

Zorg voor oudere patiënt hoort thuis in de huisartsenpraktijk

# Ouderenzorg nieuwe stijl

Jacobine van der Dussen,  
huisarts in Rijsenhout en  
deelnemer aan de NHG-kader-  
opleiding Ouderengeenes-  
kunde, Leiden

Ale (A.J.) Gercama, huisarts  
n.p. en universitair docent  
huisartsgeneeskunde VUmc

Debbie (D.G.) Kneefel, praktijk-  
verpleegkundige Ouderenzorg

dr. Gooke (A.M.) Lagaay,  
internist ouderengeneeskunde  
Spaarne Ziekenhuis Hoofddorp

Correspondentie: jvddussen@  
huisartsenrijsenhout.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Ouderenzorg is voor de huisarts boeiend en interessant. Voorwaarde is dat hij een specialist kan raadplegen en taken kan delegeren aan een praktijkverpleegkundige die voldoende tijd heeft gehad om de gezondheidstoestand van de oudere patiënten in kaart te brengen.

**E**r wordt veel geschreven en gediscussieerd over de vergrijzing. De NRC schreef in januari van dit jaar niet alleen over een 'grijs monster' dat naar de ziekenhuizen komt, maar ook dat gezondheidszorg voor ouderen met veel kwalen een ongeorganiseerd zootje is.<sup>1</sup> Ook de politiek maakt zich zorgen over de expansieve groei van de zorgkosten.

Hoe moet de medische zorg voor ouderen in de eerste lijn worden geregeld? Volgens Rudi Westendorp, voorzitter van de commissie ouderen- en geriatrische netwerken van de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU) moeten er in de eerste lijn geriatrische netwerken komen.<sup>2</sup> KNMG-voorzitter Peter Holland pleit voor de introductie van nieuwe hoofdbehandelaars in de eerste lijn. Volgens coördinator NHG-kaderopleiding Ouderengeeneskunde, Annet Wind, moet de huisarts de regie voeren.<sup>3</sup>

Grote vraag is hoe. In Rijsenhout, een dorp in de Haarlemmermeer met 4200 inwoners, waren tot 2002 twee huisartsen actief in een gezamenlijke huisartsenpraktijk.

Beiden zouden in 2006 met pensioen zouden gaan. De twee hadden veel affiniteit met de ouderen- en besteedden hieraan veel tijd. In september 2002 deed de eerste opvolger haar

intrede, zodat de zittende huisartsen alvast een stapje terug konden doen. Hoe zou de kennis en expertise over de oudere patiënten het beste kunnen worden overgedragen op de twee opvolgers? Daarnaast voorzag de eerste opvolger een forse toename van haar werklast als zij de ouderen- en geriatrische zorg op de gebruikelijke manier zou voortzetten. De huisartsen van de praktijk stelden daarom een plan op met de volgende uitgangspunten/doelstellingen:

1. het aanstellen van een praktijkverpleegkundige ouderen- en geriatrische zorg;
2. het systematisch vastleggen van de impliciete kennis van de vertrekkende huisartsen over hun oudere patiënten;<sup>4</sup>
3. het opsporen van ouderen die extra kwetsbaar zijn en op grond daarvan in aanmerking komen voor complexe zorg;
4. het structureel aanpakken van oneigenlijk geneesmiddelgebruik;
5. het vergroten van de expertise op het vlak van de ouderen- en geriatrische zorg in de praktijk (zowel bij de huisartsen als bij het overige personeel);
6. het (in samenhang met de vorige doelstelling) opzetten van een consultatierelatie met de tweede lijn.

De uitvoering werd gebaseerd op de regiefunctie van de huisarts in de ouderen- en geriatrische zorg in de eerste lijn.<sup>5</sup> Met andere woorden: de huisarts heeft overzicht van de problematiek van zijn oudere patiënten en delegeert, consulteert en verwijst op

*Een plan om kennis en expertise over oudere patiënten te behouden*



Met de goede werkwijze is ouderenzorg niet meer primair tijdrovend, maar juist interessant en boeiend.

beeld: Ellen Kok, HH

De foto's zijn niet gemaakt in de beschreven praktijk.

het juiste moment en op de juiste wijze. Dankzij de medewerking van de lokale zorgverzekeraar kon de huisartsenpraktijk een hbo-verpleegkundige aantrekken met ruime relevante werk- en levenservaring (doelstelling 1). Om de doelgroep goed te leren kennen en de derde doelstelling te realiseren, bezocht zij alle ouderen van 75 jaar en ouder die in de praktijk stonden ingeschreven, aangevuld met de ouderen tussen 65 en 75 jaar die al bij de huisarts bekend waren met multimorbiditeit. In totaal ging het om 197 patiënten.

Tijdens het bezoek nam de praktijkverpleegkundige de ouderen een vragenlijst af op basis van de Groningen Frailty Indicator.<sup>6</sup> De informatie die dat opleverde, heeft de verpleegkundige besproken met de huisarts van de betreffende patiënt. In dat gesprek gaf de huisarts een korte toelichting op het gevoerde beleid tot nu toe en bracht hij zijn impliciete kennis in over de patiënt. Vervolgens bepaalde de behandelend huisarts bij welke patiënten de praktijkverpleegkundige taken op zich zou nemen en in welke vorm (doelstelling 4). De verpleegkundige heeft de verzamelde infor-

matie en de vervolgspraken vastgelegd in het medisch dossier (doelstelling 2).

### Scholing

Om de expertise van de praktijkverpleegkundige op het gebied van de ouderenzorg verder te ontwikkelen (doelstelling 5) werd voor haar een in- en extern scholingsprogramma opgesteld. Met de internist ouderengeneeskunde uit het dichtstbijzijnde ziekenhuis heeft de praktijk vier keer per jaar een consultatierelatie opgezet. Aan dit overleg, dat in de huisartsenpraktijk wordt gehouden, nemen de huisartsen, de verpleegkundige, de internist en de patiënt deel. Het betreft casuïstiekbespreking met een hoog didactisch karakter, waarbij er direct een beleid met en over de patiënt wordt afgesproken. Het aantal 65-plussers dat bij de praktijk stond ingeschreven, steeg van 560 in 2005 tot 634 in 2007. Zoals gemeld, registreerde de praktijkverpleegkundige in die periode 197 patiënten (75-plussers en 65-plussers die bekend waren met multimorbiditeit). Bij 20 procent van deze 197 ouderen was er sprake van een tekortkoming in zorg. Toch is het niet tot zogeheten

vrijdagnamiddagopnamen gekomen, doordat de praktijkverpleegkundige tijdig de overbelasting van de mantelzorger heeft onderkend. Met vrijdagmiddagpatiënten wordt bedoeld op de opname vlak voor het weekend van patiënten met een somatisch probleem bij wie in het ziekenhuis blijkt dat er thuis van alles aan schort. Dikwijls blijkt dat de patiënt na herstel van het somatische probleem niet meer naar huis kan:

ofwel omdat de familie het niet meer aankan of omdat de zorg ontoereikend is. Dit leidt geregeld tot een langdurige opname als zogeheten 'verkeerdebedpatiënt'.

Vijf procent van alle ouderen in de huisartspraktijk bleek extra kwetsbaar en kwam op grond daarvan in aanmerking voor complexe zorg (doelstelling 3). Dit percentage komt overeen met de bevindingen van Melis, die concludeerde dat drie procent van alle ouderen in de huisartsenpraktijk kunnen worden beschouwd als kwetsbaar.<sup>7</sup> Tijdens het huisbezoek van de verpleegkundige kwam bij 19 procent van de 197 geregistreerde ouderen verkeerd medicijngebruik aan het licht (doelstelling 4). Zij lette specifiek op NSAID- en ben-

zodiazepinegebruik en interacties. Voor deze ouderen werd een wekelijkse medicijnbaxter geregeld. De verpleegkundige stelde bij 18 procent van de patiënten een cognitieve achteruitgang vast (MMSE) die niet bekend was.<sup>8</sup> Van de 197 patiënten wensten 16 geen bemoeienis van de verpleegkundige; 73 ouderen werden volledig aan de zorg van de praktijkverpleegkundige toevertrouwd. Zij nam bij deze patiënten de zorgcoördinatie, het regelen van voorzieningen, controles bij hypertensie en diabetes, medicatiebewaking en wondverzorging over van de huisarts. Bij 64 ouderen nam de verpleegkundige een deel van de zorg over en nam de huisarts de complexere problematiek voor zijn rekening, zoals beleid bij hartfalen, angina pectoris of COPD. In 44 gevallen werd afgesproken dat de verpleegkundige de patiënt in surveillance zou nemen. Dat wil zeggen dat zij deze patiënten één tot vier keer per jaar bezocht om polshoogte te nemen. De patiënten waarden de laagdrempelige periodieke controle door de praktijkverpleegkundige. Voor de huisartsen betekende dit een aanzienlijke taakverlichting. Door middel van wekelijkse besprekingen bleven zij op de hoogte en konden zij indien noodzakelijk bijsturen.

## **Bij 19 procent kwam verkeerd medicijngebruik aan het licht**

Voor de huisarts betekent de periodieke controle van de praktijkverpleegkundige een aanzienlijke taakverlichting.



## Opleidingsplaats

Volgens mijn collega's wordt het tijd om aan een vervolgopleiding te denken. Omdat niemand van ons 'algemeen internist' wil worden, maken we ons regelmatig druk over het bemachtigen van een schaarse opleidingsplaats voor het aandachtsgebied van onze keuze. Voor mij duurt dat nog enkele jaren, maar dat doet er niet toe. We moeten ons tijdig verdiepen in de spelers in het veld. De toewijzing van opleidingsplaatsen voor vakken als nefrologie, oncologie en infectieziekten is immers een duistere zaak, waarbij het de kunst is om nog voordat de plaats vrijkomt al een toezegging van een opleider te krijgen – om vervolgens te hopen dat hij zich aan zijn woord houdt. En wie dat niet lukt, vist achter het net.

Dus sta ik op een promotieborrel vanuit mijn ooghoeken te gluren naar de opleider van mijn aandachtsgebied. Ik overweeg om hem aan te spreken, maar weet niet wat ik zal zeggen. Plompverloren aanspreken met de mededeling dat ik een opleidingsplaats wil, lijkt me niet de beste manier. Hij heeft duidelijk ook wel iets beters te doen dan met mij over koetjes en kalfjes praten. Net als ik al mijn moed bij elkaar heb geraapt, loopt hij weg van de borrel. Helaas. Ik zal op een volgende kans moeten wachten.

Het zou een stuk gemakkelijker, eerlijker en duidelijker zijn als opleidingsplaatsen, net als andere vacatures, gewoon op internet of in vakbladen stonden. En dan zou op basis van kwalificaties en het sollicitatiegesprek de meest geschikte kandidaat moeten worden aangenomen. Want wat heb ik aan een prima cv en goede beoordelingen tijdens mijn opleiding, als mijn netwerkqualiteiten onderontwikkeld zijn?

Annemarie Bosch,  
aios

### SAMENVATTING

- De zorg voor kwetsbare ouderen hoort thuis in de huisartsenpraktijk. In een huisartsenpraktijk in Rijsenhout is een werkwijze ontwikkeld waarmee dit is te realiseren.
- De praktijk heeft een verpleegkundige ouderenzorg ingezet om kwetsbare ouderen in de thuissituatie te beoordelen.
- De huisarts houdt de regie over de ouderenzorg en de verpleegkundige voert een aantal tijdrovende medische en coördinerende taken uit.
- De huisarts overlegt regelmatig met een deskundige in de ouderengeneeskunde.

### Signaleringsfunctie

De beoordeling van de oudere patiënt gaf verheldering voor het gehele team. De assistente intensiverde haar signaleringsfunctie bij ouderen die frequent contact zochten met de praktijk. De praktijkverpleegkundige leerde van de patiëntbesprekingen en de huisartsen werden zich bewust van de nog niet onderkende problematiek. Als de kennis van de huisarts tekortschoot, kon dit aan de orde komen in de consultatiebijeenkomsten met de internist ouderengeneeskunde. Tijdens die bijeenkomsten sprak de internist met de huisartsen en verpleegkundige onder meer over de beoordeling van polifarmacie, medicatieaanpassing bij nierinsufficiëntie, ondersteuning diagnostiek bij twijfel over hartfalen of bronchitis, diagnostiek en behandeling polymyalgia rheumatica, diagnostiek en behandeling anemie en over diagnosticeren van en beleid bij multimorbiditeit (doelstelling 5 en 6).

### Grip

De doelstellingen van het plan lijken gehaald. De twee vertrekkende huisartsen hebben door tussenkomst van de praktijkverpleegkundige veel van hun impliciete kennis over hun patiënten kunnen overdragen op hun opvolgers. Dankzij deze systematische aanpak hebben hun opvolgers grip gekregen op de ouderenzorg. De vragenlijst die hiervoor is opgesteld, bleek bruikbaar om kwetsbare ouderen op te sporen en in kaart te brengen. Problemen die bij de huisarts (nog) niet bekend waren, kwamen door de aanpak aan het licht.

De huisartsen hebben hun kennis verbeterd door extra scholing, de systematische begeleiding van de praktijkverpleegkundige en door de regelmatige casusbesprekingen met de internist ouderengeneeskunde. Ziekenhuisopnamen waren er uitsluitend na een zorgvuldige afweging van lasten en baten.

De ouderenzorg is geen 'grijs monster' en hoeft dit ook niet te worden. Het delegeren van een aantal zaken geeft de huisarts lucht om de ouderenzorg op een kwalitatief hoger niveau te brengen. De ouderenzorg wordt hierdoor niet meer primair tijdrovend en zwaar, maar juist interessant en boeiend. De huisarts kan de ouderenzorg in zijn volle omvang uitoefenen, mits hij goed wordt ondersteund door een praktijkverpleegkundige en hij een specialist kan raadplegen.

Tot slot is een goede financiële ondersteuning vanuit de zorgverzekeraar essentieel. 



Eerdere MC-artikelen over de ouderenzorg vindt u via de digitale versie van dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl). Daar vindt u ook de literatuurlijst.

#### Referenties

1. Wammes H, Er komt een grijs monster naar de ziekenhuizen toe, NRC Handelsblad 18-01-2008.
2. Eerstelijnsnetwerken voor ouderen met multimorbiditeit, Medisch Contact 2007: 62 (48): 1973.
3. Wind AW, Timmers AP, Assendelft WJJ, Gussekloo J. Het totaalplaatje telt. Medisch Contact 2007: 62 (10): 421-3.
4. Relevante patiënteninformatie opgeslagen in het geheugen van de huisarts.
5. Gercama AJ, Horst HE van der, Stalman WAB. Van spil tot regisseur. Medisch Contact 2007: 62: 1603-5.
6. Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets PJ. Old or frail: What tells us more? J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 2004: 59: M962-M965.
7. Melis R. Caring for vulnerable older people who live in the community (Proefschrift). Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2008.
8. Jansen A, van Hout H, van Marwijk H, de Vet H, Stalman W. Betere detectie van dementie. H&W 2008: 51(3): 115-9.