-type, waarbij een interventie volgt op een baseline- (controle)periode. Om zeker te zijn dat het effect niet aan toeval of natuurlijk beloop is toe

te schrijven, worden vaak ABAB-schema's toegepast. Om ook placebo-effecten uit te schakelen kan bijvoorbeeld aan de apotheker gevraagd worden de periodes A en B te randomiseren, en in de controleperiode een goed gelijkend placebo te verstrekken. Pas na afloop weten patiënt en arts wanneer welke behandeling plaatsvond, net zoals in een dubbelblinde RCT. Er kunnen ook meerder interventies worden onderzocht, in bijvoorbeeld ABC-schema's, en alle variaties die daarin mogelijk zijn.<sup>1,2</sup>

Voor de arts geeft dit soort onderzoek op de patiënt toegesneden evidence, die voor die individuele behandeling nodig kan zijn. Door het te publiceren, komt de kennis beschikbaar voor anderen met gelijksoortige gevallen.

Er zijn diverse boeken en artikelen die het  $n=1$ -design uitgebreid beschrijven, dat valt verder buiten het bestek van dit artikel. Of het  $n=1$ -design bruikbaar is (en hoe) bij de specifieke patiënt hangt van meerdere factoren af. Zo is het belangrijk hoe lang een interventie eventueel doorwerkt deze 'wash-out' is liefst zo kort mogelijk. Het is dus eenvoudiger een  $n=1$ -studie uit te voeren met kortwerkende pijnstillers, dan met langwerkende antidepressiva. Het is daarnaast nadrukkelijk de bedoeling om aan te sluiten bij de evidence die er al bestaat: het is niet goed om privé-ideetjes uit te proberen, waar verder geen enkel breder gedeelde basis voor bestaat.

*Een voorbeeld van de kracht van een  $n=1$ -studie in de ouderengeneeskunde is in Nijmegen verricht.<sup>3</sup> Bij vijf patiënten (dus dit artikel beschrijft vijf  $n=1$ -trials) werd dubbelblind gerandomiseerd 5 mg methylfenidaat of placebo gegeven aan patiënten in het verpleeghuis en op de geriatrieafdeling van het ziekenhuis. Patiënten leden aan: een depressie ten gevolge van een algemene medische conditie ( $n=2$ ), een depressie die therapieresistent was ( $n=1$ ), en een chronische apathie bij milde tot matig ernstige dementie ( $n=2$ ). De methylfenidaat (5 mg 2 dd) en placebo (beide gedurende twee opeenvolgende dagen) werden gedurende 5 weken in gerandomiseerde blokken gegeven. De meetinstrumenten waren: Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Apathy Evaluation Scale (AES)-clinician, AES-informant, Barthel index en een semikwantitatieve bijwerkingenchecklist. Twee van de drie depressieve patiënten lieten een significante verbetering van de stemming zien op de MADRS ( $p=0,089$  en  $p=0,001$ ;  $p=0,10$ ), bij één patiënt met apathie was er een significante verbetering op de AES-clinician en -informant ( $p=0,077$  en  $p=0,086$ ). Een apathie trial werd gestopt omdat de AES niet kon worden afgenomen. Er werden geen bijwerkingen gezien.*

Dit is een goed voorbeeld hoe een relatief onbekende (in ieder geval niet goed onderzochte) therapie toch



met succes kan worden toegepast. Dit kan dus ook in het verpleeghuis. Vooral bij het zogenoemde 'off-label' gebruik van geneesmiddelen, maar ook bij een therapie die bij een bepaalde groep nog niet goed onderzocht is, is dit een manier die klinisch verantwoord is, waarbij na publicatie tevens de beroepsgroep kan meeprofiteren van de opgedane ervaringen.

Wij willen daarom ook een lans breken voor de volgende ontwikkelingen:

- specialisten ouderengeneeskunde gebruiken vaker het  $n=1$ -design in de praktijk, en publiceren deze ook, in TvO of andere tijdschriften;
- er moeten meer reviews komen naar samenhangende  $n=1$ -studies die voor onze praktijkvoering van belang zijn;
- in de database die we reeds hiervoor hebben bepleit, worden ook relevante  $n=1$ -studies gearchiiveerd.

### Practice-based clinical research

In de traditionele onderzoeksmethoden werden patiënten op 'projectbasis' gezocht en gerekruteerd, op basis van een bepaald probleem. Steeds meer wordt echter ook gebruikgemaakt van cohorten, die voor het beantwoorden van meerdere onderzoeksvragen gebruikt kunnen worden. Iedereen is bekend met de traditionele cohortstudies, zoals de Framingham-studie, of LASA: hierbij worden verbanden tussen uitkomsten en determinanten aangetoond. Het zijn beloopstudies waar meestal omgevingsfactoren en patiëntfactoren worden gemeten. Bij de practice-based research worden daarnaast ook behandelingen vastgelegd. Als meerdere centra meerdere jaren participeren, kunnen ook onderzoeksvragen over het effect van de behandeling van relatief zeldzamere aandoeningen worden beantwoord. In de huisartsgeneeskunde wordt hier al mee gewerkt,<sup>4</sup> en ook in de revalidatiegeneeskunde zijn hier al enkele voorbeelden van (een aardig overzicht is te vinden in Horn & Gassaway<sup>5</sup>). Voorwaarde voor dit type onderzoek is wel, dat meerdere zorgverleners/instellingen op dezelfde wijze, dezelfde gegevens van patiënten (ook over behandelingen, die in belangrijke mate gestandaardiseerd moeten zijn) vastleggen. Ook al is er binnen de universitaire netwerken steeds meer consensus over meetinstrumenten, een praktijkvoering die voldoet aan de eisen van dit type onderzoek, is nog niet aanwezig.

### Tot slot

De door ons bepleitte ontwikkelingen zullen niet vanzelf plaatsvinden. De volgende activiteiten kunnen daarbij behulpzaam zijn:

- Het is van groot belang te komen tot consensus over het gebruik van meetinstrumenten voor de belangrijkste domeinen: mobiliteit, cognitie, ge-

drag, kwaliteit van leven, ADL/iADL, stemming (de universitaire verpleeghuisnetwerken van Nijmegen en Amsterdam (UKON en UNO-VUmc) zijn hier reeds mee gestart).

- Er is behoefte aan scholingen in het schrijven van klinische lessen/casestudies (wellicht door Leer-gang Ouderengeneeskunde?).
- Er is behoefte aan scholingen in het verrichten van  $n=1$ -studies.
- Er is behoefte aan samenwerking tussen universiteiten in het verkrijgen van financiën voor het maken van reviews, en bundeling van kennis, en het creëren van een practice-based research design.
- Er is behoefte aan het creëren van een toegankelijke database met relevante artikelen en kennis voor onze praktijkvoering. Het Universitair Netwerk Ouderenzorg van het VUmc gaat hier al in 2010 een start mee maken.
- Er is behoefte aan het online beschikbaar zijn van inhoud van *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde* tot 2003 (vanaf 2003 beschikbaar via BSL).

### Literatuur

1. Backman CL, Harris SR, Chisholm JA, Monette AD. Single-subject research in rehabilitation: a review of studies using AB, withdrawal, multiple baseline, and alternating treatments designs. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78(10): 1145-1153.
2. Janosky JE. Use of the single subject design for practice based primary care research. *Postgrad Med J* 2005; 81(959): 549-551.
3. Jansen IH, Olde Rikkert MG, Hulsbos HA, Hoefnagels WH. Toward individualized evidence-based medicine: five 'N of 1' trials of methylphenidate in geriatric patients. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 474-476.
4. Sloane PD, Callahan L, Kahwati L, Mitchell CM. Development of a practice-based patient cohort for primary care research. *Fam Med* 2006; 38(1): 50-57.
5. Horn SD, Gassaway J. Practice-based evidence study design for comparative effectiveness research. *Med Care* 2007; 45(10 Supl 2): S50-57.

## Problemen met het management

Bert Keizer, specialist ouderengeneeskunde / Correspondentie: keizer47@gmail.com

Graag wil ik een korte reactie geven op het interview met mevrouw J. van Veen, hoofdinspecteur Verpleging en Chronische zorg, in ons tijdschrift no. 5, 2009, pag. 161. Mevrouw Van Veen geeft antwoord op de vraag wat te doen als de managers die in het gebouw heersen, niet naar je willen luisteren, hoewel je ernstig nieuws hebt over de zorg. Ik citeer: 'Mijn advies is: zoek de gezamenlijke doelstelling, namelijk verantwoorde zorg, blijf met elkaar in gesprek en betrek bij schijnbaar onoverkomelijke problemen de Raad van Toezicht.' Zou mevrouw Van Veen nou echt niet weten dat een verpleeghuisarts/specialist ouderengeneeskunde die om zijn/haar directeur heen naar de Raad van Toezicht gaat aldaar ontvangen wordt met hoongelach, minachting, bedreiging of daadwerkelijke sancties in de vorm van 'officiële waarschuwingen'?

Dat is nou net de zieke plek in de machtsverhoudingen in verpleeghuizen. De macht van de managers is niet door medewerkers corrigeerbaar en helemaal niet door artsen. Meerdere collega's hebben ervaren hoe je voor rotte vis wordt uitgemaakt als je een dergelijke stap neemt. Haar advies moet alleen opgevolgd worden door artsen die hun organisatie op korte termijn wensen te verlaten. Ik kreeg laatst op een informele bijeenkomst een, overigens niet-onvriendelijk, standje van een IGZ-functionaris omdat ik altijd op de IGZ zit te vitten. Maar dit advies van mevrouw Van Veen toont een ontstellende onwetendheid over de sfeer in verpleeghuisland.

Het is mede daarom zo jammer, omdat ik weet dat zij onze sector een warm hart toedraagt.

## Repliek van mevrouw Van Veen

Jenneke van Veen, hoofdinspecteur Verpleging en Chronische zorg / Correspondentie ja.v.veen@igz.nl

Mijn advies, 'Zoek de gezamenlijke doelstelling, blijf met elkaar in gesprek en betrek bij schijnbaar onoverkomelijke problemen de Raad van Toezicht (RvT)', moet niet gelezen worden alsof ik propageer het gesprek met de RvT te zoeken achter de rug van de Raad van Bestuur (RvB) om. Als je dat doet, weet je van tevoren dat de problemen alleen maar groter worden. Ik ga ervan uit dat zowel managers in de verpleeghuiszorg als specialisten ouderenzorg professioneel genoeg zijn om dit te weten en daar naar te handelen. Bij een conflict tussen specialisten ouderenzorg en RvB is het zeer wel mogelijk om ofwel samen of als dat niet lukt, de RvB aan te kondigen dat de RvT om advies gevraagd zal gaan worden. In de visie van de inspectie is de RvT ook aan zet

als er zich in een organisatie dit soort conflicten voordoen. In de onlangs verschenen Staat van de gezondheidszorg 2009 'De vrijblijvendheid voorbij' wordt met name de relatie tussen professionals, RvB en RvT besproken en zijn goede voorbeelden te lezen. De inspectie is zeer wel op de hoogte van het feit dat het niet overal koek en ei is tussen specialisten ouderenzorg en RvB, en dat dit belemmerend kan werken op de kwaliteit van de zorg. In de komende maanden gaan wij met Actiz, uw beroepsorganisatie Verenso en VWS in gesprek voor een gezamenlijke aanpak.

# Specialist ouderengeneeskunde aan de slag buiten de deur

Drs. W.J. Kroes, Onderzoeker zorg Regioplan Beleidsonderzoek / Dr. C.C. Koning, Directielid Regioplan Beleidsonderzoek / Drs. R. Wiewel, beleidsmedewerker Verenso. / Correspondentie: [rwiewel@verenso.nl](mailto:rwiewel@verenso.nl)

Het verpleeghuis is het gebruikelijke werkterrein van specialisten ouderengeneeskunde. De oudere met complexe problematiek woont echter steeds vaker thuis, bevindt zich in het verzorgingshuis en komt in het ziekenhuis. Dit zijn terreinen waar op dit moment het specialisme ouderengeneeskunde beperkt beschikbaar is. Verenso pleit er als vereniging voor dat het specialisme ouderengeneeskunde voor iedere kwetsbare oudere beschikbaar is, ongeacht de verblijfplaats van die oudere. De huidige ontwikkelingen maken dat de kennis en inzet van specialisten ouderengeneeskunde gewenst is buiten het verpleeghuis. Maar hoe doet de specialist ouderengeneeskunde dat, buiten het verpleeghuis werken ofwel extramuraliseren?

## Meerwaarde zichtbaar maken

De grootste groep kwetsbare ouderen die de specialist ouderengeneeskunde nu (nog) niet bereikt, woont thuis. Uit een korte enquête onder huisartsen voor het NHG-congres 'Ga voor (g)oud' blijkt dat 70% van de huisartsen meerdere malen per jaar schrijnende situaties met ouderen thuis tegenkomt.<sup>1</sup> Om te kunnen extramuraliseren is samenwerking noodzakelijk tussen de specialist ouderengeneeskunde en andere (para)medici buiten het verpleeghuis. Voor het tot stand brengen van samenwerking is het belangrijk dat de specialist ouderengeneeskunde zijn meerwaarde ten opzichte van andere (para)medici beschrijft en laat zien. De belangrijkste meerwaarde van een specialist ouderengeneeskunde is:

- Het beschikken over specialistische geriatrie kennis: kennis van dementie en andere complexe (zorg)problematiek.
- Het werken vanuit een proactieve houding: het systematisch anticiperen op toekomstige problemen. Een specialist ouderengeneeskunde kan andere (para)medici werk uit handen nemen.
- Het bekijken van een zorgvraag van een kwetsbare oudere met een generalistische blik en daarmee bepalen welke continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire (CSLM)-zorg nodig is.

## Inspiratie voor samenwerking: twee voorbeelden

In de publicatie 'Nieuwe inspirerende voorbeelden 2009'<sup>2</sup> van Verenso zijn meerdere voorbeelden opgenomen waarbij de specialist ouderengeneeskunde ex-

tramuraal werkt. Hieronder zijn twee voorbeelden kort weergegeven: één van de samenwerking van een specialist ouderengeneeskunde met een huisarts, de andere van de samenwerking van een specialist ouderengeneeskunde met een klinisch geriater.

### Samen met huisarts

Vanuit Zorggroep Sint Maarten te Oldenzaal hebben drie specialisten ouderengeneeskunde spreekuur in vijf huisartspraktijken. De specialist ouderengeneeskunde ondersteunt de huisarts bij de zorg aan ouderen met een complexe zorgvraag. Hij ziet de patiënt op zijn spreekuur, bezoekt deze thuis of wordt door de huisarts geconsulteerd. De meeste patiënten die de specialisten ouderengeneeskunde zien, hebben behoefte aan CSLM-zorg. Afhankelijk van de zorgvraag geeft de specialist ouderengeneeskunde een eenmalig advies of stelt een behandelplan op. Bij een behandelplan ziet de specialist ouderengeneeskunde de patiënt meerdere malen. Zowel de specialisten ouderengeneeskunde als de huisartsen zijn zeer tevreden over de samenwerking. De huisartsen waarderen de specialisten ouderengeneeskunde vanwege hun nieuwe frisse en brede blik bij complexe problemen en hun anticiperen op de te verwachten problemen bij oudere patiënten.

### Samen met geriater

Het tweede voorbeeld van extramuralisering is het wekelijkse spreekuur van een specialist ouderengeneeskunde op de polikliniek Geriatrie in ziekenhuis De Tjongerschans te Heerenveen. De samenwerking komt voort uit een tijdelijk tekort aan klinisch geriater in het ziekenhuis. Inmiddels is er geen tekort meer, maar het samenwerkingsverband is gehandhaafd vanwege de positieve ervaringen van alle partijen. De specialist ouderengeneeskunde ziet op het spreekuur vooral kwetsbare ouderen met geheugenproblemen, bij wie sprake is van multipathologische en chronische problematiek. Bij deze mensen verricht de specialist ouderengeneeskunde de anamnese, heteroanamnese bij familie, lichamelijk onderzoek, geeft advies en verwijst door voor aanvullend onderzoek. Een meerwaarde van de specialist ouderengeneeskunde op de polikliniek Geriatrie is de pragmatische blik naar de toekomst. Daarmee geeft deze aan wat nodig is om ouderen zo lang mogelijk te laten functioneren in de

thuisituatie. Vanwege de goede kennis van de sociale kaart in de regio zet de specialist ouderengeneeskunde ook het zorgtraject voor de patiënt uiteen.

## Financiering initiatieven

Veelal is de financiering het belangrijkste obstakel bij het opzetten, uitvoeren en continueren van innovatieprojecten. Bij het opstellen van de publicatie 'Nieuwe inspirerende voorbeelden 2009' is dan ook nadrukkelijk aandacht besteed aan de wijze waarop initiatieven hun financiering organiseren. Sommige projecten maakten bij de start gebruik van innovatiegelden uit de AWBZ en een aantal projecten is ook (deels) gefinancierd via de intramurale ZZP-bekostiging van het verpleeghuis. Voor structurele financiering komen verschillende financieringsvormen naar voren. Meestal vindt de bekostiging plaats via productieafspraken voor extramurale AWBZ-behandeling. Bij sommige projecten vindt de financiering indirect plaats via de zorgverzekeringswet op basis van bestaande DBC's, of is men bezig om de financiering via ketenzorg op te zetten.

## Suggesties voor hoe te extramuraliseren

De voorbeelden in de publicatie 'Nieuwe inspirerende voorbeelden 2009' laten zien dat allerlei vormen van extramuralisering mogelijk zijn. Extramuralisering komt echter niet vanzelf tot stand. Daar zijn meerdere redenen voor. Buiten het verpleeghuis is er onbekendheid met het specialisme ouderengeneeskunde, waardoor bij met name huisartsen niet altijd bekend is wat een specialist ouderengeneeskunde voor hen kan betekenen. Daarnaast zorgt marktwerking in de zorg voor concurrentie en terreinafbakening, waardoor samenwerking met andere (para)medici niet altijd goed van de grond komt.

In de publicatie geven specialisten ouderengeneeskunde hun suggesties voor de opzet van extramurale activiteiten. Deze zijn hieronder gecategoriseerd weergegeven.

- *Financiering.* Zorg voor een goede en heldere financiering en spits deze toe op de eigen lokale situatie.
  - *Terreinafbakening.* Indien door een specialist ouderengeneeskunde een project voor thuiswonende kwetsbare ouderen wordt opgezet, is het het beste de regio af te bakenen. Dit zorgt voor transparantie bij verwijzingen naar de specialist ouderengeneeskunde door andere (para)medici.
- 
- *Communicatie.* Tijdige en persoonlijke communicatie en uitleg zijn essentieel. Stem wederzijdse verwachtingen af en stel samen met de betreffende andere medici een plan op.
  - *Draagvlak.* Zorg als specialist ouderengeneeskunde met extramurale plannen voor steun vanuit het management van de eigen zorginstelling. Creëer draagvlak en begin het project kleinschalig. Bouw het initiatief vervolgens uit. Geef zo veel mogelijk bekendheid aan het project. Zoek in ouderen geïnteresseerde (para)medici om mee samen te werken.
  - *Handelingsnelheid.* Een huisarts heeft veelal behoefte aan snelle consultatie en feedback. Een hoge handelingsnelheid vergroot voor een huisarts de meerwaarde van samenwerking.

### Literatuur

1. [www.mednet.nl/actueel/groot-deel-huisartsen-vindt-dat-ouderenzorgte-kort-schiet-45400.html;jsessionid=939C6B2978A7B50FEF1848FE7145F1EA.I-bslliv](http://www.mednet.nl/actueel/groot-deel-huisartsen-vindt-dat-ouderenzorgte-kort-schiet-45400.html;jsessionid=939C6B2978A7B50FEF1848FE7145F1EA.I-bslliv).
2. Voor meer informatie over extramuralisering van werkzaamheden kunt u de publicatie 'Nieuwe inspirerende voorbeelden 2009' raadplegen; te downloaden via de website van Verenso, onder de knop professie.

# Kennis is macht

Mieke Draijer, voorzitter Verenso / Correspondentie: [redactie@verenso.nl](mailto:redactie@verenso.nl)



Eén van de doelen van Verenso is het bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de kwaliteit van het medisch handelen van de specialist ouderengeneeskunde. Om hier een meer planmatige aanpak voor uit te zetten is wetenschapsbeleid ontwikkeld. Doel van het wetenschapsbeleid is tot een betere programmering te komen, uitvoering van wetenschappelijk onderzoek te stimuleren en het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten. Deze kwaliteitsinstrumenten zorgen voor legitimatie van je handelen. Je kunt 'bewijzen' dat jouw handelen het enige juiste is in de gegeven omstandigheden. Daarmee onderscheid jij je dan van andere 'deskundigen'.

Het op papier zetten van wetenschapsbeleid is één ding, maar er handen en voeten aan geven is iets anders. Er is voor de uitvoering van goed wetenschapsbeleid een aantal randvoorwaarden noodzakelijk; bijvoorbeeld de programmering. ZonMw zal bereid moeten zijn subsidies te verstrekken voor het doen van wetenschappelijk onderzoek in het specialisme ouderengeneeskunde. Het belang van wetenschappelijk onderzoek voor de kwetsbare ouderen is geen onderwerp van discussie en het gebrek aan evidence op dit moment is een groot en erkend probleem. Wanneer Verenso op dit moment een richtlijn ontwikkelt, blijkt het nauwelijks mogelijk deze te onderbouwen met goede onderzoeksgegevens. Vaak is de hoogst haalbare 'evidence' een aantal specialisten ouderengeneeskunde met veel (gezond) verstand en de nodige ervaring die allen verzekeren dat bepaalde (be)handelingen in specifieke gevallen de beste zijn! Dat moet beter kunnen! Dus geldt voor de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek moet toch beschikbaar kunnen komen.

De volgende randvoorwaarde is in de praktijk veel lastiger. Waar vinden we enthousiaste uitvoerende collega's en AIOS met belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek? Ik vind het steeds weer opvallend hoe de klinisch geriaters met hun kleine clubje (150 man) in staat zijn geweest wetenschap het fundament van hun handelen te laten zijn. Volgens mij doen die allemaal wetenschappelijk onderzoek! Dan moeten er toch ook specialisten ouderengeneeskunde zijn die dit willen en kunnen. De kracht en het belang van het handelen

van de specialist ouderengeneeskunde zit natuurlijk voor een groot deel ook in de afweging die steeds weer op patiëntniveau gemaakt wordt, en geen patiënt is hetzelfde. Maar deze kracht is ook de zwakte. Want hoe maak je anderen duidelijk dat je zeker weet dat je het goede doet of besluit. Dus roep ik bij deze alle collega's (in opleiding) op fundamenteel of praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek te doen. De universiteiten zullen u met open armen ontvangen. Er is vooral behoefte aan medisch onderzoek. Dus geen gedrags- of zorgonderwerpen, dit wordt wel door andere disciplines gedaan. Ook de kinderartsen hebben jarenlang moeten vechten voor het krijgen van evidence voor behandeling met speciale kinderdoseringen en aangepaste richtlijnen. Kinderen worden beschouwd als onbekwaam en uiteraard is dit een extra drempel voor inclusie in onderzoek. Wij kunnen dat zeker ook, laten we daar met zijn allen aan werken!

Daarmee kom ik aan de laatste randvoorwaarde, namelijk samenwerking en commitment van andere partijen. In dat kader is Verenso in samenwerking met de SBOH bezig met het oprichten van een zogenoemd consilium voor het specialisme ouderengeneeskunde. Een consilium is een raad behorend bij een vakgebied in de geneeskunde, waarin de opleiding, opleiders, de hoogleraren, de beroepsvereniging en de AIOS vertegenwoordigd zijn. Binnen deze samenwerking wordt afstemming gezocht over de inhoud van de opleiding, het in stand houden van de universitaire vertegenwoordiging, de wetenschappelijke onderbouwing en de instroom van nieuwe beroepsgenoten. Kortom, samen zorgen zij voor de kwaliteit van de opleiding en de inhoud van het vak. Dit consilium is aanspreekpunt voor VWS en andere beroepsopleidingen waar het gaat om bijvoorbeeld stages.

Onderzoek en de evidence die dat oplevert, is de basis voor de opleiding en de basis voor ons handelen. Kennis is noodzakelijk om waar te maken dat wij hét specialisme zijn voor kwetsbare ouderen met multimorbiditeit. Die kennis doen we op in ons handelen van alledag, alleen nu nog laten bevestigen door onderzoek. Dat moet toch niet zo moeilijk zijn?