

# De kloof tussen generalist en specialist overbrugd

## Het geriatrisch spreekuur in de huisartsenpraktijk

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

### Inleiding

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

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

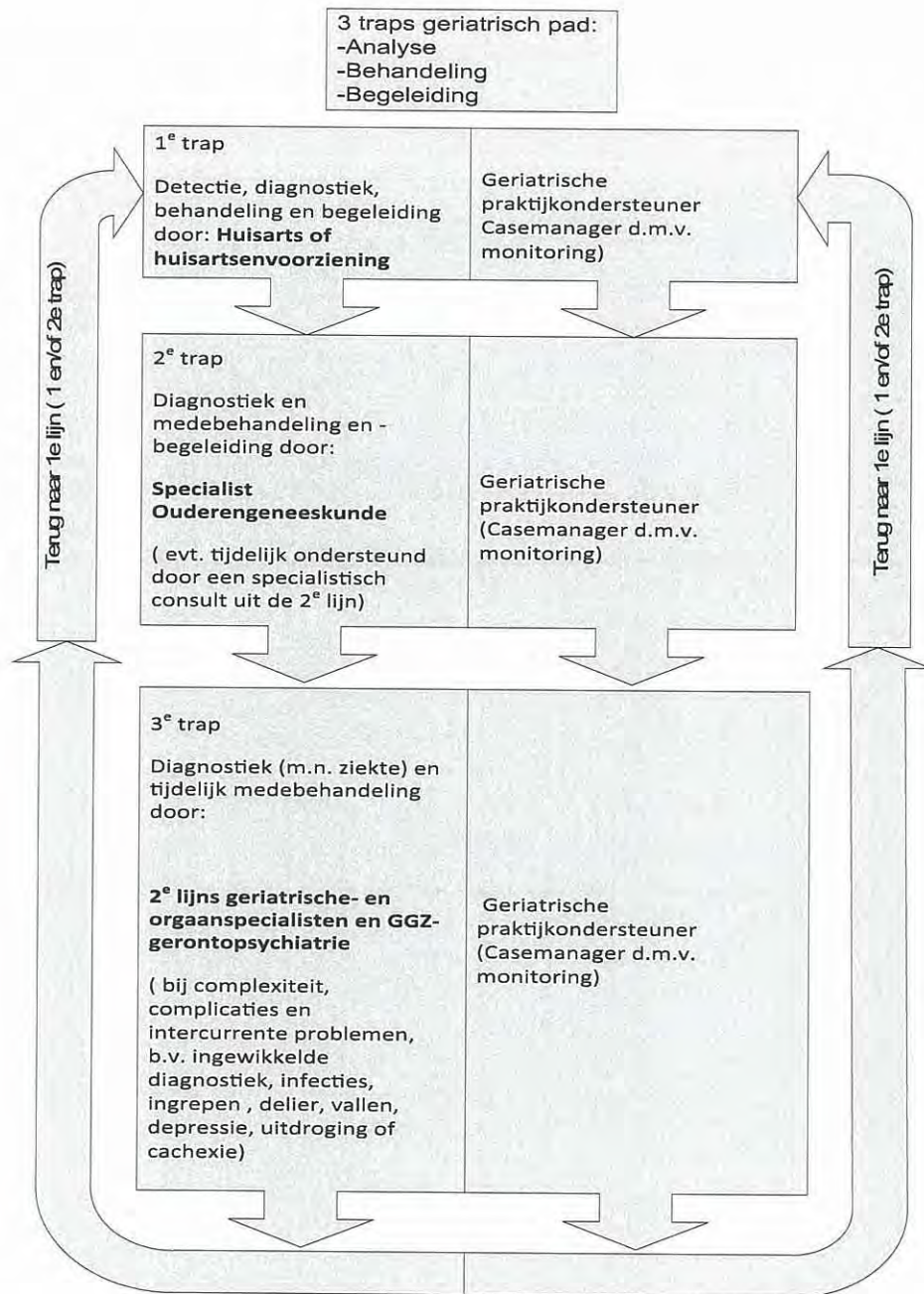
In Dongen e.o. is het geriatrisch spreekuur ingevoerd. In een grote HOED (huisartsen onder een dak) met ca. 13.000 patiënten gelegen op het terrein van een verzorgings- en verpleeghuis en in een wat kleinere HOED met 6.500 patiënten, aan de andere kant van het dorp.

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

### Hoe werkt het geriatrisch spreekuur

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

Figuur 1: Het getrapte geriatrische model.



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

### De getrapte praktijk

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Vervolg van het transmurale geriatrische getrapte pad

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

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

### Verworvenheden en conclusies

Na een aantal evaluaties (dataverzameling van evaluatie-indicatoren, tevredenheidsonderzoeken en besprekingen) met zorgverzekeraar en zorgkantoor kan gesteld worden dat na de pilotfase van 2 jaar de volgende verworvenheden zijn gerealiseerd:<sup>8</sup>

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

Verbeteringen kunnen nog worden bereikt door:

- betere uitwisseling en koppeling van het EPD (elektronisch patiëntendossier) van de specialist ouderengeneeskunde en zijn of haar samenwerkende paramedische en verpleegkundig specialisten en het HIS (met name als er een

intensievere medebehandelingsrelatie ontstaat);

- wetenschappelijk evaluatie, onder andere van de kosten en baten. Daarvoor is wel een grotere schaal nodig.

### Literatuur

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

### Inhoud EasyCare Assessment:

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