

Consultatie bij complexe geriatrische problematiek

Het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam

Th. Collijn en A. Kerkstra

Bij complexe geriatrische problematiek blijkt een geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam een goede ondersteuning te zijn voor de huisarts als aanvulling op de consultatie van het verpleeghuis.

AL ENIGE JAREN blijkt er behoefte te bestaan aan tijdige en diagnostisering van ziekteverschijnselen bij thuiswonende ouderen. Omdat het ziektebeeld soms zeer complex is en er sprake kan zijn van interactie tussen lichamelijke, psychische en sociale oorzaken, zou deze diagnosestelling in een aantal gevallen multidisciplinair moeten worden aangepakt.

In de meest recente nota's inzake het ouderenbeleid wijst het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur op het belang van gerichte interventie vóór escalatie van complexe geriatrische problematiek ontstaat.^{1,2} In die nota's wordt met name gewezen op de noodzaak tot het bevorderen van vroege diagnostiek om onnodige verergering te voorkomen, alsmede op het belang van een goede coördinatie van de geriatrische zorg in de eerste lijn. Deze coördinatie zou moeten verbeteren via een multidisciplinaire aanpak van geriatrische problemen in de eerste lijn en het vergroten van de consultatiemogelijkheden vanuit de tweede lijn. Dit gedachtengoed wordt onderschreven door diverse betrokken organisaties.^{3,4} In de huidige situatie komen ouderen vaak in een zeer laat stadium met hun probleem terecht bij een Riagg of de polikliniek van een verpleeghuis. Vroegtijdige onderkenning en behandeling zou moeten voorkomen dat een cumulatie van de problematiek leidt tot een onomkeerbare en zich steeds verslechterende individuele situatie, die op den duur het zelfstandig thuis wonen onmogelijk maakt.⁵ Een multidisciplinaire aanpak in de vorm van een geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam lijkt geschikt om de gesignaleerde lacu-

nes in te vullen. Elders in het land zijn vergelijkbare initiatieven gestart.⁶⁻⁸

In dit artikel wordt nagegaan of een geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam als geschikt instrument ter ondersteuning van huisartsen inzake complexe geriatrische problematiek kan worden beschouwd.

Hoe werkt het team?

Het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam wordt gevormd door een kernteam, bestaande uit een ervaren verpleeghuisarts en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Het team kan desgewenst gebruikmaken van de expertise van een netwerk van hulpdisciplines. Formeel bestaat het netwerk uit twee medisch specialisten: een internist en een neuroloog. Daarnaast kunnen eveneens paramedici worden geconsulteerd.

Het doel van het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam is het op aanvraag ondersteunen van huisartsen met advies inzake patiënten met complexe geriatrische problematiek. Daarnaast moet de instelling van het team leiden tot een vroegtijdige onderkenning en diagnostisering van complexe geriatrische problematiek, waardoor de patiënt tijdig adequate zorg kan ontvangen. Inherent hieraan is de preventie van escalatie van de problematiek die bedreigend kan zijn of worden voor de zelfstandigheid van thuiswonende ouderen.

Na telefonische of schriftelijke consultatie door de huisarts verricht het team een uitvoerig sociaal en medisch onderzoek en formuleert vervolgens een medische, sociale en psychologische diagnose alsmede een advies inzake behandeling en zorg. Elk advies is toegespitst op de situatie van de individuele patiënt en dient concreet en uitvoerbaar te zijn.⁹

In de regio Noord/Oost van Rotterdam is per 1 mei 1991 een geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam gestart. In de loop van 1991 en 1992 zijn nog twee teams ingesteld: het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam Centrum/Noord/West en het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam Zuid. De hier beschreven evaluatie heeft betrekking op het

team in de regio Noord/Oost van Rotterdam.

Methode

Patiënten

Gedurende een periode van zes maanden (januari tot en met juni 1992) werd het team door 25 huisartsen voor 32 patiënten geconsulteerd. Twee aanmeldingen werden ingetrokken; één patiënt bleek terminaal te zijn, de andere patiënt stemde alsnog in met opname in een verpleeghuis. De resterende onderzoeksgroep bestaat uit 30 patiënten: 11 mannen en 19 vrouwen. De gemiddelde leeftijd bij de mannen is 77 jaar. Bij de vrouwen is de gemiddelde leeftijd hoger, namelijk 84 jaar. De patiëntengroep kan als volgt worden gekarakteriseerd:⁹ ze lijden met name aan hart- en vaatziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat en het endocrien/metabolisch systeem. Daarnaast komen psychische klachten als eenzaamheid en depressieve gevoelens, alsmede sociale problemen, veel voor. Patiënten lijden aan concentratie- en geheugenstoornissen en verlies van initiatief. De meeste patiënten verkeren in een slechte lichamelijke conditie, hebben een lage mobiliteit en moeten veel hulp hebben bij ADL-activiteiten. Men ontvangt zorg van formele aard - met name thuis hulp (gezinsverzorging) en wijkverpleging - en van informele aard, met name van kinderen en partner.

Samengevat verkeren de patiënten voor wie de huisarts het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam consulteert in een slechte lichamelijke conditie en is er sprake van zowel psychologische als sociale problematiek.

Meetinstrumenten

Gegevens over het behandeladviesproces zijn als volgt verzameld:

1. Op een *aanmeldingsformulier* werden naast personalia, de klachten/problemen, duur van de klachten, behandeling en/of medicatie vermeld. Verder kon worden aangegeven of en welke relevante medische gegevens worden overgedragen. Bij een schriftelijke aanmelding vulde de

verwijzende huisarts het formulier in, bij een telefonische aanmelding deed de arts van het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam dit.

2. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige registreerde de bevindingen van haar onderzoek bij de patiënt thuis op een formulier registratie thuisituatie. Dit formulier was opgedeeld in drie categorieën: 1. algemene lichamelijke toestand: functies van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), functies van de bijzondere dagelijkse levensverrichtingen (BDL), incontinentie, decubitus, zintuigen en contactfuncties, hand- en arm functies en lichamelijke conditie; 2. algemene psychische toestand; hierbij wordt informatie verzameld over het gevoelsleven, gedrag, geheugen- en oriëntatiefuncties; 3. sociale gegevens; deze hebben betrekking op het ontvangen van formele en informele zorg, huisvesting, woonsituatie en bereikbaarheid/geschiktheid van de woning, alsmede woningaanpassing, hobby's, huisdieren en de financiële situatie.

3. Op een conclusie- en behandeladviesformulier werden diagnose en behandeladvies door de arts en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige gezamenlijk beschreven. De diagnose is uitgesplitst naar somatische factoren, psychische factoren en sociale factoren. Het eigenlijke behandeladvies is onderverdeeld in de categorieën paramedische diensten, verpleging en verzorging thuis, psychosociale begeleiding, ambulante verwijzing, andere woonvormen, opname, aanpassen medicatie en overige adviezen.

Daarnaast registreerde de arts van het geriatrisch diagnose- en adviesteam zijn of haar bevindingen in de medische status. Deze informatie was niet beschikbaar voor het onderzoek. De bevindingen werden schriftelijk gerapporteerd aan de huisarts, waarbij het conclusie- en behandeladvies als bijlage werd meegestuurd. Op verzoek van de huisarts kon een bespreking van het advies plaatsvinden. Aan de consult vragende huisartsen heeft de onderzoeker op twee tijdstippen telefonisch een beoordeling gevraagd van het advies van het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam. De eerste beoordeling was direct na ontvangst van het advies; hierbij werden concreetheid, nieuwe gezichtspunten, uitvoerbaarheid en bruikbaarheid van het diagnose- en behandeladvies beoordeeld. De tweede beoordeling was twee maanden na het eerste; hierbij werd geïnformeerd of het advies was opgevolgd en of de situatie van de patiënt was verbeterd, verslechterd of gestabiliseerd.

Resultaten

1. De toegevoegde waarde van de dia-

gnose van het team is bepaald door per patiënt een vergelijking te maken tussen deze diagnose en de klachten/diagnoses gerapporteerd door de huisarts bij aanmelding van de patiënt. Ten tijde van de aanmelding bij het team zijn drie patiëntengroepen te onderscheiden: patiënten met alleen somatische diagnoses, patiënten met alleen psychologische diagnoses en patiënten met beide diagnoses. Het team heeft vastgesteld dat bij alle patiënten sprake is van somatische en psychologische problematiek. Het team heeft derhalve zowel somatische als psychologische diagnoses toegevoegd. De aanvullende somatische diagnoses betreffen hart- en vaatziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat, ogen, oren en het endocrien/metabolisch systeem. Additioenele psychologische problematiek betreft met name geheugenstoornissen en depressie. Verder is er bij vrijwel alle patiënten sprake van sociale problemen.

2. Het advies is in acht categorieën onderverdeeld. Deze categorieën en het aan-

tal patiënten bij wie ze geadviseerd zijn, zijn weer te vinden tabel 1.

Medicatieadviezen en adviezen in de categorie overige (bijvoorbeeld aangepast schoeisel, loopstok, etc.) worden het meest gegeven. Daarnaast heeft een groot deel van de patiënten verzorging en verpleging, thuis of elders (verzorgingshuis en verpleeghuis). Het doel van de verschillende adviezen is doorgaans ondersteuning en ontlasting van de mantelzorg.

De toegevoegde waarde van het behandeladvies van het team kan worden afgeleid door per patiënt een vergelijking te maken tussen de ontvangen formele zorg zoals geregistreerd door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige ten tijde van de aanmelding en de adviezen verstrekt door het team. Deze procedure is alleen mogelijk voor zorgcategorieën waarover informatie beschikbaar is van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en is derhalve beperkt tot de categorieën in tabel 1 weergegeven met een asterisk (bijvoor-

Tabel 1. Behandeladviezen gegeven door het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam N=30 patiënten).

	aantal adviezen	
paramedische disciplines	8	(8)
thuishulp en wijkverpleging	14 *	(11)
psychosociale ondersteuning (AMW, Riagg)	9 *	(9)
ambulante verwijzing (dagbehandeling, dagverzorging)	15 *	(11)
andere woonvorm	7	(7)
opname (ziekenhuis, verpleeghuis, flankerend beleid)	6	(6)
medicatie	30	(18)
overige adviezen	34	(16)
Het aantal patiënten staat tussen () weergegeven.		
* Verklaring: zie artikeltekst.		

Tabel 2. Het oordeel van de huisarts over het diagnose- en behandeladvies van 22 patiënten, direct na ontvangst.

	ja	ten dele	nee
advies concreet	17	5	-
nieuwe gezichtspunten	11	-	11
advies uitvoerbaar	12	8	1
advies bruikbaar	19	-	2

Tabel 3. Mate waarin het behandeladvies van 24 patiënten na twee maanden is opgevolgd door de huisartsen.

	aantal adviezen	opgevolgd	deels	niet	onbekend
paramedische disciplines	7 (7)	3	-	4	-
thuiszorg en wijkverpleging	11 (9)	4	1	4	2
psychosociale ondersteuning	5 (5)	3	-	1	1
ambulante verwijzing	11 (9)	4	-	4	3
andere woonvorm	6 (6)	5	-	1	-
opname	4 (4)	4	-	-	-
medicatie	28 (16)	24	-	2	2
overige adviezen	22 (13)	10	-	9	3
Het aantal patiënten staat tussen () weergegeven.					

beeld over fysiotherapie behandeling is geen voorinformatie bekend).

Uit een vergelijking op het niveau van de individuele patiënt blijkt dat het advies een toevoeging van zorg en behandeling inzake thuishulp en wijkverpleging alsmede psychosociale ondersteuning en verwijzing naar de dagbehandeling en dagverzorging betreft. Het advies is supplementair ten aanzien van de actuele situatie van de patiënt. Er worden relevante zorgaspecten toegevoegd.

3a. Beoordeling op korte termijn. In totaal waren 30 behandeladviezen beschikbaar voor een beoordeling door de huisarts. Echter, het advies van acht patiënten kwam pas in een vrij laat stadium in het bezit van het Nivel (problemen met de privacy, niet doorgestuurd door de arts van het team), reden waarom het niet zinvol werd geacht de verwijzer alsnog te benaderen met de eerste beoordelingsvragen. Deze verwijzers zijn wel benaderd voor beoordeling II, waarin het opvolgen en resultaat van het advies is geïnventariseerd. Achttien huisartsen gaven een eerste beoordeling van het behandeladvies van 22 patiënten (zie tabel 2). Voor de meerderheid van de patiënten vinden de huisartsen het advies concreet en bruikbaar. Bij de helft van de patiënten bevat het advies nieuwe gezichtspunten. Bovendien is men van mening dat het goed is iemand anders te laten kijken met een frisse blik. Voor meer dan de helft van de patiënten vinden de huisartsen het gehele behandeladvies goed uitvoerbaar. Echter, een aantal van hen geeft aan dat het waarschijnlijk niet zal lukken, omdat de patiënt niet gemotiveerd is mee te werken. Verder geeft men aan dat het advies van het team een ondersteuning is van hun eigen mening en vermoedens. Daarbij is het advies zinvol als een 'second opinion' in de richting van de familie. Verder wordt opgemerkt, dat men de multidisciplinaire benadering waardevol vindt, omdat op deze wijze alle factoren, waaronder de sociale, naar voren komen.

3b. De beoordeling van het resultaat van het behandeladvies op langere termijn kon voor 24 patiënten worden nagegaan.*

In totaal kon voor 94 adviezen worden vastgesteld of ze zijn opgevolgd (tabel 3). Het blijkt dat 61,7% van de adviezen (deels) werd opgevolgd door de huisarts. De adviezen inzake medicatie, opname in ziekenhuis of verpleeghuis of verhuizen naar een verzorgingshuis werden veelal overgenomen. Van de overige adviezen namen de huisartsen de helft over. Het

Van 6 patiënten ontbreekt deze beoordeling. De redenen hiervoor zijn respectievelijk: niet te traceren vanwege de anonieme formulieren (3 patiënten), onvolledig conclusie- en behandeladvies-formulier (1 patiënt), geen reactie van de verwijzer (1 patiënt) en een overleden patiënt.

gebrek aan motivatie van de patiënt bleek een belangrijke factor te zijn bij het niet opvolgen van adviezen.

de patiënt in de bestaande woonsituatie is eveneens gerealiseerd: 20 van de 24 patiënten van wie de huisarts een twee-

Tabel 4. Toestand van de patiënt in vergelijking met tijdstip ontvangst behandeladvies (n=24).

	verbetering	geen verandering	achteruit	onbekend
somatisch	6	9	5	4
psychosociaal	4	11	5	4

4. Twee maanden na ontvangst van het advies is, volgens de geïnterviewde huisartsen, bij 25% van de patiënten een daadwerkelijke verbetering opgetreden in somatisch opzicht en bij 17% in psychosociaal opzicht. Daarnaast blijkt dat bij het merendeel van de patiënten de toestand zich heeft gestabiliseerd (zie tabel 4). Bij vier patiënten kon de huisarts geen uitspraak doen omtrent de actuele psychosociale en somatische toestand.

Beschouwing

Op basis van de resultaten kunnen we concluderen, dat er een toegevoegde waarde is van het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam ten aanzien van de diagnoses: er zijn zowel somatische als psychologische diagnoses toegevoegd. De aanvullende somatische diagnoses komen, voor zover vergelijkbaar, overeen met ander onderzoek betreffende consultatiemogelijkheden voor geriatrische problematiek.¹⁰ Ook voor het advies inzake zorg en behandeling vertegenwoordigt het team een toegevoegde waarde. De huisartsen beoordelen de consultatie positief, maar niet alle adviezen worden opgevolgd. Van de beoordeelde adviezen is 61,7% (deels) opgevolgd door de huisarts. Deze mate van opvolging bij complexe geriatrische problematiek stemt overeen met de bevinding van Schrijnemakers en Haveman.¹¹ Qua inhoud stemt het hoge aantal medicatieadviezen eveneens overeen met andere studies.^{10,11}

Strikt genomen is er bij slechts een klein aantal patiënten sprake van een verbetering in somatische en psychosociale toestand. Gezien de precare gezondheids-toestand van deze ouderen kan worden gesteld dat de classificatie 'geen verandering' eveneens een positieve bevinding is.

Bij de beschrijving van het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam is een aantal doelstellingen geformuleerd. Hieromtrent kan het volgende worden geconcludeerd: De ondersteuning van de huisartsen met advies is gerealiseerd, aangezien dezen het team daadwerkelijk hebben geraadpleegd. Uit een vergelijking met het aantal consultaties bij een provinciaal geriatrisch consultatiepunt blijkt dat het team in een specifiek stadsdeel vaker wordt geconsulteerd.¹⁰ Handhaving van

de beoordeling gaf bleken nog steeds thuis te wonen. Gezien de conditie van de patiënten kan worden gesteld dat de consultatie van het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam door de huisarts niet in de beginfase van de problematiek plaatsvindt. Vooralsnog blijkt vroegtijdige diagnostiek van complexe geriatrische problematiek niet haalbaar te zijn. Deze bevinding sluit aan bij ander onderzoek waarin deskundigen hun twijfel uiten over het tijdig consulteren door de huisarts van geriater of verpleeghuisarts, met name bij psychogeriatrische problematiek.¹²

De huisarts speelt een vooraanstaande rol in de zorg voor ouderen. Van de ouderen boven de 65 jaar valt 98% onder zijn verantwoordelijkheid.¹³ Ten aanzien van de bij huisartsen ervaren tekorten in deskundigheid van complexe geriatrische problematiek lijkt het geriatrisch diagnose- en behandeladviesteam dan ook een geschikt ondersteuningsinstrument.¹⁴ Zelfs bij een kleine groep patiënten zijn positieve resultaten waarneembaar. De expertise van de teamleden heeft geresulteerd in een toevoeging ten aanzien van de diagnostiek en van de behandeladviezen. Feitelijk vormt het team een aanvulling op de bestaande consultatiefunctie van het verpleeghuis, aangezien standaard uitgebreid medisch, sociaal en psychologisch onderzoek wordt verricht. In het kader van de consultatiefunctie worden andere disciplines geraadpleegd ná een inschatting door de verpleeghuisarts.¹⁵ De noodzaak van een multidisciplinaire aanpak bij complexe geriatrische problematiek is onder meer gebleken uit de toegevoegde diagnoses inzake psychische en sociale problematiek. Gezien het belang van de motivatie van de patiënt bij de opvolging van het advies, lijkt het zinvol bij verder onderzoek op dit terrein ook het gezichtspunt van de patiënt in het geheel te betrekken.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Stichting Sociaal Geriatrisch Gerontologisch Centrum, namens de projectgroep Geriatrisch Diagnose en behandeladviesteam te Rotterdam.

dr Th. Collijn,
dr A. Kerkstra,
Nivel te Utrecht

De bij dit artikel behorende literatuurlijst is bij de redactie opvraagbaar.