

# Taakherschikking binnen de extramurale ouderengeneeskunde

De verpleegkundig specialist chronische zorg in de eerstelijns ouderengeneeskunde; beschrijving van een werkwijze

A. Betlem MSc, verpleegkundig specialist, ouderengeneeskunde Zorgbalans, Haarlem

A.W. Hilgers MSc, verpleegkundig specialist, ouderengeneeskunde Zorgbalans, Haarlem

In de regio Zuid-Kennemerland wordt door verpleegkundig specialisten gepionierd met extramurale consulten op het gebied van de ouderengeneeskunde. Zij doen consulten aan huis waarbij problematiek van veelal kwetsbare ouderen wordt geïnventariseerd en gediagnosticeerd door middel van een geriatrisch assessment. Verpleegkundig specialisten worden zo ingezet om aan de toenemende vraag naar extramurale consulten door de specialist ouderengeneeskunde te kunnen voldoen.

## Casus

De dochter van een 87-jarige mevrouw, bekend met artrose en hypertensie, bezoekt de huisarts. Ze maakt zich zorgen over de toenemende vergeetachtigheid van haar moeder. Na het overlijden van haar vader vier jaar geleden, begon dat op te vallen. De laatste maanden gaan er vaker dingen mis: ze rommelt met haar medicatie, ze warmt de diepvriesmaaltijden niet meer op en de persoonlijke hygiëne gaat achteruit. Moeder zegt dat er niets aan de hand is en houdt hulp van vreemden af. Ze wilde zelf niet mee naar de dokter. Als de huisarts een visite bij haar aflegt vertelt ze dat het lopen moeilijk gaat en ze er slecht tegen kan zoveel alleen te zitten, 'maar ik ga niet naar een bejaardenhuis hoor!' Ze vergeet ook weleens iets, 'maar wat wil je als je 86 bent'. De huisarts zegt het belangrijk te vinden haar door de verpleegkundig specialist te laten onderzoeken. Zo kan bekeken worden hoe mevrouw het beste geholpen kan worden bij haar wens zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Mevrouw vindt het goed als de verpleegkundig specialist op huisbezoek komt.

## Inleiding

Terwijl verpleegkundig specialisten (VS) in de tweede lijn steeds beter geïntegreerd zijn, blijkt uit recent onderzoek van het Radboudumc dat taakherschikking in onder andere de eerstelijns ouderenzorg nog in de kinderschoenen staat.<sup>1</sup> In de eerste lijn wordt ernaar gezocht hoe de functie van VS het beste tot zijn recht kan komen. Ook in Zuid-Kennemerland, bij een grote VVT-organisatie, wordt gepionierd op dit vlak. Verpleegkundig specialisten doen daar extramurale consulten op het gebied van de ouderengeneeskunde. In dit artikel wordt uiteengezet hoe dit georganiseerd is, welke uitdagingen er spelen en wat de meerwaarde is van deze manier van werken.

Sinds een aantal jaar werken twee verpleegkundig specialisten in een extramuraal behandelteam samen met vijf specialisten ouderengeneeskunde. Het team werkt volgens een vaste werkwijze. De activiteiten zijn afhankelijk van de vraagstelling. Dit betreft geriatrische assessments, uitvoeren van diagnostiek bij een vermoeden van dementie,

polyfarmacie, consult en medebehandeling. De verpleegkundig specialisten doen net als de specialisten ouderengeneeskunde consulten, nadat patiënten daarvoor zijn verwezen door de huisarts. De huisarts draagt zorg voor de algemene geneeskundige zorg. Voor meer specifieke geneeskundige ouderenzorg kan de huisarts het extramuraal behandelteam in consult vragen. Over het algemeen gaat het om vragen bij cognitieve problemen, mobiliteitsproblemen en advies met betrekking tot zorg en opname. Ook verwijzingen met betrekking tot probleemgedrag bij ouderen en de late gevolgen van een CVA komen voor.

## Kaders

De verpleegkundig specialisten doen zowel diagnostiek als medebehandeling. Om de kwaliteit van de geboden zorg door de verpleegkundig specialist te waarborgen, zijn kaders gecreëerd waarbinnen deze specialist haar taken vervult; dit is het deskundigheidsgebied van de verpleegkundig specialist. Er zijn afspraken gemaakt over welke consulten door de verpleegkundig specialist worden gedaan en welke consulten door de specialist ouderengeneeskunde. Deze afspraken zijn vastgelegd in een handboek. Het handboek werd opgesteld door de verpleegkundig specialisten en

specialisten ouderengeneeskunde van de organisatie. Een van de afspraken is dat gewerkt wordt volgens het 'stepped care'-model. Dit betekent dat bij een verwijzing op basis van de voorgeschiedenis van de patiënt, de mate van urgentie en vraagstelling van de huisarts een inschatting gemaakt wordt van de complexiteit van de casus. Laag en matig complexe verwijzingen gaan naar de verpleegkundig specialist, complexe verwijzingen worden door de specialist ouderengeneeskunde opgepakt. Zo worden patiënten bij wie veel somatische problemen spelen bijvoorbeeld gezien door de specialist ouderengeneeskunde. De verpleegkundig specialisten zien over het algemeen de patiënten bij wie de cognitieve problemen centraal staan. Is er sprake van een uitgebreidere psychiatrische voorgeschiedenis, dan wordt opgeschaald naar de specialist ouderengeneeskunde.

## Geriatrisch assessment

Een geriatrisch assessment is het onderzoek waarin aandoeningen en problemen van ouderen worden geïnventariseerd en gediagnosticeerd.<sup>2</sup> Daarnaast worden de gevolgen op de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van de oudere patiënt in kaart gebracht en wordt de belasting van de mantelzorger geïnventariseerd. Het geriatrisch assessment

**Tabel 1.** Het geriatrisch assessment door verpleegkundig specialist met gebruikte instrumenten.

stappen geriatrisch assessment	meetinstrumenten
inventarisatie medische voorgeschiedenis bestaande afspraken rond advance care planning (ACP) medicatie	
anamnese speciële anamnese tractusanamnese functionele anamnese sociale anamnese heteroanamnese	IQCODE-N (A.F. Jorm en P.A. Jacomb, 1989. NL: De Jonghe JFM en Schmand B)
psychiatrisch onderzoek	MMSE – Mini-Mental State Examination – (Folstein, et al. (1975); NL: Kok RM, Verhey FRJ (2002)) Kloktekentest – (Smits, e.a.) GDS15 – (Brink et al., 1982 en Yesavage et al., 1983) MADRS Montgomery SA, Asberg M (1979); Svanborg P, Asberg M (1994); Nederlandse versie: Hartong EGTM, Goekoop JG (1985) NPI-Q/ NPI-NH – Neuropsychiatrische Vragenlijst Questionnaire – interview met een familielid van de patiënt (D. Kaufer, MD and J.L. Cummings, MD (1994). NL: De Jonghe JFM, Kat MG en Kalisvaart CJ (1997)) op indicatie Bij verdenking op delier: Deliriumschaal DOS – (De Jonghe, J.F.M. e.a., 2005)
lichamelijk onderzoek algemeen lichamenlijk onderzoek neurologisch onderzoek functioneel onderzoek	Barthel Index. (Post et al. 1995)
aanvullend (laboratorium) onderzoek	standaard: BSE, Hb, eGFR, TSH, Ngluc; overige bepalingen op indicatie
behandelplan/-advies analyse en conclusie vaststellen behandeldoelen in afstemming met de patiënt formuleren behandelplan/-advies en overleg met patiënt/mantelzorger en, eventueel, de verwijzer	

resulteert in een behandelplan of een behandeladvies voor de verwijzer. De behandoelen zijn op de patiënt/ mantelzorgers afgestemd en met hen besproken. De verpleegkundig specialisten zijn opgeleid om een geriatrisch assessment te doen. Bij een assessment vindt een inventarisatie plaats van de medische voorgeschiedenis en de medicatie. Vervolgens wordt een uitgebreide anamnese afgenomen: een speciële anamnese, een tractusanamnese, een functionele en sociale anamnese en ten slotte ook een heteroanamnese. Daarnaast vindt een oriënterend psychiatrisch en lichamelijk onderzoek plaats. Het lichamelijk onderzoek bestaat naast een algemeen lichamelijk onderzoek uit een oriënterend neurologisch onderzoek en functioneel onderzoek. Ten slotte vindt standaard aanvullend onderzoek plaats, zoals laboratoriumonderzoek en psychologische tests. Tijdens het assessment worden verschillende meetinstrumenten ingezet. In tabel 1 staat een overzicht van de stappen van het geriatrisch assessment met daarbij de meest gebruikte instrumenten. De assessments vinden veelal bij de kwetsbare ouderen thuis plaats. Na het geriatrisch assessment formuleert de verpleegkundig specialist een conclusie en schrijft een behandelplan met daarin de adviezen en acties. Het behandelplan wordt opgesteld volgens het SFMPC-model: somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief. Het is een methode om de veelheid van problemen die bij oudere patiënten kunnen spelen te ordenen. In het behandelplan staat beschreven welke discipline wat gaat doen. Vaak zijn er adviezen aan de huisarts om uit te voeren. Soms wordt de verpleegkundig specialist medebehandelaar (zie verder). Vaak wordt de wijkverpleegkundige met aandachtsgebied ouderenzorg betrokken bij de uitvoering van het plan. Ook andere disciplines kunnen ingeschakeld worden.

## Dementie

In het eerdergenoemde handboek zijn afspraken gemaakt met betrekking tot de diagnostiek bij cognitieve stoornissen. De verpleegkundig specialist kan de diagnose dementie binnen de kaders van de NHG-standaard Dementie stellen.<sup>3</sup> Dit betekent dat er een zogenaamde syndroomdiagnose gesteld wordt. Soms is er noodzaak of behoefte aan nosologische diagnostiek waarbij onderzoek wordt gedaan naar de onderliggende hersenziekte die het syndroom veroorzaakt. Bij een dementieel beeld gaat het erom aan te tonen of er bijvoorbeeld sprake is van de ziekte van Alzheimer of een vasculaire dementie. Indien dit de vraag is, overlegt de verpleegkundig specialist met de specialist ouderengeneeskunde. Ook indien de verpleegkundig specialist een vermoeden van een specifieke vorm van dementie heeft (zoals een dementie met Lewy bodies of een frontotemporale dementie) en bij diagnostische twijfel wordt afgestemd met de specialist ouderengeneeskunde.

## Vervolg casus

De verpleegkundig specialist vindt bij het onderzoek cognitieve stoornissen op het gebied van geheugen en executief functioneren. De stoornissen zijn geobjectiveerd met de MMSE, waarop mevrouw 19 van de te behalen 30 punten scoort. (Het afkappunt bij de MMSE is afhankelijk van leeftijd en opleidingsniveau. Een score < 24 is sterk indicatief voor dementie.) De kloktest is gestoord. Uit de heteroanamnese blijkt dat de geleidelijk ontstane stoornissen het dagelijks leven in belangrijke mate doorkruisen: het lukt mevrouw niet haar medicatie-inname goed te organiseren, zij kan niet meer omgaan met de magnetron waardoor ze minder eet en is afgevallen, en haar dochter doet de administratie en helpt bij het nemen van beslissingen. Uit het onderzoek blijkt dat een depressie of delier kan worden uitgesloten. Verder wordt een verhoogde valneiging op basis van orthostatische hypotensie en de gevolgen van artrose geconstateerd. Aanvullend laboratoriumonderzoek laat een vitamine D-deficiëntie zien.

De verpleegkundig specialist stelt de diagnose dementie, bespreekt bevindingen en conclusie met patiënte en haar dochter en stuurt het complete onderzoekverslag met adviezen naar de huisarts.

### Adviezen

- herziening antihypertensiva en controle
- suppletie vitamine D3
- inzet ergotherapeut voor aanpassingen aan huis
- inzet verpleegkundige ouderenzorg voor casemanagement met aandacht voor:
  - inzet thuiszorg voor begeleiding en toezicht bij medicatie-inname en borgen van persoonlijke hygiëne
  - mevrouw motiveren voor een ontmoetingscentrum voor mensen met dementie
  - maaltijdservice aan huis

## Medebehandeling

Naast de diagnostische taken heeft de verpleegkundig specialist taken op het gebied van medebehandeling. Zo kan zij het gebruik van cholinesteraseremmers ('dementieremmers') volgens protocol monitoren. Ook de evaluatie van werking en bijwerkingen van andere medicatie zoals bij de ziekte van Parkinson of het vervolgen van antidepressiva is een taak die de verpleegkundig specialist op zich kan nemen. Het stellen van de indicatie voor het gebruik van deze medicatie is een taak die bij de specialisten ouderengeneeskunde ligt. Daarnaast denkt de verpleegkundig specialist mee met de huisarts over verwijsmogelijkheden bij complexe zorgproblematiek en diagnostische mogelijkheden bij allochtone ouderen en ouderen die geneigd zijn zorg te weigeren.

De verpleegkundig specialist werkt samen met meerdere disciplines. Behalve met de specialist ouderengeneeskunde en de huisartsen vindt frequent overleg plaats met verpleegkundigen ouderenzorg, die bij veel patiënten het

casemanagement uitvoeren. Daarnaast wordt samengewerkt met (geriatisch) fysiotherapeuten, ergotherapeuten, GZ-psychologen, thuiszorgteams, ontmoetingscentra, WMO-adviseurs en sociale wijkteams. Ook vindt afstemming plaats met ziekenhuis en verpleeghuis. Het contact vindt plaats in zogenaamde consultatiesprekken of multidisciplinaire overleggen. Door de aard van het werk vindt er ook veel telefonisch overleg plaats.

Met het zorgkantoor werden afspraken gemaakt over de financiering van de verpleegkundig specialisten. Zij kunnen declareren volgens de subsidieregeling voor extramurale behandeling zoals die ook voor specialisten ouderengeneeskunde geldt. Voorwaarde is dat de verpleegkundig specialist onder de verantwoordelijkheid en directe aansturing van de specialist ouderengeneeskunde werkt.<sup>4</sup>

## Uitdagingen

28

Als pioniers hebben de verpleegkundig specialisten in deze setting te maken met een aantal uitdagingen. Zo heeft het merendeel van de professionals waarmee samengewerkt wordt in de regio geen problemen met het feit dat een verpleegkundig specialist de syndroomdiagnose dementie stelt, maar vraagt deze nieuwe werkwijze wel geregeld om uitleg. Een andere uitdaging is om te objectiveren in hoeverre de inzet van de verpleegkundig specialist bijdraagt aan aspecten als klanttevredenheid, ervaren ondersteuning door de huisarts en doelmatigheid. Door het beperkte aantal verpleegkundig specialisten dat op deze manier werkt in de regio, is het ten slotte een uitdaging om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een breed gedragen visie op de positie van de verpleegkundig specialist in het extramurale consultatieaanbod.

## Meerwaarde

De verpleegkundig specialisten werken, in tegenstelling tot de specialisten ouderengeneeskunde, een groot deel van de tijd vanuit de huisartsenpraktijken waar een deel van de verwijzingen vandaan komt. Een groot voordeel is het laagdrempelig contact hierdoor tussen huisartsen en verpleegkundig specialist. Door haar verpleegkundige achtergrond en de daaruit voortkomende brede blik van de verpleegkundig specialist, is de ervaring dat zij behalve voor de medische aspecten veel aandacht heeft voor het sociale domein van de patiënt, zoals een bevredigende dagbesteding en overbelaste mantelzorger. Ook is zij goed in staat om een brugfunctie te vervullen tussen professionals in het medisch, zorg- en welzijnsdomein. Door de toename van het aantal kwetsbare ouderen in de thuissituatie door de vergrijzing en het overheidsbeleid neemt het aantal verwijzingen van huisartsen voor consulten op het gebied van de ouderengeneeskunde toe. Landelijk en ook in de regio Zuid-Kennemerland bestaat een groot tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. De inzet van verpleegkundig specialisten zoals in dit artikel beschreven vormt een bijdrage aan de oplossing van dit probleem. Ten slotte kan door de inzet van verpleegkundig specialisten meer zorg in de eerste lijn plaats vinden en kan het aantal verwijzingen naar de tweede lijn beperkt worden.

---

### Literatuur

- 1 Lovink M, Van Vught A, Van den Brink G, Laurant M. Eindrapport Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc, 2017.
- 2 Verenso. Geriatisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde. [www.verenso.nl](http://www.verenso.nl); geraadpleegd oktober 2017.
- 3 Nederlands Huisartsengenootschap. NHG standaard dementie, 2013. [www.nhg.org](http://www.nhg.org); geraadpleegd oktober 2017.
- 4 Waardigheid en trots. Wegwijzer zorgvernieuwing: positionering en bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde, naast de huisarts. 2016. [www.waardigheidentrots.nl](http://www.waardigheidentrots.nl); geraadpleegd december 2017.