

Geriatrisch spreekuur door een specialist ouderengeneeskunde in de huisartspraktijk

A. Vijfvinkel^a, Y. Panken^b, F.A. Gerritsen^c, C.A.C.A. Koenen^a, J.M.G.A. Schols^d

Geriatric consulting by a qualified elderly care physician in general practice

An innovative project is presented, in which general practitioners, an elderly care physician and specialized nurses work together.

The primary aim of the project was early detecting of frail community dwelling elderly and to give them adequate treatment and support, to enable them to stay in their own home situation as long as possible. The detection of frail elderly was performed by mean of the Easycare instrument.

Results collected from October 2007 - July 2009 are presented in this article.

The findings show that particularly elderly with symptoms of dementia have been detected. The main actions were provision of integrated psychogeriatric care according to a tailor-made integral care plan and starting or extending home care. Elderly with somatic problems were seen mostly in one time consultations.

The satisfaction about the care provided in the project was high, both for participating patients and professionals.

In the pilot a tendency was also found towards fewer referrals to hospital (specialists) and towards a reduction of the number of acute admissions to the nursing home.

Keywords: case management, nursing home, general practitioner, care plan.

Tijdschr Gerontol Geriatr 2011; 42: 263-270

^a specialist ouderengeneeskunde, Volckaert-SBO

^b huisarts, Huisartsenpraktijk Procureurweg

^c huisarts, Huisartsenpraktijk Aan de Donge

^d specialist ouderengeneeskunde, Caphri / Vakgroep

hoogleraar, specialist ouderengeneeskunde huisarts-
geneeskunde, Universiteit Maastricht

Correspondentie: drs. A. Vijfvinkel, Volckaert-SBO, Donge-
park 1, 5102 DB Dongen Email: avijfvinkel@volckaert-sbo.nl

Samenvatting

Beschreven wordt een innovatief project waarin huisartsen, een specialist ouderengeneeskunde en een thuiszorgorganisatie samenwerken. Doel was kwetsbare ouderen op te sporen, adequaat te behandelen en te ondersteunen, zodat ze zolang mogelijk in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen. Opsporing van kwetsbare ouderen vond plaats met het Easycare instrument.

De resultaten, verzameld tussen 1 oktober 2007 en 1 juli 2009, tonen dat vooral mensen met dementieverschijnselen zijn opgespoord en behandeld. Bij hen lag het accent op het verlenen van zorgplangestuurde zorg, het geven van adviezen met betrekking tot de psychogeriatrische zorgverlening en de inzet van thuiszorg op maat. Bij ouderen met somatische problematiek vonden vooral eenmalige consulten door de specialist ouderengeneeskunde plaats. De tevredenheid over de geboden zorg bij ouderen zelf en ook de betrokken professionals was groot.

In de pilot werd voorts een tendens gevonden van minder verwijzingen naar de 2^e lijn en een reductie van het aantal acute opnames in het verpleeghuis.

Trefwoorden: casemanagement; verpleeghuis; zorgplan; huisarts

1. Inleiding

Aanleiding voor het project

Zoals bekend neemt het aantal kwetsbare ouderen met multimorbiditeit in de toekomst sterk toe.¹⁻⁶ De voor hen benodigde zorg zal voornamelijk in de thuissituatie geboden moeten worden, omdat dit aansluit bij het overheidsbeleid en de wensen van de ouderen zelf. Overbelasting en gezondheidsproblemen bij hun mantelzorgers moeten worden voorkomen en beschikbare voorzieningen zo efficiënt mogelijk ingezet om kwalitatief goede zorg te bieden.⁷⁻¹⁰

Vooraf voor kwetsbare ouderen is continue integrale zorg noodzakelijk, omdat door de veelal aanwezige multiproblematiek een grote kans bestaat op toenemende beperkingen en afnemende vitaliteit. Preventie van verder verlies van zelfstandigheid en van afnemende sociale participatie zijn daarom geboden.^{1,3,11-16}

Met bovenstaand toekomstbeeld voor ogen zijn in oktober 2007 in de gemeente Dongen twee huisartsenpraktijken, een thuiszorgorganisatie

en een verpleeghuisorganisatie het project 'Geriatrisch Spreekuur' gestart.

Enkele relevante resultaten van dit project over de periode oktober 2007 tot juli 2009 worden gepresenteerd.

Werkwijze

De veronderstelling bij de start was dat een integratie van de kennis en werkwijze van huisarts, specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts, verder te noemen: SO) en gespecialiseerde verpleegkundigen kan bijdragen aan de gewenste verbetering van de zorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers.^{1,2,3,5,11,18}

Voor een gedetailleerde beschrijving van het project wordt verwezen naar Koenen et al.¹⁷ Figuur 1 geeft inzicht in de werkwijze. Volgens een getrapte aanpak worden ouderen opgespoord. Degenen met de meest complexe problematiek worden volgens opgestelde criteria (zie kader) verwezen naar de SO. Daarna wordt door huisarts en SO, in goed overleg met de verpleegkundigen, het vervolgtraject bepaald.

Indicaties voor verwijzing naar het Geriatrisch spreekuur

1. Bij (verdenking op) dementie en
 - MMSE <20
 - Indicatie tot voorschrijven van cholinesteraseremmers (toegepast volgens een protocol, dat in 2007 is opgesteld door de specialist ouderengeneeskunde van Volckaert-SBO en de klinisch geriater van het Amphia ziekenhuis in Breda)
 - Verdenking op een andere oorzaak dan Alzheimer dementie, inclusief preseniele Alzheimer
 - Bijkomende problemen als gevolg van de dementie, namelijk: Probleemgedrag: dwalen, omdraaien dag/nachtritme, agressie, achterdocht etc; Problemen met persoonlijke en/of voedingshygiëne; Onvoldoende en/of onvolwaardige voeding; Gebrek aan inzicht waardoor: financiële problemen, onveilige situatie in huis
 - Overbelaste, gebrekkige of geen mantelzorg
 - Relevante bijkomende somatische problematiek (b.v. hartfalen, ernstig longlijden)
 - Inschatting dat een CIZ indicatie voor psychogeriatrische (PG) zorg (opname PG of PG meerzorg, dagbehandeling), nodig is. (overbrugging wachttijd tot opname)
2. Vragen op het gebied van polyfarmacie
3. Complexe somatische problematiek, bv MS, M. Parkinson, doorgemaakt CVA

Het vervolgotraject kan zijn:

- een eenmalig behandeladvies van de SO aan de huisarts.
- medebehandeling van de SO (2^e trap in fig 1).
- aanvullende diagnostiek,¹⁹ bijvoorbeeld in de tweede lijn (3^e trap in figuur 1).

Daarna volgt hernieuwd overleg tussen huisarts en SO en een besluit over het vervolg.

Medebehandeling van de SO houdt in, dat er wordt gestart met geïndiceerde extra AWBZ-zorg en behandeling in de thuissituatie. Er kan dan op indicatie van de SO ook verwezen worden naar alle disciplines in het verpleeghuis. Er wordt een zorgplan opgesteld, er volgen zorgplanbesprekingen en er wordt er met case-management gestart. De medebehandeling en het case management worden voortgezet totdat deelname aan het Geriatrisch spreekuur wordt beëindigd.

2. Vraagstelling

Aan de hand van onderstaande vragen zijn enkele effecten van dit project geëvalueerd.

- 1 Hoeveel kwetsbare ouderen zijn in het project gedetecteerd in de periode van 1 oktober 2007 t/m 30 juni 2009; wat waren de belangrijkste vraagstellingen bij hun verwijzing naar de SO en welke inhoudelijke adviezen zijn vervolgens gegeven?
- 2 Bij hoeveel patiënten is in die periode de verwijzing gevolgd door medebehandeling van de SO, en waarom? Bij hoeveel patiënten is uitsluitend een eenmalig advies gegeven door de SO? Bij hoeveel naar de SO verwezen patiënten hebben tevens consulten bij andere medische disciplines in de tweede lijn plaatsgevonden en op basis van welke indicatie?
- 3 Hoeveel consulten hebben ten aanzien van de betrokken totale populatie van de huisartspraktijken in de jaren 2007, 2008 en 2009 plaatsgevonden bij de klinische geriatrie?
- 4 Wat is de tevredenheid over de geboden zorg vanuit het geriatrisch spreekuur bij zowel cliënten als betrokken professionals?

3. Methode

Over de deelnemers zijn de volgende gegevens verzameld: NAW gegevens, geslacht en geboortedatum, de verwijsindicatie naar de SO, de reden van uitstroom uit het project en de adviezen, gegeven na consultatie door de SO. Verder het aantal verwijzingen naar de tweede lijn op advies van de SO, inclusief de indicatie daarvoor. Retrospectief is bij de deelnemers van het project in de huisartsendossiers nagegaan hoe vaak consulten in de tweede lijn hebben plaatsgevonden zonder advies van de SO en is ook in het HIS van de deelnemende huisartspraktijken nagezocht hoeveel patiënten (niet alleen 85+) naar de kli-

nisch geriater zijn verwezen in de jaren 2007 en 2008 en 2009 t/m 30 juni.

Voor cliënten en professionals zijn verder tevredenheidsvragenlijsten ontwikkeld en afgenomen. Cliënten konden acht vragen beantwoorden met “oneens”, “geen mening”, “eens” of “niet van toepassing”. De vragen hadden onder andere betrekking op hun ervaringen ten aanzien van de bejegening en de tevredenheid over de geboden oplossingen. Per vraag was ruimte om een toelichting te geven. Als met “oneens” werd geantwoord was men niet tevreden. De vragenlijst is door elke deelnemer ingevuld, of door de belangrijkste mantelzorger als de cliënt er zelf niet toe in staat was. Dit geschiedde na zes maanden, of eventueel bij eerdere beëindiging van deelname.

De vragenlijst voor professionals bestond uit open vragen naar hun oordeel over de gekozen werkwijze, de geboden zorg, de samenwerking en informatie-uitwisseling. De huisartsen hebben de vragenlijst tweemaal ingevuld, bij de start van het project en na negen maanden. De SO heeft dezelfde vragenlijst eenmalig ingevuld, negen maanden na start van het project. Ook de verpleegkundigen (casemanagers) hebben een voor hen ontworpen vragenlijst ingevuld aan het eind van de onderzoeksperiode.

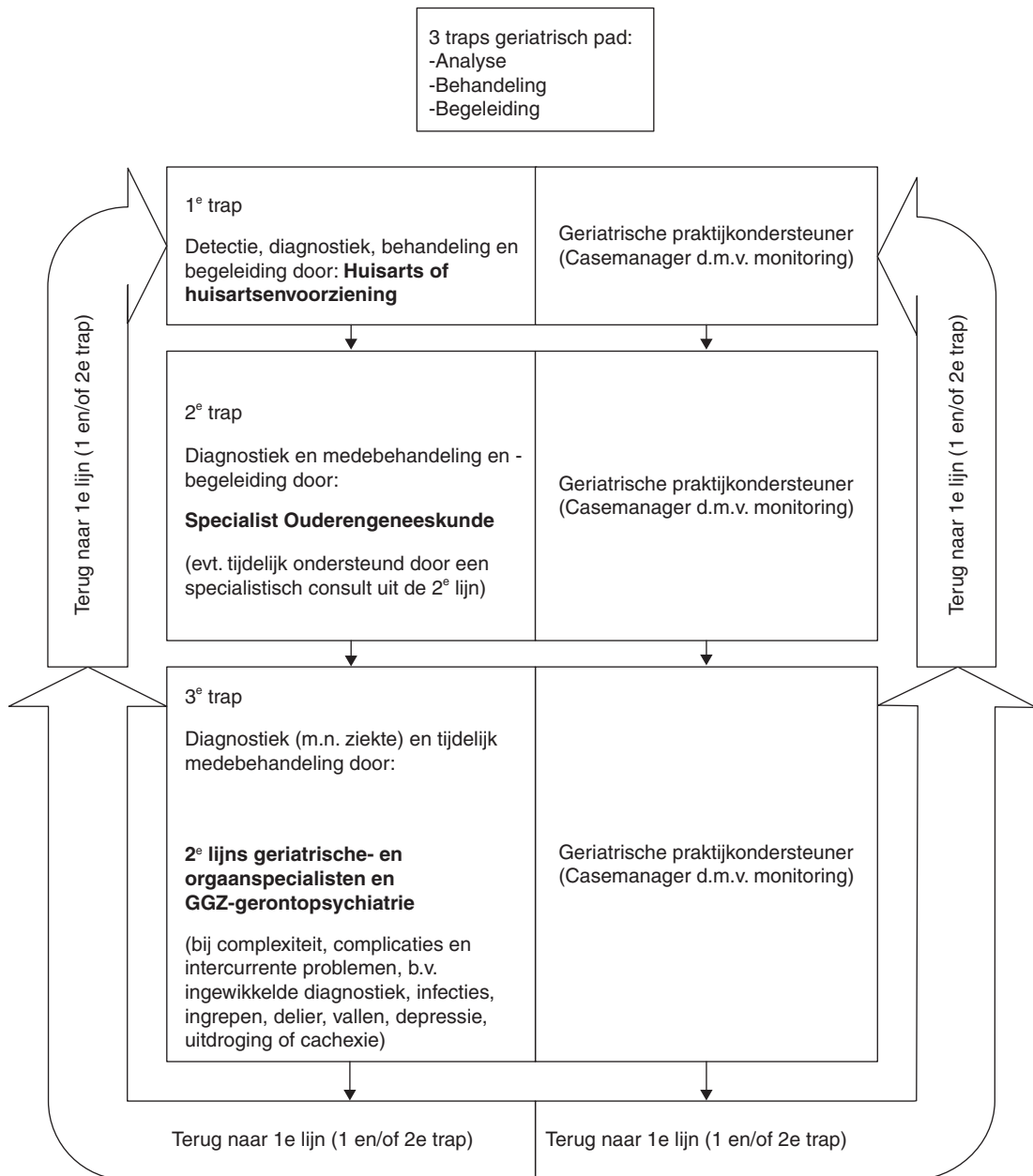
4. Resultaten

Patiëntkenmerken, verwijzingen naar en bijdrage van de SO

In de deelnemende praktijken waren in totaal ongeveer 21.500 patiënten ingeschreven. In de beschreven periode van is bij 209 patiënten (0,9% van de patiënten) een Easycare instrument verricht. Uit deze groep van 209 zijn in totaal 84 patiënten (40%) verwezen naar het geriatrisch spreekuur, 21 in 2007, 41 in 2008 en 22 in 2009 (tot 1-7-2009). Het betrof 60 vrouwen en 24 mannen. Het percentage 85-plussers betrof 36%.

In tabel 1A wordt een overzicht gegeven van de vraagstellingen van de huisarts bij verwijzing naar het geriatrisch spreekuur. Het accent van de vragen lag op dementiediagnostiek.

Tabel 1B geeft aan dat in totaal bij 41 patiënten een medebehandeling door de SO is gestart en dat er bij 21 een eenmalig advies is gegeven. Bij de overige patiënten is deelname om diverse redenen niet voortgezet, zie hiervoor verder de tabel, evenals voor de indicaties voor medebehandeling. Van de verwezen patiënten beëindigden er 45 in de loop van de onderzochte periode hun deelname. De meest voorkomende redenen hiervoor waren: start met psychogeriatrische dagbehandeling (n=11), terugverwijzing naar de huisarts (n=12) en opname in een zorginstelling (n=17). In totaal zijn drie patiënten tijdens deelname aan het geriatrisch spreekuur overleden.



Figuur 1 Deze figuur toont schematisch de werkwijze in het geriatrisch spreekuur.
(Bron: Koenen e.a, TvO 2010,35(6))

Tabel 2 toont de gegeven adviezen. Het gemiddeld aantal adviezen bij complexe somatiek was groter dan bij dementie, evenals het aantal verwijzingen naar paramedici.

Verwijzingen naar de tweede lijn

Op advies van de SO zijn in totaal 21 patiënten verwezen: 15 direct na het eerste consult en 6 in de loop van deelname. Tweemaal betrof het een verwijzing naar de neuroloog (indicaties: geïsoleerde afasie en een extrapyramidale stoornis), eenmaal naar de klinisch geriater (indicatie: familiair voorkomende dementie bij relatief jonge patiënt) en vijf maal naar de ouderenpsychiater (indicaties: eenmaal verdenking op een ernstige depressie, eenmaal verdenking op persoonlijk-

heidsproblematiek, eenmaal alcoholmisbruik en tweemaal voor een geneeskundige verklaring ten behoeve van het verkrijgen van een rechterlijke machtiging). Eén patiënt werd verwezen naar de cardioloog op verdenking van hartfalen en één naar de revalidatiearts, in verband met een geleidelijk toegenomen, onverklaarde, flexiestand van het hoofd. Elf patiënten zijn verwezen naar het Geriatrisch Centrum Oosterhout,¹⁸ voor aanvullende dementiediagnostiek.

Behalve de consulten in de tweede lijn, geïnitieerd vanuit het geriatrisch spreekuur, zijn bij deelnemers van het geriatrisch spreekuur, op verwijzing van de huisarts zelf ook nog 65 consulten in de tweede lijn geregistreerd. 28 in 2007, 23 in 2008 en 4 in 2009. Aanleiding voor deze consulten waren deels al lopende behandelingen

Tabel 1A Aantallen verwezen patiënten naar het Geriatrisch spreekuur, gegroepeerd naar vraagstelling						
Jaar	Dementie diagnostiek	Polyfarmacie	Complexe somatiek	Gedrag (probleemgedrag, geen dementie)	Advies over indicatie verpleeghuiszorg	Totaal
2007	12	1	3	4	1	21
2008	32		5	4		41
2009	17	1	4			22
Totaal	61	2	12	8	1	84
% van totaal	72%	2%	14%	11%	1%	

Tabel 1B Overzicht van het vervolgbeleid na het eerste consult van de SO.						
	Dementie diagnostiek en -behandeling	Polyfarmacie	Complexe somatiek	Gedrag (probleemgedrag, geen dementie)	Advies over indicatie verpleeghuiszorg	Totaal
Medebehandeling	39		1	1		41
Eenmalig advies	6	2	8	5		21
Verwijzing 2 ^e lijn	1		1	2		4
Direct start dagbehandeling PG	5					5
Direct opname verpleeghuis	5			1		6
Overlijden	1					1
Weigeren medebehandeling	5		1			6
Totaal	61	2	12	8	1	84

De getallen betreffen het aantal patiënten

in de tweede lijn, voor een deel werd door de huisarts verwezen vanwege nieuwe aandoeningen, niet direct gerelateerd aan de medebehandeling van de SO in het geriatrisch spreekuurproject. Tot slot is nagegaan wat het aantal consulten bij de klinisch geriater is geweest vanuit de totale patiëntenpopulatie van de beide huisartspraktijken. Dit werd gedaan aan de hand van de vermeldingen hiervan in het elektronisch dossier van de huisartsen. In 2007 waren dat er totaal 110, in 2008: 28 en in 2009: zes.

Tevredenheid van cliënten en deelnemende professionals

In totaal is 46% van de cliëntenvragenlijsten geretourneerd. Ontevredenheid bleek uit 6% van het totaal aantal antwoorden. Uit 77% van de antwoorden bleek dat men tevreden was, met name over de bejegening en ervaren steun. In 65% van de gevallen was men tevreden over de afspraken en geboden oplossingen.

De participerende huisartsen, de drie case-managers en de SO vulden allen de hen verstrekte vragenlijst in en bleken ook zeer tevreden te zijn over de gekozen werkwijze, de verleende

Tabel 2 Adviezen na het 1^e consult van de SO.						
	Dementie (61 ptn)	Polyfarmacie (2 ptn)	Complexe somatiek (12 ptn)	Gedrag (9 ptn)	Advies over indicatieverpleeghuiszorg (1 ptn)	Totaal 84
GCO	12					12
Aanmelding Db	9		4			13
Aanmelding PG opname	10		1	1	1	13
Aanmelding VZH			3			3
Aanmelding VZH +	9			1		10
Begeleiding psycholoog	1		1			2
NPO	23			1	1	25
Verwijzing paramedici	8		15		2	25
Medicatieadvies	23	2	3	3		31
(Uitbreiding van) thuiszorg	20		2	2		24
Start dagverzorging/zorgboerderij	9			1		10
Praktische adviezen	18		3		1	22
Verwijzing 2 ^e lijn	4		1	1		6
Diagnostiek overig	10		4	1		15
Totaal	156	2	37	11	5	211
Gemiddeld aantal adviezen per patiënt	2,6	1	3,1	1,2	5	2,5

Ptn = patiënten; GCO = Geriatrisch centrum Oosterhout^{18,19}; Db = dagbehandeling; VPH = verpleeghuis; VZH = verzorgingshuis; VZH + = verzorgingshuis met huiskamerproject; NPO: neuropsychologisch onderzoek. Praktische adviezen: maaltijdvoorziening, bewindvoering/mentor-schap regelen, vrijwilligers inschakelen. Diagnostiek overig: aanvullend laboratorium- of röntgenonderzoek, ECG

zorg en de informatie uitwisseling in het project.

5. Discussie en conclusie

Wat laat deze projectevaluatie zien?

Van de met het Easycare instrument gescreende ouderen is 40% verwezen naar de SO. Omdat de onderzochte aantallen klein zijn en een controle-groep ontbreekt, zijn geen conclusies te trekken over de effectiviteit van deze opsporing. In de literatuur worden voor de thuissituatie percentages van 7 tot 40 procent kwetsbare ouderen genoemd afhankelijk van de leeftijdsgroep die wordt gekozen en van de criteria die voor kwets-

baarheid worden gehanteerd.^{3,4,6,14} Voor het bepalen van de optimale leeftijdsgrens voor het uitvoeren van een screening op kwetsbaarheid zal nader onderzoek verricht moeten worden.^{3,4,12}

De vraagstellingen bij verwijzing lagen voor het grootste deel op het gebied van de dementie-diagnostiek (72%) en de medebehandelingen door de SO zijn vooral gestart bij mensen met dementie (39 van de 41). Dit was in feite volgens verwachting, omdat de geformuleerde criteria voor verwijzing, voor een belangrijk deel betrekking hebben op dementie. Medebehandeling van de SO ligt hier op basis van zijn expertise ook voor de hand.^{12,13} De gegeven adviezen zijn niet alleen medisch van aard; er is overlap met

zorgadviezen die door de casemanagers zijn gegeven.

Patiënten met complexe somatische problematiek zijn duidelijk minder verwezen. De redenen hiervoor zijn niet geheel duidelijk, behoudens bovengenoemde reden dat de verwijscriteria in sterke mate betrekking hadden op dementie. Gezien het gemiddelde aantal adviezen per persoon, lijken er wel redenen aanwezig om frequentere betrokkenheid van de SO bij complexe somatiek na te streven.

De redenen voor beëindiging van deelname zijn vooral te vinden in de (definitieve) overgang naar andere vormen van zorg (dagbehandeling, opname).

Het aantal door de huisarts geregistreerde consulten bij de klinisch geriater neemt in de projectperiode sterk af. Mogelijk wordt dit effect verklaard doordat vragen van de huisarts adequaat konden worden opgelost vanuit de consultatie en/of medebehandeling van de SO.

Een belangrijke overweging bij de start van het project was voorts, om het aantal acute opnames in het verpleeghuis te verminderen.¹⁷ Helaas waren er geen exacte gegevens te verkrijgen van vóór de start van het project. Na de start bleken in een periode van 21 maanden in totaal zeven acute opnames te hebben plaatsgevonden, terwijl dit aantal in de negen maanden ervoor door de huisartsen werd geschat op zes. Deze aantallen zijn te klein om vergaande conclusies te trekken, maar de tendens lijkt toch in beide gevallen een afnemende te zijn. Verder onderzoek hier naar is aangewezen.

Cliënten toonden een hoge mate van tevredenheid. Kritische opmerkingen betroffen slechts het feit dat de geadviseerde zorg (nog) niet voorhanden was en/of het feit dat de betreffende cliënt zelf niet wilde meewerken, meestal door gebrek aan inzicht in de eigen beperkingen. Ook alle deelnemende professionals zijn tevreden over het project en benadrukken het belang van continuering.

Aangegeven verbeterpunten zijn: de afstemming tussen de betrokken partijen verder optimaliseren, aanscherpen van de verwijscriteria naar de SO en uitbreiden van de samenwerkingsafspraken naar andere partijen in de keten.

Samenvattend, is de voorzichtige conclusie gerechtvaardigd dat de zorgverlening aan kwetsba-

re ouderen gebaat is bij het samenvoegen van verschillende relevante deskundigheden. De huisarts heeft kennis van en ervaring met het gezins- en familiesysteem, de casemanager kan opsporen, het cliëntsysteem monitoren en begeleiden en de SO heeft expertise op het gebied van zorgdiagnostiek, -prognostiek en zorgmanagement, evenals geriatrische kennis en ervaring met de analyse en behandeling van complexe problematiek. Door het bundelen van deze kennis kan in complexe zorgsituaties meer proactief worden gewerkt. De kwetsbare oudere zelf neemt namelijk niet altijd op tijd het initiatief om adequate hulp te zoeken, dan wel mist de vaardigheden om dit te doen.^{4,12} In het hier gepresenteerde samenwerkingsmodel kan vanaf het begin gestreefd worden naar goede voorlichting, begeleiding en waar mogelijk en zinvol ook behandeling. De nagestreefde stabilisering binnen het systeem kan mogelijk ook de belasting van mantelzorgers beperken.^{7,8}

Dit beschrijvende onderzoek kent zeker beperkingen: de aantallen zijn klein, waardoor het trekken van conclusies maar beperkt mogelijk is. Er is geen controlegroep, zodat niet vergeleken kan worden met een situatie waarin de tot nu toe gangbare zorg wordt geboden. Voor uitgebreide analyse van het nut van deze vorm van samenwerking zal daarom meer gecontroleerd onderzoek moeten plaatsvinden met grotere aantallen patiënten.

De resultaten van de pilot zijn echter aanleiding om verder te experimenteren met deze vorm van zorg.

Dankbetuiging

De auteurs willen graag de casemanagers Marjon Broerse, Maaïke Veldkamp en Yvonne Verlinden danken voor hun bijdrage aan het ontwikkelen van het samenwerkingsmodel en hun aandeel in de dataverzameling. Ook willen wij het medisch secretariaat van Volckaert-SBO danken voor de ondersteuning bij de dataverwerking.

Tot slot danken wij het zorgkantoor en zorgverzekeraar UVIT voor hun bereidheid te investeren in het realiseren van dit samenwerkingsproject.

Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/01
- 2 RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.20, 10 december 2009:Dementie. Omvang van het probleem
- 3 Gezondheidsraad. Multimorbiditeit bij ouderen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/20
- 4 Deeg JHD e.a., Het kwetsbare succes van ouder worden. Tijdschr Verpleeghuisgeneeskd 2007;32:147-151
- 5 Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Handreiking in opdracht van LHV. KNMP, NHG en NVVA . Utrecht, 2009

- 6 Sociaal en Cultureel Planbureau. Kwetsbare ouderen. Den Haag: SCP, 2011; scp-publicatie 2011-10
- 7 NIVEL, Alzheimer Nederland, Factsheet 1, juni 2009. Resultaten van de laatste peiling met de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. Advies en informatie direct vanaf beginfase belangrijk voor mantelzorgers van mensen met dementie
- 8 NIVEL, Alzheimer Nederland, Factsheet 2, oktober 2007. Problemen en wensen van mensen met dementie
- 9 NIVEL, Alzheimer Nederland, Factsheet 2, oktober 2009. Resultaten van de peilingen met de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. Motieven en belasting van mantelzorgers van mensen met dementie
- 10 NIVEL, Alzheimer Nederland, Factsheet 3, oktober 2007. Welke groepen mantelzorgers van mensen met dementie ervaren de meeste belasting
- 11 NHG en NVVA, Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA) Dementie. Utrecht, maart 2009
- 12 Schols JMGA. In en vanuit het verpleeghuis, Proefschrift Universiteit Maastricht, 24-3-2000
- 13 Schols JMGA. Verpleeghuisgeneeskunde al langer officieel erkend; maar ook herkend en gekend? Oratie, 26 september 2008, Universiteit Maastricht
- 14 Van Eijken MIJ. Strategies for improving health care for the elderly. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen, 1-6-2007
- 15 Melis RJF. Caring for vulnerable older people who live in the community. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen. 28-1-2008
- 16 Mol JAC, De ziekte van Alzheimer en de organisatie van zorg. Dementie Actueel 2008, 5(1)
- 17 Koenen CACA e.a., De kloof tussen generalist en specialist overbrugd. Tijdschr Ouderengeneeskd 2010;35:219-222
- 18 Nieuwe inspirerende voorbeelden voor specialisten ouderengeneeskunde. Utrecht: Verenso, 2009
- 19 Koenen CACA e.a., De aanvullende waarde van ambulante multidisciplinaire ziekte- en zorgdiagnostiek in een geriatriesch centrum. Tijdschr Verpleeghuisgeneeskd 2005;30(5):6-11