

Verborgene zorgbehoeften bij ouderen. Ambulante geriatrische consultatie in de praktijk, een dossieronderzoek

Auteurs: Aafke J. de Groot, Brigitte T. Spalburg, Maritza Allewijn, Marja F. I. A. Depla

Samenvatting

Over het algemeen blijven ouderen, ook hoogbejaarden, langer vitaal en onafhankelijk. Ouder worden kan echter ook geleidelijk of plotseling gepaard gaan met kwetsbaarheid. Een multidisciplinair assessment kan dan nodig zijn voor een samenhangend zorgadvies. Het Vivium ABC (Advies en Behandel Centrum) is een regionaal werkend multidisciplinair ambulante ouderenteam dat zich sinds 2003 bezighoudt met de complexe zorgproblematiek van kwetsbare ouderen in de regio Gooi Noord en noordelijke Vechtstreek. In 2009 werd een dossieronderzoek verricht om inzicht te verkrijgen in de verwijsvragen en karakteristieken van alle cliënten die in dat jaar werden aangemeld. 84 consulten werden geanalyseerd. Van de cliënten woonde 32% thuis en 61% in een zorgcentrum. De cliënten van het Vivium ABC zijn overwegend zeer oude mensen: bijna 60% is ouder dan 85 jaar. Zij zijn in meerderheid vrouw en alleenstaand. De consultvraag, die meestal niet eenduidig is, heeft in meerderheid betrekking op diagnostiek naar cognitieve achteruitgang. Uit het multidisciplinaire assessment komen relatief veel niet eerder vastgestelde cognitieve, gedrags- en sociale problemen aan het licht, hetgeen bevestigt dat de problematiek van ouderen complex is. Geconcludeerd wordt dat het op een systematische manier in kaart brengen van de problemen van kwetsbare ouderen de kans vergroot dat zij passende zorg krijgen. Vervolgstudies zijn nodig om de effectiviteit en doelmatigheid van deze interventie te evalueren.

Hidden care needs in elderly people. A descriptive study of an outpatient geriatric consultation practice in The Netherlands.

Abstract

In general older adults, even the oldest old are community dwelling and vital. However, vulnerability can silently or suddenly exist. Multidisciplinary assessment of health problems and disabilities is necessary to compose a comprehensive intervention program. In the Netherlands, a team specialised in elderly care accomplishes home-based assessments. In 2009 we conducted a case study aiming to describe the characteristics of the patients and the reasons for consultation. A total of 84 records were analysed. 60% of the clients were 85 years or older, 32% were living independently and 61% were residents in homes for elderly people. The majority of clients was female and living alone (widowed). Most clients had multiple issues and were referred for cognitive evaluation. During the process of assessment many underlying behavioural, emotional and social problems became manifest. These findings support that symptoms and complaints of frail elderly are complex. A systematic multidisciplinary approach enhances the dialogue with patients and caregivers to discuss their needs and their attitude towards care. More research, however, is necessary to evaluate the effectiveness of this intervention.

Kernwoorden: assessment, complexiteit, consultvraag, kwetsbaarheid

Keywords: Cognition, Elderly-care team, Frailty, Multidisciplinary

Inleiding

Nederland heeft een groeiend aantal hoogbejaarde inwoners. Op dit moment is 6,5% van de Nederlandse bevolking 75 jaar of ouder, door de vergrijzing zal dit percentage stijgen tot 11% in 2030.¹ Hoewel de huidige ouderen, ook hoogbejaarden, langer vitaal en actief zijn, kan gezond ouder worden overgaan in kwetsbaarheid, het ontstaan van beperkingen en geleidelijk of plotseling verlies van gezondheid en zelfredzaamheid. De medische zorg van thuis- en in het verzorgingshuis wonende kwetsbare en hoogbejaarde ouderen is in handen van de huisarts. Een goede samenwerking met laagdrempelige verwijsmogelijkheid tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde biedt de mogelijkheid bij ouderen, die daar behoefte aan hebben de verschillende aspecten van hun problematiek in kaart te brengen, zodat passende zorg en behandeling worden ingezet.^{2,3,4} De specialist ouderengeneeskunde is gewend om de problematiek van ouderen meerdimensionaal in kaart te brengen en preventieve, curatieve of ondersteunende interventies in gang te zetten. Ook is de specialist ouderengeneeskunde gewend in een multidisciplinair team van professionals te werken, zodat de problematiek vanuit verschillende invalshoeken in samenhang onderzocht en behandeld wordt

Er is de laatste jaren in Nederland een aantal initiatieven ontplooid waarin multidisciplinaire geriatrische teams vanuit het verpleeghuis ingeschakeld worden bij de zorg aan thuiswonende ouderen. Enkele voorbeelden hiervan zijn Mobiel Geriatrisch Team Amstelveen, het Mobiel Geriatrisch Team Zorgspectrum in Nieuwegein, en het DOC-team (Dementie, Onderzoek en Casemanagement team) voor de regio's Noord-Holland Noord van Geriant. Een ambulante multidisciplinaire geriatrische team is een toevoeging aan de bestaande zorg op geheugenpoli of geriatriepoli. Het richt zich vooral op al langer bestaande, maar niet volledig in kaart gebrachte, potentieel escalerende complexe zorgproblematiek. Het biedt onderzoek aan huis, wat vaak gewenst is, of soms het enige waartoe cliënt en/of familie te motiveren of toe in staat zijn. Door de samenstelling van het team worden problemen breed en in samenhang onderzocht.

Het hier beschreven onderzoek vindt plaats bij het Vivium Advies en Behandel Centrum (ABC) in Naarden. Dit is een in 2003 opgezet expertiseteam van Vivium Zorggroep voor de regio Gooi Noord en noordelijke Vechtstreek. Het ABC team is een ambulante werkend ouderenteam dat op verwijzing van een hulpverlener of op verzoek van het cliëntensysteem de zorgproblemen van kwetsbare ouderen aan huis in kaart brengt en waar nodig deze ouderen kortdurend behandelt of begeleidt aan de hand van een individueel behandelzorgplan. In de zorgadvisering wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande regionale zorgvoorzieningen.

De kerngroep van het team wordt gevormd door een verpleegkundige, een specialist ouderengeneeskunde en een ggz- psycholoog. De consultverlening vindt plaats in overleg met de huisarts, die ook zelf de consultvrager kan zijn. Advisering en kortdurende behandeling worden afgestemd met de cliënt, de naaste familie, de huisarts en andere professionele hulpverleners die bij de cliënt betrokken zijn. De consulten worden vergoed via de AWBZ. Een consult wordt in een traject van vier tot zes weken verricht, eindigend met advisering in de vorm van een familiegesprek. Het consult wordt samengevat in een verslag voor de cliënt en diens vertegenwoordigers. De huisarts ontvangt een brief met verslag van het assessment en de gemaakte afspraken. Het aantal consultaanvragen bij het ABC bedraagt ongeveer 100 per jaar.

Naar de genoemde teams is nog geen wetenschappelijk onderzoek verricht. Het hier beschreven onderzoek kan men dan ook zien als een eerste stap in het verkrijgen van inzicht in de werkwijze en effectiviteit van ambulante werkende multidisciplinaire geriatrische teams. Het geeft antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

1. Voor welke cliënten werd het Vivium ABC geconsulteerd (cliëntkenmerken)?
2. Wat waren de verwijsvragen?
3. Welke zorgbehoeften kwamen uit het multidisciplinaire assessment naar voren?
4. Welke adviezen werden gegeven?

Methoden

Het onderzoek betreft een dossieronderzoek naar alle cliënten voor wie Vivium ABC in 2009 een consult heeft gegeven ($N=84$). Het onderzoeksvoorstel is door de Medisch Ethische Toetsings Commissie van het VUmc goedgekeurd. De dossiers bevatten de gegevens van aanmelding, de intake, de verpleegkundige anamnese en hetero-anamnese, het verslag van het

ouderengeneeskundig consult met speciële anamnese, functioneel en neuropsychiatrisch onderzoek, het verslag van het psychologisch consult en de conclusies van het behandelteam na multidisciplinair overleg. Ook bevat het dossier bij de huisarts opgevraagde informatie over de medische voorgeschiedenis, informatie van de thuiszorg of het zorgteam en eventueel een CIZ-indicatie. De scorelijst die gebruikt werd in het onderzoek van Helms et al⁴ is aangevuld met relevante variabelen op de domeinen somatiek, psychiatrie en sociale problematiek. Na het analyseren van de documenten zijn de variabelen door de onderzoeker gescoord en verwerkt in de database. Deze database is vervolgens geanalyseerd in SPSS 17.

Resultaten

Van de cliënten was 73% vrouw, 57% ouder dan 85 jaar, 68% alleenstaand en 61% wonend in een verzorgingshuis (Tabel 1). Vrijwel alle cliënten hadden ten minste één mantelzorger (95%). De mantelzorger is in dit onderzoek gedefinieerd als de belangrijkste persoon uit de sociale omgeving van de cliënt die zorg aan de cliënt verleent.

Tabel 1 Persoonlijke en demografische kenmerken (N=?84)

Geslacht	n	%
Man	23	27
Vrouw	61	73
Leeftijd		
< 75	9	11
75 t/m 84	27	32
≥ 85	48	57
Burgerlijke status (n = 80)		
Gehuwd	25	31
Gescheiden	5	6
Verweduwd	45	56
Nooit gehuwd geweest	5	6
Woonsituatie		
Zelfstandig	27	32
Verzorgingshuis	51	61
Anders	6	7
Aantal mantelzorgers		
0	4	5
1	39	46
2	30	36
3	11	13

Een ruime meerderheid (54%) van de aanmeldingen was geïnitieerd door medewerkers van een verzorgingshuis (zie Tabel 2), gevolgd door verwijzingen van de huisarts (19%) en aanvragen geïnitieerd door de mantelzorger (14%). Het aantal componenten van de verwijsvraag varieerde van 1 tot 5 met een gemiddelde van 2 per cliënt. De verwijsvragen waren vooral gerelateerd aan een vermoeden van cognitieve achteruitgang (45%), verzoek om zorgdiagnostiek (38%) en woonadvies (25%). Er werden geen verwijsvragen over medicatie gesteld.

Tabel 2 Verwijzers en verwijsvraag (N=?84)

Verwijzer	n	%
-----------	---	---

Verzorgingshuis	45	54
Huisarts	16	19
Mantelzorger	12	14
Zorg aan huis	8	10
Anders	3	4
Verwijsvraag*		
Complexe problematiek		
Vermoeden cognitieve achteruitgang	38	45
Onbegrepen gedragsverandering	15	18
Problemen in omgang met familie / hulpverleners / anderen	14	17
Verstoord evenwicht gezondheidssituatie	11	13
Stemmingsproblematiek	9	11
Valgevaar	6	7
Late gevolgen van CVA	4	5
Zorgvraag		
Twijfel over zorgbehoefte	32	38
Twijfel over optimale woonsituatie	21	25
Anders	19	23

*Meerdere verwijsvragen per cliënt

Bij het scoren van de verwijsvragen hebben we een onderscheid gemaakt tussen vragen die de diagnostiek van de problematiek betreffen zoals cognitieve problemen, gedragsverandering of valgevaar en vragen die de diagnostiek van de zorgbehoefte betreffen (complexe zorgvraag, woonadvies). In totaal werden 97 vragen over complexe problematiek gesteld en 53 over de benodigde zorg. Cognitieve achteruitgang is de meest voorkomende reden om Vivium ABC te consulteren. Op de tweede en derde plaats staan onbegrepen gedragsveranderingen en problemen in de omgang met anderen (18 resp. 17%), direct gevolgd door verstoring van het evenwicht in de gezondheidssituatie (13%). Specifieke somatische condities zoals valgevaar en late gevolgen van CVA kwamen als verwijsvraag in dit onderzoek het minst vaak voor (7 resp. 5%). Bij alle cliënten werd een vraag over de aanwezige problematiek gesteld; bij de helft (49%) was daarnaast expliciet sprake van een vraag over de benodigde zorg en/of huisvesting.

De gestructureerde anamnestiche consultgegevens en de resultaten van lichamelijk en psychologisch onderzoek geven een breed geschakeerd beeld van bevindingen te zien (Tabel 3). Bij ruim acht van de tien aangemelde cliënten werden gedragsproblemen vastgesteld. In de meeste gevallen gaat het daarbij om een gebrekkige regievoering. Daarnaast bracht het consult psychische, cognitieve en sociale problemen aan het licht. Psychische problemen werden bij 79% van de onderzochte cliënten vastgesteld, sociale problemen bij 76% en cognitieve problemen bij 75%. Somberheid was met 41% het meest voorkomende psychische probleem. Bij de sociale problemen werd het ontbreken van passende dagbesteding het vaakst als probleem gesignaleerd (45%)—vaker dan bijvoorbeeld eenzaamheid (29%). Als er wordt gekeken naar de geriatrische problematiek springt met name het valgevaar in het oog. Ongeveer 21% van de onderzoekspopulatie heeft somatisch gerelateerde problematiek, bij de medische condities staan pijnklachten op de voorgrond.

Tabel 3 Bevindingen consulten

	<i>n</i>	%
--	----------	---

Gedragsproblemen	69	82
Gebrekkige regievoering	55	66
Sociaal isolement	32	38
Zorgweigering	26	31
Zelfverwaarlozing	9	11
Psychische problemen	66	79
Somberheid	34	41
Verwardheid	30	36
Angstklachten	29	35
Agitatieklachten	24	29
Stemmingsstoornis	10	12
Wanen	8	10
Hallucinaties	8	10
Achterdocht	6	7
Depressie	6	7
Angststoornis	1	1
Sociale problemen	64	76
Geen dagbesteding	38	45
Huisvestingsproblemen	32	38
Eenzaamheid	24	29
Conflicten met anderen	19	23
Financiële problemen	3	4
Cognitieve problemen	63	75
Geheugenklachten	53	63
Dementie	32	38
Klachten uitvoerende functies	29	35
Oriëntatieklachten	25	30
Taalklachten	24	29
Cognitieve stoornis NNO	14	17
Geriatrische condities	44	52
Valgevaar	21	25
Gewichtsverlies	16	19
Slechthorendheid	11	13
Incontinentie urine	10	12
Visusklachten	10	12
Decubitus	4	5
Incontinentie faeces	3	4

Medische condities	18	21
Pijnklachten	6	7
CVA	5	6
Pulmonale klachten	3	4
Diabetes	3	4
Maligniteit	3	4
Slikproblemen	2	2
Fractuur	2	2
Hartklachten	1	1
Anemie	1	1
Osteoporose	1	1

Vetgedrukt de totalen en percentages per hoofdcategorie; daaronder de subcategorie die het meeste voorkwam

Bij negen van de tien cliënten werd in het adviesgesprek voorlichting gegeven over het ziektebeeld en het daaruit voortkomende gedrag. Daarnaast werden adviezen over benodigde zorg gegeven (in Tabel 4 onder het kopje 'verwijzingen'). Aan 43% van de cliënten werd dagbesteding geadviseerd; dat kon dagverzorging zijn, maar ook lidmaatschap van een vereniging of welzijnszorg. Met eveneens 43% van de cliënten werd de noodzaak van een verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis besproken. Dit betrof merendeels een verhuisadvies op korte termijn, maar het kwam ook voor dat cliënten zo'n advies kregen om te anticiperen op de toekomst. Met een kwart van de cliënten (24%) werd besproken om thuiszorg aan te vragen of de bestaande thuiszorg uit te breiden. Bij 11% van de cliënten bleek advies over hulpmiddelen (alarm, traplift of aangepaste stoel) noodzakelijk.

Tabel 4 Adviezen en verwijzingen door Vivium ABC (N=?84)

Adviezen	n	%
Voorlichting	76	91
Benaderingsadviezen	38	45
Medicatieadvies	20	24
Verwijzingen		
Dagbesteding	36	43
Verzorgings- of verpleeghuis	36	43
Paramedicus	23	27
Thuiszorg	20	24
Tweedelij ⁿ *	15	18
Dagbehandeling	14	17
Hulpmiddelen/alarmering	9	11
Verklaring wilsonbekwaamheid	6	7

*Verwijzingen naar de tweedelijⁿ omvatten GGZ, aanvullende laboratorium diagnostiek, (geriatrie) tandarts, medisch specialist

Bij 45% van de cliënten werden benaderingsadviezen opgesteld voor verzorgenden en bij 24% van de cliënten een medicatieadvies. Daarnaast kreeg de huisarts ook regelmatig het advies om de cliënt voor verdere diagnostiek en behandeling door te verwijzen, hetzij naar een paramedicus (27%) hetzij naar een tweedelijⁿvoorziening, bijvoorbeeld voor

laboratoriumdiagnostiek, GGZ of geriatrische tandheelkunde (18%). Ten slotte is op verzoek van de verwijzer of aanvrager bij 7% van de cliënten een verklaring omtrent wilsonbekwaamheid afgegeven.

Discussie

Het onderzoek laat zien dat het ambulante ouderenteam in 2009 werd geconsulteerd voor ouderen die thuis wonen en ook door de medewerkers van de zorginstelling waar de cliënt verbleef. Ongeveer de helft van de cliëntengroep betrof zelfstandig wonende ouderen. Zij vonden de weg naar Vivium ABC via diverse kanalen: via de huisarts, de thuiszorg of een mantelzorger. Het Vivium ABC is betrekkelijk jong (gestart in 2003) waardoor bekendheid bij huisartsen en andere hulpverleners groeiend is. Het percentage verwijzingen van de huisartsen is in de loop van de jaren toegenomen. De reden dat er relatief veel consulten vanuit het verzorgingshuis worden aangevraagd kan zijn dat binnen instellingen het bestaan van een ambulant team gemakkelijk bekendheid krijgt en behoudt. Na een eerste consult is men vertrouwd met de werkwijze van het team en volgen meer aanvragen.

De consultvraag blijkt vrijwel nooit eenduidig te zijn, maar omvat meerdere vragen die vooral betrekking hebben op onderzoek naar cognitieve stoornissen, zorgdiagnostiek en huisvesting. Bij 45% van de cliënten werd het Vivium ABC in consult gevraagd vanwege het vermoeden van cognitieve achteruitgang. Hiermee wordt het aantal cliënten met matig tot ernstige cognitieve problematiek onderschat; het aantal cliënten waarbij cognitieve stoornissen werden vastgesteld ligt immers een stuk hoger, namelijk 75%. Cognitieve problematiek ligt kennelijk wel vaak ten grondslag aan de zorgbehoefte, maar wordt niet altijd herkend als er geen specifiek onderzoek naar wordt gedaan. Er zijn dan wel signalen dat het niet goed gaat, maar er wordt niet direct gedacht aan cognitieve achteruitgang.

Gedrags- en stemmingsproblematiek wordt door het consult eveneens in kaart gebracht. Uit ons dossieronderzoek komt naar voren dat slechts 10% van de cliënten werd aangemeld vanwege mogelijke stemmingsproblematiek. Meer dan 75% van de onderzochte populatie had in meer of mindere mate last van psychische problemen, waarbij de nadruk lag op somberheid (41%). Het aantal ouderen in de samenleving dat last heeft van somberheid of andere symptomen neemt toe met de gemiddelde leeftijd. In de totale populatie wordt dit geschat op 15% bij 85+--ers.⁵ In verhouding heeft de groep ouderen voor wie een advies gevraagd wordt bij het Vivium ABC dus betrekkelijk veel last van somberheid, terwijl dit niet altijd de reden van aanmelding is.

Ook sociale problematiek speelde bij deze populatie een grotere rol dan de verwijsvragen doen vermoeden. In de verwijsvragen worden op sociaal gebied eigenlijk alleen 'problemen in de omgang met familie, hulpverleners of anderen genoemd' (17%). Onvoldoende dagbesteding (in dit onderzoek 45% van de cliënten) is een veelvoorkomend probleem bij kwetsbare ouderen, maar nooit een verwijsvraag. Deze bevinding wordt bevestigd, onder meer in het onderzoek van Miranda-Castillo en Woods,⁶ een Britse studie naar de zorgbehoefte van alleenwonende demente ouderen.

De resultaten van het onderzoek geven een belangrijk signaal: de problematiek van kwetsbare ouderen is niet altijd goed herkenbaar voor mensen in hun directe omgeving. Bij meer aangemelde cliënten dan verwacht, speelt cognitieve achteruitgang een rol in hun algeheel functioneren en welbevinden. Cognitieve achteruitgang leidt tot verlies van overzicht en regie, waardoor kwetsbare ouderen niet altijd hun eigen behoeften herkennen en kunnen uiten. Volgens de theorie van de 'unmet needs' zouden bijvoorbeeld gedragsproblemen te herleiden kunnen zijn op het niet zelfstandig kunnen vervullen of uiten van ervaren behoeften, ten gevolge van falende zelfregie. Effectstudies naar de resultaten van psychologische interventies bij gedragsproblemen, gebaseerd op de theorie van 'unmet needs', geven een beeld van positieve resultaten, die echter niet altijd statische significantie halen.⁷ Dergelijke interventies kunnen beter worden ingezet als eenmaal duidelijk is dat er sprake is van cognitieve stoornissen, waardoor onvervulde behoeften niet altijd adequaat geuit kunnen worden en zich soms vertalen in gedragsproblemen.

Voorlichting, zowel aan de cliënt als aan diens omgeving over de relatie tussen cognitieve veranderingen, stemmingsproblematiek, probleemgedrag en zorgbehoefte is een belangrijk aspect van de zorgverlening. Afhankelijk van de ernst van de cognitieve stoornissen, al dan niet in combinatie met probleemgedrag, wordt passende dagbesteding, andere huisvesting of psychogeriatrische zorg geadviseerd.

Bij de geriatrische problematiek vallen vooral de categorieën mobiliteitsproblematiek en pijn op. Paramedische behandeling of somatische dagbehandeling kan ingezet worden voor het bestrijden van functionele achteruitgang, zodat de vicieuze cirkel van immobiliteit, pijn en functionele achteruitgang doorbroken wordt. Het onderzoek van het ambulante ouderenteam brengt slechts in beperkte mate nieuwe somatische problematiek of nieuwe medische diagnoses aan het licht. De onderzoeksvraag was hier welke *zorgbehoeften* uit het onderzoek naar voren kwamen. Daarom is de problematiek grotendeels op het niveau van klachten en symptomen weergegeven.

In deze studie werd in 43% van de consulten de mogelijkheid van verhuizing naar een zorgcentrum besproken met cliënt en familie vanwege de ernst van de sociale deprivatie en/of de onmogelijkheid nog meer zorg thuis te realiseren. Een hoog percentage adviezen om te verhuizen lijkt tegenstrijdig aan het streven om met behulp van ambulante expertise het thuis wonen zo lang mogelijk te ondersteunen. In het proces van hulpverlening ontstaat een vertrouwensrelatie, waarin cliënten meer open komen te staan voor hulp en zorg. In de (advies)gesprekken worden de mogelijkheden zorgvuldig doorgesproken met alle betrokkenen. Dat in een groot percentage advies voor verhuizing wordt besproken, hangt mogelijk samen met het kunnen wegnemen van vooroordelen of angst door adequate voorlichting. Veel cliënten voelen zich onveilig in hun eigen woonomgeving of zijn sociaal gedepriveerd, vaak is sprake van een situatie met enige mate van hulp- of zorgvermijding. De doelstelling 'zo lang mogelijk thuis' kan dan uiteindelijk ondergeschikt zijn aan de verwachte kwaliteit van leven van de cliënt. Thuis wonen kan soms weer langer mogelijk zijn als eenmaal geregeld is welke zorginstelling de zorg kan overnemen als het (tijdelijk) niet meer goed zou gaan. Follow-up onderzoek zou moeten uitwijzen of verhuizing inderdaad de beoogde verbetering van levenskwaliteit heeft bewerkstelligd.

De adviezen die het ambulante team geeft gaan verder of richten zich op andere domeinen dan de vraag die in eerste instantie gesteld wordt. Problematiek van ouderen is complex en verschillende domeinen van het functioneren zijn met elkaar verweven. De meerwaarde van een teamconsult kan zijn dat problemen in hun samenhang en vanuit verschillende professionele achtergronden in kaart worden gebracht. Ook is van belang dat door het team onderzoek gedaan kan worden naar aspecten van het functioneren die niet direct in de verwijsvraag besloten liggen. Gebleken is dat daar ook een sleutel voor de aanpak kan liggen.

Conclusie

Multidisciplinair onderzoek (aan huis) van blijkbaar kwetsbare ouderen kan ertoe leiden dat hun zorgbehoeften en de oorzaken van de kwetsbaarheid beter in beeld komen en bespreekbaar worden. Zo brengt dit onderzoek aan het licht dat de invloed van cognitieve en psychische problematiek op het welbevinden van kwetsbare ouderen wordt onderschat, evenals het afwezig zijn van voldoende dagbesteding. Door middel van interventie door een ambulante ouderenteam kunnen ouderen mogelijk langer, veiliger en met meer welzijn in hun eigen woonomgeving blijven. Wanneer zij en hun naasten inzicht hebben in hun gezondheidssituatie, de gevolgen hiervan en de beschikbare hulp en zorg kunnen aanvaarden en zo kunnen anticiperen op de toekomst, worden mogelijk crisissituaties en plotselinge opname voorkomen. Meer onderzoek naar de methode en effectiviteit van ambulante geriatrische consultatie door een multidisciplinair ouderenteam kan uitsluitsel geven over deze veronderstellingen.

Auteurs

A. J. de Groot

Vivium ABC, Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, VU Medisch Centrum

Vivium ABC, Naarden, The Netherlands

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, VU Medisch Centrum, Amsterdam

E-mail: a.degroot@vivium.nl

B. T. Spalburg

Verpleeghuis Groenhof Osira Amstelring

Verpleeghuis Groenhof Osira Amstelring, Amsterdam

M. Allewijn

Vivium ABC

Vivium ABC, Naarden

M. F. I. A. Depla

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, EMGO Instituut voor Onderzoek naar Gezondheid en Zorg, VU Medisch Centrum

Afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde en EMGO+, VU medisch centrum, Amsterdam

Literatuurlijst

1. Sanderse C, Verwij A. Vergrijzing: wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid september 2012. Bilthoven, RIVM.
2. Schols JMGA, Wierik MJM te. Verpleeghuiszorg buiten de muren; dagbehandeling, consultatie en substitutieprojecten. Ned Tijdschr Geneeskd 1993;137:2717-22.
3. Groot AJ de. LESA: richtlijn voor samenwerking. Ondersteuning van de huisarts bij dementiezorg. Denkbeeld 2010;4:20-23.
4. Helms D, Achterberg W, Falck R. De verpleeghuisarts in een mobiel geriatrisch team. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde. 2008;3387-90. 10.1007/BF03078510
5. Lampe I, Kok R, Mast R van der, Heeren T. Depressie bij ouderen. Handboek Depressieve stoornissen. De Tijdstroom, 2008;259-73.
6. Miranda-Castillo C, Woods B, Orell M. People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? Int. Psychogeriatr. 2010;22607-617. 10.1017/S104161021000013X
7. Cohen MJ. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2001;4361-81.