

**GERIATRISCH DIAGNOSE- EN BEHANDELADVIESTEAM
IN ROTTERDAM**

- een pilot-studie -

D.H. Collijn
A. Kerkstra

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - tel. 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Collijn, D.H.

Geriatrisch diagnose- en behandeladviessteam in Rotterdam:
een pilot-studie / D.H. Collijn, A. Kerkstra. - Utrecht:

Nederlands instituut voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg, NIVEL

Onderzoek in opdracht van de Stichting Sociaal Geriatrisch
Gerontologisch Centrum, namens de projectgroep

Geriatrisch Diagnose- en behandeladviessteam te Rotterdam.

- Met lit. opg.

ISBN 90-6905-206-7

Trefw.: ouderenzorg; Rotterdam.

Omslag : M. Cornelius

Tekstverw./layout : M.v.d.Meulen

INHOUD

VOORWOORD	iii
SAMENVATTING	iv
1. ALGEMENE INLEIDING	
1.1. Inleiding	1
1.2. Zorg voor ouderen in Rotterdam	4
1.3. Doel en geplande werkwijze van het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam (GDt)	5
1.4. Vergelijkbare initiatieven	7
1.5. Doel van het onderzoek	10
1.6. Vraagstellingen	11
1.7. Opbouw van het rapport	13
2. METHODE VAN ONDERZOEK	
2.1. Inleiding	15
2.2. Onderzoeksgroep	15
2.3. Meetinstrumenten	16
2.3.1. Registratieformulieren	16
2.3.2. Beoordelingen door de verwijzer	19
2.3.3. Interviews	19
2.4. Procedure onderzoek	20
3. RESULTATEN	
3.1. Inleiding	23
3.2. Het startproces van het GDt Noord/Oost	23
3.3. Aanmelding	26
3.3.1. Kenmerken van de aanmelding	26
3.3.2. Kenmerken van de aangemelde patiënten	29
3.3.3. Bevindingen uit de interviews met de leden van het basisteam	34
3.4. Onderzoek	34
3.4.1. Algemene informatie	35

3.4.3.	Algemene psychische toestand	39
3.4.4.	Sociale gegevens	42
3.4.5.	Bevindingen uit de interviews	45
3.5.	Conclusies en behandeladvies	46
3.5.1.	Diagnose	46
3.5.2.	Toegevoegde waarde van de GDt-diagnose	49
3.5.3.	Overleg diagnose- en behandeladvies	50
3.5.4.	Behandeladvies	51
3.5.5.	Toegevoegde waarde van het GDt-behandeladvies	56
3.5.6.	Bevindingen uit de interviews	56
3.6.	Beoordeling door de verwijzer	57
3.6.1.	Beoordeling I	57
3.6.2.	Beoordeling II	61
3.7.	Bevindingen uit het interview met de projectleider van het GDt	66

4. SLOTBESCHOUWING

4.1.	Inleiding	69
4.2.	Samenvatting en conclusies aan de hand van de geformuleerde vraagstellingen	69
4.3.	Aanbevelingen	76

LITERATUUR	81
-----------------------------	-----------

Bijlage 1

Bijlage 2

VOORWOORD

Het onderzoek waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan, is verricht in opdracht van de Stichting Sociaal Geriatrisch Gerontologisch Centrum, namens de projectgroep Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam te Rotterdam.

Het betreft een onderzoek naar het functioneren van een nieuwe schakel in de zorg voor ouderen in Rotterdam: het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam. Doel van het onderzoek is een evaluatie van het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam dat als eerste van start is gegaan: het GDt Noord/Oost. Er is gekeken naar het inhoudelijk en organisatorisch functioneren van het GDt Noord/Oost teneinde te komen tot aanbevelingen voor eventuele aanpassingen in de werkwijze.

We willen de projectleider van het GDt, de leden van het kernteam Noord/Oost en de mee-denkgroep bedanken voor de constructieve samenwerking.

Utrecht,
december 1992

SAMENVATTING

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, respectievelijk Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam Centrum/Noord/West en Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam Zuid, opgestart. Een team bestaat uit een ervaren verpleeghuisarts, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een netwerk van specialisten. De instelling van de teams moet leiden tot vroegtijdige onderkenning en diagnostisering van somatische, psychische en sociale verschijnselen die bedreigend kunnen zijn of worden voor de zelfstandigheid van thuiswonende ouderen. De huisarts kan het team consulteren. Het doel van de Geriatrische Diagnose- behandeladviesteams is binnen een termijn van twee weken de diagnostiek te verrichten en een concreet en uitvoerbaar behandeladvies aan verwijzers te geven waardoor ouderen met complexe problemen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen met behoud van zoveel mogelijk kwaliteit van leven.

Teneinde het resultaat van het inhoudelijk en procesmatig functioneren van de Geriatrische Diagnose- en behandeladviesteams inzichtelijk te maken is een verkennende studie verricht naar het functioneren van het eerst gestarte team, i.c. GDt regio Noord/Oost Rotterdam. De resultaten geven aan dat de doelgroep van het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam gekenmerkt wordt door een slechte lichamelijke conditie, psychische en sociale problemen, een grote mate van hulpbehoefte en een zwakke draagkracht van het zorgsysteem. Ten aanzien van de doelgroep van het GDt is de afbakening tussen de GDt-populatie en de RIAGG-populatie niet duidelijk. Het blijkt mogelijk om in de thuissituatie van ouderen een diagnose te stellen alsmede concrete en uitvoerbare behandelplannen op te stellen. Echter de gestelde termijn van twee weken alsmede vroegtijdige onderkenning van de problematiek is vooralsnog niet gerealiseerd. Met uitzondering van de adviezen voor opname en medicatie, wordt slechts de helft van de behandeladviezen opgevolgd. De motivatie van de patiënt speelt hierbij een rol. Het resultaat van de geëffectueerde adviezen is doorgaans tenminste een status quo van de toestand van de patiënt. Ten aanzien van het procesmatig functioneren is tijdsdruk van alle betrokkenen een belangrijk knelpunt. In de aanbevelingen wordt een aanzet gegeven voor het oplossen van de gesignaleerde knelpunten in het functioneren van het GDt.

1. ALGEMENE INLEIDING

1.1. Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van een pilot-onderzoek naar het werk van het Geriatrie Diagnose- en behandeladvies team Noord/Oost in de gemeente Rotterdam. Teneinde het kader te schetsen waarbinnen het Geriatrie Diagnose- en behandeladvies team geplaatst dient te worden start dit hoofdstuk met een beknopte uiteenzetting van de belangrijkste actuele beleidspunten ten aanzien van de zorg aan ouderen. Aansluitend wordt kort stil gestaan bij de demonstratieprojecten die in het kader van de zorgvernieuwing voor ouderen zijn uitgevoerd en geëvalueerd zijn op hun daadwerkelijke merites.

In de volgende paragraaf wordt de ouderenzorg in Rotterdam besproken. In het kort wordt de situatie in de gemeente Rotterdam geschetst waaronder het beleid van de gemeente, zoals weergegeven in de notitie 'zorgvernieuwing ouderenbeleid'. Daaropvolgend wordt een beschrijving gegeven van het doel en de geplande werkwijze van het Geriatrie Diagnose- en behandeladvies team, hierbij wordt een uiteenzetting gegeven van de uitgangspunten en veronderstelde meerwaarde. Ter afsluiting van de contextschets wordt een aantal met het Geriatrie Diagnose- en behandeladvies team vergelijkbare initiatieven beschreven.

Bovenstaande informatie convergeert in het doel en de vraagstellingen. Het hoofdstuk sluit af met een paragraaf waarin de opbouw van het rapport wordt beschreven.

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

Het aantal geriatrie patiënten zal toenemen door de vergrijzing. In de meeste recente nota op het gebied van het ouderenbeleid (Ouderen in Tel 1990) wijst het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur op het belang van gerichte interventie vóór escalatie van de problematiek ontstaat. In de nota wordt met name gewezen op het bevorderen van

vroegdiagnostiek om onnodige verergering te voorkomen. Daarnaast wordt een goede coördinatie van de geriatrische zorg in de eerste lijn van belang geacht. 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. De instelling van Geriatrische Diagnose- en behandeladviesteams vormt een antwoord op deze door het ministerie aangeduide aandachtspunten.

De instelling van de teams vloeit voort uit het feit dat in de huidige situatie ouderen vaak in een zeer laat stadium met hun problemen terecht komen 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 thuiswonen onmogelijk maakt. Naast preventie of gerichte interventie krijgt ook de thuiszorg voor ouderen een multi-disciplinaire karakter ¹.

De instelling van de Geriatrische Diagnose- en behandeladviesteams sluit ook aan bij de onlangs verschenen intentieverklaring van de voormalige COSBO, Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen, en de LHV, Landelijke Huisartsen Vereniging (COSBO, LHV 1992). Hierin wordt gesteld dat in het licht van de demografische ontwikkelingen een forse toename van de hulpvraag bij de huisarts zal optreden. Hiervoor moeten kwantitatieve en kwalitatieve oplossingen worden gezocht. Teneinde oplossingen te realiseren zijn een aantal gemeenschappelijke concrete beleidsdoelen geformuleerd. Met name het doel: "Voor de huisartsen moet er zowel een directe verwijsmogelijkheid als een consultatiemogelijkheid naar de geriater bestaan. Dit vergt tenminste goed gespreide beschikbaarheid van een geriater, met zowel consultatiemogelijkheid als de mogelijkheid voor poliklinische hulp en (kortdurende) opname", sluit aan bij de uitgangspunten van het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam. Met dit verschil dat de arts in het team geen geriater is, maar een ervaren verpleeghuisarts.

Het onlangs verschenen advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Raad voor het Ouderenbeleid inzake deskundigheidsbevordering geriatrie in de eerste lijn geeft aan dat bij de deskundig-

¹ In de studie 'Toekomstscenario's eerstelijnszorg en thuiszorg' (STG 1992) wordt geconstateerd dat door de vele hoogbejaarden een groeiende behoefte zal zijn aan hulp vanuit meer dan een discipline, of te wel aan complexe zorg. Vergrijzing en toenemende zorgbehoefte lijken niet recht evenredig te zijn. Met name 75-plussers zullen in toenemende mate een beroep doen op de thuiszorg.

heidsbevordering op het terrein van de geriatrie in de eerste lijn naast medisch-inhoudelijke aspecten het accent ook moet liggen op organisatorische aspecten, dat wil zeggen op de bevordering van deskundigheid met betrekking tot samenhang, coördinatie en samenwerking in de zorg, hetgeen eveneens aansluit bij de insteek van de Geriatisch Diagnose- en behandeladviesteams (NRV, RVO 1992).

In de zorg voor ouderen is, politiek gezien, substitutie een centraal doel. De grondgedachte hierbij is dat actieve bemoeienis van de overheid in de balans van vraag en aanbod zal resulteren in een verschuiving van dure naar minder dure voorzieningen. Met name van institutionele zorg naar thuiszorg, i.e. van ziekenhuis naar verpleeghuis, van verpleeghuis naar verzorgingstehuis en van professionele zorg naar informele zorg. Professionele hulp wordt als supplementair beschouwd ten opzichte van zelf-hulp en informele hulp (Thunissen en Knapen 1991). Door de zorg op maat en het zo lang mogelijk in het thuismilieu kunnen verblijven, zal de kwaliteit van het leven als beter worden ervaren en worden sociale contacten niet afgebroken. Of de zorg ook goedkoper zal worden is vooralsnog niet duidelijk (NRV 1989). Recente ontwikkelingen wijzen er op dat thuiszorg voor de gebruiker duurder wordt; patiënten die op kosten van de verzekering langdurig thuis worden verpleegd zullen naar alle waarschijnlijkheid in de toekomst een eigen bijdrage voor die zorg betalen.

Van de ouderen, i.e. 65-plussers, in Nederland woont 7.3% in een verzorgingstehuis en verblijft 2% in een verpleeghuis (Ouderen in Tel 1990). Van de overige, zelfstandig wonende ouderen, woont 86% in een gewoon huis en woont 14% in een huis met speciale aanpassingen (Van der Kruis en Mandemaker 1986).

Mede op instagnatie van de geformuleerde beleidslijnen (Werken aan zorgvernieuwing 1990), worden steeds meer projecten ontwikkeld, de zogenoemde zorginnovatie-projecten, teneinde ouderen een goede zorg of 'zorg op maat' te bieden. Het doel van deze alternatieven is dat ouderen zich in de thuissituatie kunnen handhaven. Bekende voorbeelden hiervan zijn de demonstratieprojecten ouderenzorg, gesubsidieerd door WVC en de experimenten intensieve thuiszorg opgezet door de Ziekenfondsraad (1987).

In de demonstratieprojecten is de zorgverlening aan ouderen hét centrale thema. Uitgangspunt hierbij is, conform de substitutiededachte, door het verlenen van adequate zorg ouderen in hun actuele (thuis)situatie te handhaven. In de reacties van diverse koepelorganisaties tijdens het

symposium 'Vernieuwing Gedemonstreerd' (1992) zijn met name de maatregelen voor een geïntegreerde indicatiestelling voor extramurale zorg, een geïntegreerde indicatiestelling voor intramurale zorg, de individuele zorgsubsidie en de integratie van extra- en intramurale zorgfuncties positief beoordeeld.

1.2. Zorg voor ouderen in Rotterdam

Rotterdam heeft in vergelijking met andere grote steden en het gemiddelde aantal op nationaal niveau, meer inwoners die 65 jaar en ouder zijn. Van de Rotterdamse bevolking is 17% 65 jaar en ouder. Binnen de groep ouderen is 26% 80 jaar en ouder. Op nationaal niveau zijn deze cijfers respectievelijk 13% en 22% (Kochen 1991). Het merendeel van de ouderen in Rotterdam, i.e. 90% leeft zelfstandig, 33% is alleenstaand (Blom en Verhagen 1989). Zoals aangegeven in de toekomstscenario's eerstelijnszorg en thuiszorg (STG 1992) zal met name de behoefte aan zorg onder de hoogbejaarden toenemen.

Naast de bestaande, reguliere, zorgvoorzieningen lopen in de gemeente Rotterdam verschillende projecten die specifiek gericht zijn op vernieuwing en verbetering van de zorg voor ouderen. Een aantal van deze projecten wordt in het hiernavolgende kort beschreven. Onder de naam transmuraal beleid is vanaf 1988 een aantal projecten gestart waarin vormen van verzorging naar de omliggende omgeving werden gebracht. Deze transmurale zorg is een vorm van substitutie. De doelstelling is het zolang mogelijk zelfstandig blijven wonen van ouderen en het elimineren van de verhuisbeweging naar het verzorgingstehuis te realiseren door intra-murale zorg extra-muraal aan te bieden. Het project Individuele Zorg Subsidie (IZS) richt zich op ouderen die een verzorgingstehuisindicatie hebben, maar liever zelfstandig blijven wonen, mits dit mogelijk is door een verbeterde inzet van zorg. Tot nog toe heeft dit project zeer goede resultaten behaald. Transmurale zorg en het model individuele zorgsubsidie naderen elkaar zeer dicht (Zorgvernieuwing Ouderenbeleid 1992). Onlangs is door de GGD het project Thuisopvang Demente Ouderen (TDO) gestart. Hierbij passen getrainde vrijwilligers op bij demente ouderen die thuiswonen teneinde de mantelzorg te ontlasten. Daarnaast bestaat in het kader van het flankerend beleid bij verschillende verzorgingstehuizen de mogelijkheid voor een tijdelijke opname. Bovengenoemde projecten zijn gericht op de zorgvrager en zijn directe omgeving. Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteams daarentegen zijn met name ter

ondersteuning van de eerstelijns, i.e. de huisarts.

De gemeente Rotterdam kiest in haar beleid voor een verdergaande substitutie ten aanzien van verpleeghuiszorg in verzorgingstehuizen, implementatie van het project IZS en een uitbreiding van de dagverzorging, tijdelijke opname, alarmeringssysteem en maaltijdvoorziening. Onder het nieuwe stelsel resteren de gemeente weinig wettelijke taken op het gebied van de ouderenzorg. Thans is men bezig met het ontwikkelen van het begrip zorgregio, i.e. het vinden van een organisatorische vorm, teneinde zorg op maat te realiseren en continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen (Zorgvernieuwing Ouderenbeleid 1992).

1.3. Doel en geplande werkwijze van het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam (GDt)

Het instellen van Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteams² is een initiatief van de projectgroep Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam, waarin verschillende organisaties en hulpverleners zijn vertegenwoordigd. De instelling van het GDt moet leiden tot een vroegtijdige onderkenning en diagnostisering van somatische, psychische en sociale verschijnselen die bedreigend kunnen zijn of worden voor de zelfstandigheid van thuiswonende ouderen. Het gaat daarbij met name om ouderen die kampen met complexe problemen, waarbij de onderlinge beïnvloeding en versterking van psychische, somatische en sociale elementen een hoofdrol lijken te spelen en chronisch dreigen te worden (zie ook de Gouw en Pedrolì 1992). Het doel van het GDt-project is vroegtijdige onderkenning en diagnostisering van somatische, psychische en sociale verschijnselen die bedreigend kunnen zijn of worden voor de zelfstandigheid van thuiswonende ouderen waardoor ouderen zo lang en zo goed mogelijk in de huidige woonomgeving kunnen blijven wonen. (Blom en Verhagen 1989). Kortom, ouderen ervoor behoeden dat ze in een situatie geraken waarin ze hun individuele woon- en leefsituatie moeten opgeven.

Het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam Noord/Oost wordt gevormd door een kernteam bestaande uit een ervaren verpleeghuisarts en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Het team kan desgewenst

² Het GDt is projectmatig aangehaakt bij het SGGC. In bijlage 1 wordt een overzicht gegeven van de projectstructuur van het GDt.

gebruik maken van de expertise van een netwerk van hulpdisciplines. Formeel bestaat het netwerk uit twee medisch specialisten, i.c. een internist en een neuroloog. Daarnaast kunnen eveneens paramedici worden geconsulteerd. Gezien de echelonoverschrijdende opzet en methode van werken past het GDt uitstekend binnen de nieuwe functiegerichte benadering van zorg.

De meerwaarde van het GDt schuilt in het gegeven dat de voordelen van de RIAGG-werkwijze, waarbij de thuissituatie wordt beoordeeld op psychosociale aspecten, de mate van hulpbehoefte en de mobiliteit door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, en de kennis van de verpleeghuisarts, toegespitst op ouderen, worden samengebracht. Op deze wijze kan een integrale diagnose worden gesteld (zie ook Kroonen 1992).

Het team in de regio Rotterdam Noord/Oost is per 1 mei 1991 gestart. In de regio's Centrum/Noord/West en Zuid is respectievelijk per 4 november 1991 en 17 februari 1992 een team van start gegaan. Onderhavig pilot-onderzoek beperkt zich tot het GDt Noord/Oost.

Binnen het werkproces van het Geriatrisch Diagnose- en behandeladvies-team kan een drietal fases worden onderscheiden, namelijk aanmelding, onderzoek en diagnose- en behandeladvies.

De aanmelding verloopt in principe via de huisarts. Huisartsen in de regio Noord/Oost Rotterdam zijn over de instelling van het GDt geïnformeerd door middel van een brief en een daartoe georganiseerde voorlichtingsbijeenkomst. Tevens is aan de huisartsen in de betreffende regio een set aanmeldingsformulieren voorzien van een toelichting toegestuurd door het SGGC. Daarnaast ontvangen de huisartsen de GDt-nieuwsbrief die driemaandelijks verschijnt. De huisarts kan als hij dat nodig vindt ter advisering een patiënt aanmelden bij het GDt. Dit kan rechtstreeks of via een centraal telefoonnummer dat daartoe is ingesteld bij het SGGC. Bij aanmelding wordt bloedprikken geregeld op verwijzing van de GDt-arts. Dit gebeurt ofwel aan huis bij de patiënt ofwel via de polikliniek van het verpleeghuis, bijvoorbeeld als de patiënt op de polikliniek onderzocht moet worden.

Na de aanmelding wordt door het team een afspraak gemaakt voor een huisbezoek van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige beoordeelt de thuissituatie van de patiënt. De verpleeghuisarts doet een medisch onderzoek. Dit gebeurt bij de patiënt thuis dan wel op de polikliniek. Zonodig wordt nog een aanvullend onderzoek gedaan door de fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist of diëtist. Indien de consultatie van een specialist wenselijk is, wordt na

telefonisch contact de status van de patiënt bij de specialist afgeleverd. Binnen 24 uur wordt de status door de specialist afgegeven bij het verpleeghuis en is weer in het bezit van de GDt-arts. De specialist kan zowel voor de diagnose als voor het behandeladvies geraadpleegd worden.

Er wordt naar gestreefd het gehele onderzoek binnen twee weken af te ronden. Het team formuleert tijdens een gezamenlijk overleg de diagnose en het behandeladvies. Het behandeladvies dient te zijn opgesteld in zo concreet mogelijke termen. Het team zal de daadwerkelijke behandeling niet zelf ter hand nemen. Dit behoort tot de taak van professionele hulp- en zorgverleners in de eerste- en tweede lijn.

De bevindingen van het kernteam worden schriftelijk gerapporteerd aan de huisarts. Deze rapportage is niet geïntegreerd, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en arts rapporteren gescheiden, maar het wordt als een pakket verstuurd. Het advies wordt desgewenst samen met de huisarts besproken op het praktijkadres. De huisarts zal het resultaat van het onderzoek en het behandeladvies met de patiënt en/of de familie doorspreken. De patiënt krijgt schriftelijk bericht van het GDt als de uitslag van het onderzoek bij de huisarts bekend is.

Samengevat is het **doel** vroegtijdige onderkenning en diagnostisering van somatische, psychische en sociale verschijnselen die bedreigend kunnen zijn of worden voor de zelfstandigheid van thuiswonende ouderen, waardoor ouderen zo lang en zo goed mogelijk in de huidige woon-omgeving kunnen blijven wonen. Het **middel** ter realisering van het doel zijn Geriatisch Diagnose- en behandeladviesteams die de problematiek multidisciplinair benaderen. De werkwijze (het **proces**) van het team resulteert in een diagnose en een behandeladvies. In het behandeladvies worden per individuele patiënt concrete en voor de thuissituatie relevante doelen gesteld waarop de behandeling gericht is. Het team heeft zich ten doel gesteld om te werken zonder wachtlijst. Het streven is om binnen twee weken de bevindingen ten aanzien van diagnose en behandeladvies terug te rapporteren naar de huisarts.

De **uitkomst** van het geschetste traject, doel-middel-proces, wordt bepaald door de mate waarin het doel gerealiseerd is.

1.4. Vergelijkbare initiatieven

Uitgaande van de centrale functie van het Geriatisch Diagnose- en behandeladviesteam, i.c. vroegtijdige diagnostiek en advisering ten

behoefte van de huisarts, lopen vergelijkbare projecten elders in Nederland. Een aantal daarvan wordt hier kort besproken.

Sinds 1990 is in het Academisch Ziekenhuis Utrecht een geriatrisch consultatiepunt (GCP) voor huisartsen gevestigd. Het initiatief daartoe kwam van de plaatselijke huisartsenvereniging. Het GCP wil huisartsen ondersteunen bij het begeleiden van geriatrische patiënten in hun thuissituatie. Aan dit consultatiepunt is een huisarts als coördinator verbonden, in tegenstelling tot het project in Rotterdam waar het basisteam bestaat uit een verpleeghuisarts en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Voor diagnostiek en behandeladviezen wordt gebruik gemaakt van medisch specialisten. Het Utrechtse experiment is niet expliciet gericht op het stellen van een vroege diagnose om escalatie te voorkomen. De doelstelling wordt geformuleerd als het binnen de eerstelijns houden van aanvullende diagnostiek en behandeling, met behulp van de specialist. Men verwacht een kostenbesparing omdat overbodig medisch onderzoek met deze werkwijze wordt vermeden en omdat geriatrische patiënten waarschijnlijk langer thuis kunnen blijven (Braak, De Lange en Cleton 1989).

In het verpleeghuis Nieuw Toutenburg in Friesland wordt geëxperimenteerd met diagnostiek en behandelingsadviezen voor thuisverblijvende psychogeriatrische patiënten door de polikliniek van het verpleeghuis, gericht op behandeling van patiënten thuis om eventueel in een later stadium opname te voorkomen. Het project in Nieuw Toutenburg heeft derhalve een andere organisatorische opzet (diagnostiek en behandeladvies vanuit de polikliniek van het verpleeghuis) en een meer beperkte doelgroep (het gaat expliciet om psychogeriatrische patiënten) dan de GDT's in Rotterdam. Doel is onder andere een intensivering van de psychogeriatrische polikliniek. De huisarts is de aanmelder (Gerritsen en Van der Ende 1990).

Op initiatief van de gemeente Den Haag heeft in Loosduinen in de periode oktober 1989 - september 1990 een project gedraaid dat als doel had een betere samenwerking in het psychogeriatrische circuit te realiseren met als aandachtspunt adequate diagnostiek. Het psychogeriatrisch team bestond uit een klinisch geriater, een arts psychogeriatric en een verpleeghuisarts. Aanmelding verliep via de deelnemende instellingen, respectievelijk verpleeghuis, RIAGG, psychiatrisch centrum en algemeen ziekenhuis. In totaal werden 140 patiënten aangemeld. Echter, slechts één huisarts heeft het team geconsulteerd. Samenwerking met de eerstelijns bleek moeilijk te verwezenlijken. Daarbij wordt aangetekend dat de huisartsen de afzonderlijke leden wel wisten te vinden. De teamleden

stellen dat instellingen, waaronder verzorgingstehuizen, hun eigen autonomie belangrijker lijken te vinden dan een nieuwe aanpak van de groeiende psychogeriatrische problematiek (Slaets, de Keijzer en Went 1991).

In Amsterdam-Noord is in juni 1991 het project consultatiebureau voor ouderen van start gegaan. In het project participeren een verpleeghuis, een ziekenhuis en de huisartsenvereniging. Het doel van het project is het verstrekken van advies aan huisartsen van ouderen met meervoudige problematiek. De huisarts meldt de patiënt aan bij het consultatiebureau. De patiënt wordt thuis bezocht door een maatschappelijk werker en op het bureau uitgebreid onderzocht door een verpleeghuisarts. Indien nodig wordt een specialist geraadpleegd. Na veertien dagen vindt er overleg plaats met de huisarts en eventueel de wijkverpleging (Innovatie in de Zorgsector 1991).

In Doetinchem is in juni 1988 het project Geriatrisch Onderzoek en Adviescentrum gericht op preventieve geriatrie gestart. Deelnemers zijn drie verpleeghuizen en de Stichting Ziekenhuizen Doetinchem. Het doel is om verkeerde-bed-problematiek in ziekenhuizen en wachtlijstproblematiek in verpleeghuizen te voorkomen. Er vindt een lichamelijk/functioneel onderzoek plaats en er worden op korte termijn probleemgerichte adviezen aan de verwijzer verstrekt (Innovatie in de Zorgsector 1991).

In januari 1990 is in Assen een senioren-polikliniek gestart. Huisartsen kunnen de polikliniek consulteren ten behoeve van oudere patiënten. De selectie van de patiënten vindt plaats in overleg met de huisarts en de verwijzende specialist. Beoordeling van de patiënt vindt plaats in één sessie door drie specialisten: een internist, een psychogeriatr, neuroloog en eventueel met steun van medisch maatschappelijk werk. Twee maal per maand kan een maximaal aantal van drie patiënten beoordeeld worden. Participanten in dit project zijn ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, huisartsen en medisch maatschappelijk werk (Innovatie in de Zorgsector 1991).

Naast bovengenoemde specifieke projecten bestaat de wettelijke regeling consultatiefunctie van het verpleeghuis (Ziekenfondsraad 1986) en de regeling subsidiëring Ziekenfondsraad substitutie verpleeghuiszorg 1992 (Ziekenfondsraad 1992).

De consultatiefunctie betreft een aanspraak voor de verzekerde die, in het verzorgingstehuis verblijft of zelfstandig woont, op aanvraag van zijn huisarts de deskundigheid van de werkers (disciplines) in het verpleeghuis kan inroepen. Deze functie kan de consultatiefunctie van het GdI inzake het somatische aspect overlappen.

De subsidieregeling substitutie verpleeghuiszorg maakt het verpleeghuizen mogelijk ook buiten het verpleeghuis zorg te verlenen voor zowel verpleeghuis geïndiceerden als voor zelfstandig wonenden. Per regio is hiervoor een budget beschikbaar naar rato van het aantal 75-plussers. Ook projecten buiten verpleeghuizen om kunnen deze zorg verlenen, mits zij voldoen aan een aantal kwaliteitsaspecten. Uit onderzoek van bureau Hoeksma, Homans en Menting blijkt dat per 1 juni 1990 een 136-tal samenwerkingsprojecten tot stand is gekomen tussen verpleeghuizen, verzorgingstehuizen en eerstelijnsorganisaties. De regeling blijkt in een behoefte te voorzien. Opvallend is dat een derde van de patiënten geen formele verpleeghuisindicatie lijkt te hebben. Voor 34% van de patiënten geldt dat opname wordt uitgesteld, bij 59% wordt opname voorkomen. Bij samenwerkingsverbanden in de eerste lijn worden niet altijd beleidsmatige afspraken gemaakt tussen de participerende disciplines. Het blijkt echter, ook gezien de bevindingen in Loosduinen, dat meer systematiek en explicitering van de afspraken is geboden (Van Weerden en Bertels 1987).

Hoewel het project te Rotterdam qua doelstelling en opzet een zekere gelijkenis vertoont met andere projecten, is er sprake van verschillen zowel in inhoudelijk opzicht als op organisatorisch gebied. Een proces-evaluatie van het project zoals dat op specifieke wijze is opgezet, is dan ook van belang.

1.5. Doel van het onderzoek

Een onderzoek naar het functioneren van de GDT's is van belang teneinde de resultaten van de teams zichtbaar te maken en waar nodig de werkwijze aan te passen. Het feit dat de Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam een nieuw verschijnsel vormen in de zorg, brengt voorsnog een aantal belangrijke onduidelijkheden met zich mee. Het staat niet vast hoeveel patiënten aangemeld zullen worden en welke hulpverleners mee gaan werken aan de behandeling. Dit houdt in dat het moeilijk is een schatting te geven van de hoeveelheid gegevens die verzameld moet gaan worden. Om die reden is overeengekomen dat de eerste fase van het onderzoek zich zal richten op het team Noord/Oost dat als eerste is gaan functioneren. De feitelijke evaluatie, van alle drie de teams, zal daarna pas van start gaan (fase 2). Onderhavige rapportage betreft alleen fase 1 van het onderzoek.

Tijdens fase 1 van het onderzoek wordt een beschrijving gegeven van het startproces van het team Noord/Oost. Op basis daarvan kunnen aanwijzingen (aanbevelingen) worden gegeven voor een eventuele bijstelling van de werkwijze. Daarnaast worden de meetinstrumenten ontwikkeld en getest voor de feitelijke evaluatie van de teams in fase 2.

Samengevat is het doel van onderhavige studie een beschrijving van het ontwikkelen en het testen van de meetinstrumenten ten behoeve van de evaluatie van de Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteams te Rotterdam alsmede een beschrijving van het functioneren van het team Noord/Oost teneinde aanbevelingen te formuleren voor eventuele aanpassingen van de gevolgde werkwijze.

1.6. Vraagstellingen

Onderhavige studie heeft vooral het karakter van een procesevaluatie waarin wordt nagegaan hoe het Geriatrisch Diagnose- en behandeladvies-team functioneert en welke verbeteringen aangebracht kunnen worden in het functioneren.

Aan het functioneren van het team kunnen zowel inhoudelijke als organisatorische aspecten worden onderscheiden.

Een procesevaluatie van het inhoudelijk functioneren van het GDt moet vooral aandacht besteden aan die aspecten die nieuw zijn in de zorgverlening. Te denken valt daarbij aan het feit dat het team mikt op een doelgroep die qua complexe problematiek nog in een beginstadium verkeert, waardoor het mogelijk is om een vroege diagnose te stellen en bijtijds een behandeling in te stellen om escalatie van de problemen te voorkomen. Nieuw is ook het feit dat de vroege diagnose en het behandelplan worden opgesteld in de thuissituatie van de patiënt en dat de adviezen van het team zich ook nadrukkelijk richten op die thuissituatie. Dit houdt in dat in inhoudelijk opzicht aandacht moet worden geschonken aan de volgende punten:

- in de eerste plaats moet worden nagegaan of patiënten inderdaad in een vroeg stadium worden aangemeld bij het GDt, waardoor er nog sprake kan zijn van een vroege diagnose en behandeling (In fase 2 kan worden nagegaan in hoeverre de doelgroep van het GDt een andere is dan de groep ouderen die in een vaak laat stadium worden aangemeld bij een RIAGG of verpleeghuis).
- ten tweede moet worden nagegaan of de teams inderdaad in staat zijn om in de thuissituatie van patiënten diagnoses te stellen en

behandelplannen op te stellen. Ten aanzien van het opstellen van behandelplannen door het team moet met name rekening worden gehouden met de vraag of deze inderdaad zijn afgestemd op de concrete thuissituatie van de patiënt en niet blijven steken in abstracte adviezen van zeer algemene aard.

- tot slot dient op inhoudelijk gebied enig effect worden gemeten door na te gaan of de doelen die per patiënt worden geformuleerd door het GDt ook werkelijk worden gehaald en voor zover dit niet of slechts gedeeltelijk het geval is, wat daarvan de oorzaak is. Vanwege het ontbreken van een controlegroep kan echter niet worden vastgesteld of de behaalde resultaten kunnen worden toegeschreven aan het functioneren van het GDt, of dat soortelijke resultaten ook hadden kunnen worden bereikt zonder het bestaan van een dergelijk team.

De vraag of de doelgroep van het GDt qua ernst van de problematiek verschilt van de RIAGG en polikliniek van verpleeghuizen wordt in fase 2 van het onderzoek beantwoord.

De procesevaluatie ten aanzien van het GDt moet zich, analoog aan de inhoudelijke evaluatie, ook richten op het feit dat het GDt in *organisatorisch* opzicht een nieuwe schakel in de zorg vormt. De teams zullen naambekendheid en een eigen plaats moeten verwerven in de Rotterdamse gezondheidszorg. Verwacht mag worden dat dit niet zonder problemen zal verlopen. Uit een haalbaarheidsstudie die ten behoeve van het projectvoorstel is verricht (Blom en Verhagen 1989) bleek dat er, zonder namen van organisaties en instanties te noemen, sprake is van enige terughoudendheid ten aanzien van de GDt's. Problemen kunnen optreden op het gebied van acceptatie van de teams en op het terrein van multidisciplinaire samenwerking. Acceptatie door met name de beroepsgroep huisartsen is van groot belang voor het functioneren van de teams, huisartsen moeten immers de patiënten aanmelden die voor diagnosestelling door de teams in aanmerking komen. Echter, zowel het verkrijgen van acceptatie en bekendheid in het veld, als wel het afbakenen van een doelgroep vergen onvermijdelijk enige tijd. Het is daarom niet zinvol hier al in fase 1 van het onderzoek aandacht te besteden.

Voor het opstellen van diagnoses en behandeladviezen alsmede voor de daadwerkelijke uitvoering van het behandelplan, wordt daarnaast uitgegaan van een multidisciplinaire aanpak. Bijna twee decennia van streven naar een betere multidisciplinaire samenhang en samenwerking, sinds de Structuurnota uit 1974, hebben duidelijk gemaakt dat dit niet geruisloos zal verlopen. In de eerstelijns zal de huisarts de behandeling van patiënten

moeten coördineren. De vraag is in hoeverre andere disciplines deze rol van de huisarts zullen accepteren. In de tweede lijn zal waar nodig de hulp worden ingeroepen van bijvoorbeeld medisch specialisten ten behoeve van het stellen van een diagnose. Acceptatie van de kant van deze groep is dus ook noodzakelijk. Tevens kan er discrepantie ontstaan tussen het streven naar werken zonder wachtlijsten enerzijds en de grote werkdruk in de tweede lijn anderzijds.

Als probleemstelling voor het onderzoek van fase 1 kunnen de volgende vragen worden geformuleerd:

1. Hoe functioneert het GDt Noord/Oost in inhoudelijk opzicht:
 - a. Wat is de doelgroep van het GDt; welke patiënten worden aangemeld?
 - b. Is het mogelijk om in de thuissituatie van ouderen diagnoses te stellen op basis waarvan concrete en uitvoerbare behandelplannen kunnen worden ontworpen?
 - c. Worden de doelen die in de individuele behandelplannen expliciet zijn geformuleerd inderdaad gehaald binnen de gestelde termijn, en zo niet, wat is daarvan de oorzaak?
2. Hoe functioneert het GDt in organisatorisch en procedureel opzicht:
 - a. hoe verloopt de samenwerking tussen verschillende disciplines binnen het team?
 - b. hoe verloopt de samenwerking tussen verschillende disciplines in de uitvoering van het behandelplan?

Aan de hand van deze vragen kan inzicht worden verkregen in de adequaatheid van de meetinstrumenten ten behoeve van de evaluatie van de Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteams in fase 2 van het onderzoek en het functioneren van het team Noord/Oost teneinde aanbevelingen te formuleren voor eventuele aanpassingen in de werkwijze.

1.7. Opbouw van het rapport

De verdere opbouw van deze rapportage is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt de methode van onderzoek besproken. Hierbij wordt een beschrijving gegeven van de onderzoeksgroep, de meetinstrumenten en de

gevolgde procedure tijdens de instrumentontwikkeling en de dataverzameling.

Hoofdstuk 3 begint met een beschrijving van het startproces van het GDt Noord/Oost. Vervolgens worden de bevindingen van de aanmelding, het onderzoek en het conclusie en behandeladvies besproken. Hierbij worden per fase zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve bevindingen gepresenteerd. Aansluitend worden de beoordelingen door de verwijzers van het behandeladvies besproken. De resultatensectie wordt afgesloten met de bevindingen uit het interview met de projectleider van het GDt.

In hoofdstuk 4 worden de bevindingen van hoofdstuk 3 kort samengevat en de vraagstellingen uit hoofdstuk 1 beantwoord. Daaropvolgend worden aanbevelingen gepresenteerd voor bijsturing c.q. aanpassingen in de werkwijze en procedure van de Geriatrisch Diagnose- en behandeladvies-teams en de meetinstrumenten.

2. METHODE VAN ONDERZOEK

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de methode van onderzoek beschreven. Als eerste wordt een beschrijving van de bij het onderzoek betrokken groepen gegeven. Vervolgens worden de instrumenten die gebruikt zijn om de kwantitatieve gegevens van de verschillende fases van het behandeladviesproces, i.e. de aanmelding, onderzoek en diagnosestelling en behandeladvies, in kaart te brengen, besproken. Aansluitend wordt de methode van de kwalitatieve dataverzameling beschreven, i.e. de beoordeling van het behandeladvies door de verwijzer en de interviews die gehouden zijn met de leden van het basisteam, drie leden van het netwerk en de projectleider van het GDt. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de onderzoeksprocedure.

2.2. Onderzoeksgroep

De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de periode januari tot en met juni 1992. Binnen het onderzoek kunnen drie relevante groepen worden onderscheiden, namelijk de aangemelde patiënten, het GDt en de verwijzers die het behandeladvies beoordelen.

De relatie tussen deze groepen is als volgt te omschrijven. De huisarts meldt de patiënt aan bij het GDt, het team onderzoekt op haar beurt de patiënt en formuleert een diagnose en behandeladvies. Vervolgens worden de bevindingen aan de huisarts gerapporteerd. Terwille van het onderzoek wordt de huisarts verzocht het behandeladvies op korte termijn (meteen nadat hij het advies ontvangen heeft) en langere termijn (na twee maanden) te beoordelen. Binnen het zojuist geschetste proces is de patiënt degene over wie het gaat.

Gedurende de onderzoeksperiode hebben 25 huisartsen 32 patiënten aangemeld. (N.B. één patiënt is door de GDt-arts zelf verwezen naar het GDt, maar de huisarts van deze patiënt is eveneens benaderd en dus ook meegeteld in het totaal aantal) De aangemelde groep patiënten bestaat uit 11 mannen en 21 vrouwen.

2.3. Meetinstrumenten

Aan de fases van het behandeladviesproces, i.e. aanmelding, onderzoek en diagnose- en behandeladvies, worden inhoudelijke en procesmatige aspecten onderkend. De inhoudelijke, voornamelijk kwantitatieve gegevens, zijn verzameld aan de hand van registratieformulieren, ontworpen voor de genoemde fases. De procesmatige, voornamelijk kwalitatieve gegevens, zijn verzameld in de interviews met de leden van het basisteam, netwerk van specialisten en hulpdisciplines, en telefonische enquêtes op twee tijdstippen met de verwijzer. In deze paragraaf worden de verschillende meetinstrumenten besproken.

2.3.1. Registratieformulieren ¹

A. Aanmelding

Het *aanmeldingsformulier* is afgeleid van het formulier voor medische inlichtingen bij een aanmelding voor een verzorgingstehuis te Rotterdam. Uitgaande van de bevindingen van team Noord/Oost is het formulier aangepast, voor telefonische aanmelding geschikt gemaakt, en qua layout verbeterd. Het nieuwe formulier, thans toegesneden op de relevante informatie zoals die door de leden van team is weergegeven, is met ingang van 1 januari 1992 operationeel. Het nieuwe formulier is door het SGGC aan de huisartsen toegestuurd.

De aanmelding bij het GDt kan schriftelijk of telefonisch geschieden. In het geval van een schriftelijke aanmelding (door de huisarts) wordt deze rechtstreeks aan de arts van het team toegestuurd; naam en adres staan op het formulier vermeld. Telefonische aanmelding kan rechtstreeks plaatsvinden bij de arts van het team of via een centraal telefoonnummer bij het SGGC.

Wanneer een aanmelding telefonisch plaatsvindt, wordt het aanmeldingsformulier ingevuld door de GDt-arts. Bij een schriftelijke aanmelding wordt het formulier uiteraard ingevuld door de verwijzende huisarts. Voor beide vormen van aanmelding is een toelichting opgesteld teneinde het formulier zo adequaat mogelijk in te vullen.

De functie van het aanmeldingsformulier is verzameling van gegevens omtrent de klachten en problemen bij- en tijdstip van- aanmelding. Het is de bedoeling dat deze informatie gekoppeld wordt aan de gegevens van

¹ De registratieformulieren zijn weergegeven in bijlage 2.

het formulier registratie thuissituatie en het conclusie- en behandeladvies-formulier.

Op het aanmeldingsformulier worden personalia, zoals naam, adres, telefoon, geslacht en leeftijd van de patiënt vermeld. Vervolgens kan het klachten/probleem patroon, duur van de klachten en behandeling en/of medicatie worden aangegeven. Verder kan worden aangegeven of en welke relevante medische gegevens worden overgedragen. Daarnaast kan de verwijzer aangeven of naast de standaard schriftelijke rapportage, een gezamenlijke bespreking van de bevindingen op het praktijkadres of telefonisch wenselijk is.

Op de toelichting van het formulier staat dat een expliciete vraag op de achterzijde vermeld kan worden. Bij opmerkingen kan de ruimte hiervoor worden gebruikt. Ook kan hier worden vermeld waar de patiënt het best kan worden gezien door de GDt-arts: thuis of op de polikliniek.

B. Onderzoek en diagnosestelling

Registratie van het onderzoek van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de GDt-arts vindt gescheiden plaats. De GDt-arts registreert haar onderzoeksactiviteiten in de medische status en in de brief aan de huisarts. Deze informatie is niet beschikbaar voor het onderzoek van het NIVEL. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige registreert de bevindingen van het onderzoek in de thuissituatie op het *formulier registratie thuissituatie*.

Uitgangspunt bij het formulier voor de registratie van de thuissituatie is dat het compatibel is met het aanvraagformulier voor de adviescommissie verpleging en verzorging ouderen Rotterdam waarmee binnen het SGGC wordt gewerkt. Dit formulier wordt gebruikt voor het verkrijgen van inlichtingen in geval van een aanvraag voor opname in een verzorgings- of verpleeghuis of voor dagbehandeling in een verpleeghuis.

Het formulier voor de registratie van de thuissituatie is opgedeeld in drie categorieën: 1. algemene lichamelijke toestand, 2. algemene psychische toestand en 3. sociale gegevens. Binnen deze categorieën vindt een uitsplitsing plaats naar een aantal relevante sub-categorieën.

1. Algemene lichamelijke toestand. Hieronder wordt verstaan functies van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), functies van de bijzondere dagelijkse levensverrichtingen (BDL), incontinentie, decubitus, zintuigen- en contactfuncties en hand- en arm functies. Aanvullingen op het formulier van het SGGC zijn vijf ADL- en vijf BDL-functies en een subcategorie lichamelijke conditie.

2. *Algemene psychische toestand.* Hierbij wordt informatie verzameld over het gevoelsleven, gedrag, geheugen- en oriëntatiefuncties. Betrokkenheid, cognitief functioneren en persoonlijkheidsveranderingen zijn toegevoegd aan het oorspronkelijke formulier.

3. *Sociale gegevens.* Deze hebben betrekking op het ontvangen van formele en informele zorg, huisvesting, woonsituatie en bereikbaarheid/-geschiktheid van de woning. Aanvullingen op het oorspronkelijke formulier zijn woningaanpassing, hobby's, huisdieren en de financiële situatie. Wanneer een hetero-anamnese is afgenomen, kan dit bij de toelichting worden vermeld. Naast de gegevens van de patiënt is er ruimte om gegevens van een contactpersoon te noteren.

De aanvullingen op het bestaande formulier zijn gebaseerd op de ervaring en visie van het team Noord/Oost.

Met behulp van het formulier voor de registratie van de thuissituatie verzamelt de sociaal psychiatrisch verpleegkundige relevante informatie over het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van de patiënt in zijn dagelijkse omgeving.

C. Conclusie en behandeladvies

Het *conclusie en behandeladviesformulier* is in eerste instantie ontworpen door het team Noord/Oost. Door het NIVEL is in overleg met het team het formulier verder uitgewerkt. Het formulier bestaat uit drie delen: een diagnose, prognose en een behandeladvies.

De diagnose is uitgesplitst naar somatische factoren, psychische factoren en sociale factoren. De prognose is uitgesplitst in een somatische prognose, een psychosociale prognose en een prognose omtrent handhaving in de thuissituatie. Verder kan worden aangegeven op een vijfpuntschaal of de toestand somatisch dan wel psychosociaal is, en of er functieverlies dreigt en mobiliteitsstoornissen zijn.

Voor zowel de diagnose als het behandeladvies kan worden aangegeven of er overleg heeft plaats gevonden met andere disciplines en of deze disciplines wel of niet deel uitmaken van het netwerk van het team.

Het eigenlijke behandeladvies is onderverdeeld in de volgende categorieën: paramedische diensten, verpleging en verzorging thuis, psychosociale begeleiding, ambulante verwijzing, andere woonvormen, opname, aanpassen medicatie en overige adviezen.

Per categorie bestaat een aantal keuzemogelijkheden en de optie 'overige' die vrij kan worden ingevuld. Voor elke ingeschakelde discipline

wordt aangegeven wat het doel van het betreffende advies is. De doelen variëren per type advies. Tot slot kan worden aangegeven of een herhaalconsult wenselijk is.

Het formulier wordt door de arts samen met de sociaal psychiatrisch verpleegkundige ingevuld.

2.3.2. Beoordelingen door de verwijzer

De verwijzer is tweemaal benaderd met een aantal korte telefonische vragen. De eerste keer is in aansluiting op de ontvangst van het behandeladvies. De tweede keer is plusminus twee maanden na de eerste benadering. Door de verwijzer op korte en lange termijn te ondervragen kan naast een eerste indruk van het advies eveneens de daadwerkelijke opvolging en het resultaat van het advies worden beoordeeld.

Voor beoordeling op korte termijn is een aantal vragen aan de verwijzer gesteld die betrekking hebben op concreetheid en nieuwe gezichtspunten van zowel de diagnose als het behandeladvies. Daarnaast heeft de verwijzer het behandeladvies op uitvoerbaarheid en nut beoordeeld. Afsluitend is geïnformeerd naar de mening over het conclusie- en behandeladvies formulier en zijn eventuele opmerkingen genoteerd.

Bij de tweede beoordeling is een aantal concrete vragen met betrekking tot het uitgebrachte advies gesteld. Per geadviseerd onderdeel is gevraagd naar de opvolging en het resultaat, i.e. een verbetering, geen verandering of een achteruitgang in het functioneren van de patiënt. Vervolgens is gevraagd hoe de somatische en psychosociale toestand van de patiënt nu is in vergelijking met het tijdstip van ontvangst van het behandeladvies en of de patiënt zich in de (thuissituatie) heeft kunnen handhaven. Verder is geïnformeerd of een herhaalconsult heeft plaatsgevonden. Daarnaast is gevraagd naar knelpunten in de uitvoering van het behandeladvies, en het aantal contacten dat de verwijzer heeft gehad met de patiënt sinds de ontvangst van het advies. Afsluitend is geïnformeerd naar het nut van de verwijzing naar het GDt voor zowel patiënt als verwijzer.

2.3.3. Interviews

Er zijn interviews afgenomen bij de leden van het GDt, de leden van het netwerk en de projectleider van het GDt. Het interview met het basisteam was opgebouwd conform de onderscheiden fases van het behandeladviesproces, i.e. aanmelding, onderzoek, conclusie- en behandeladvies. Aansluitend is een aantal vragen gesteld over de rapportage en uitvoering van het behandeladvies. Inhoudelijk betroffen de vragen de wijze

waarop de onderscheiden stadia verlopen, of er eventueel knelpunten bestaan, mening over het functioneren van de respectievelijke fases en aanbevelingen ter verbetering. De samenwerking met de leden van het netwerk is eveneens een aandachtspunt geweest.

Afsluitend is gevraagd naar de functieomschrijving van de teamleden en de visie en de meerwaarde inzake het GDt. De leden van het team zijn afzonderlijk geïnterviewd.

Het interview met de netwerkleiden is toegespitst op de samenwerking met het basisteam, de frequentie en vorm van de consultatie en meerwaarde van het GDt.

Zowel bij de leden van het basisteam als de netwerkleiden had het interview in principe een gestructureerd karakter, dat wil zeggen dat dezelfde vragen zijn gesteld.

Met de projectleider van het GDt is op open wijze van gedachten gewisseld over de basisvoorwaarden van een project als het GDt. Hierbij is aandacht besteed aan de taken van de projectleider, de organisatie en financiering en de visie op het huidige functioneren van het GDt.

2.4. Procedure onderzoek

De registratie van het GDt door het NIVEL is gestart in januari 1992 en heeft betrekking op de patiënten die tot en met juni 1992 zijn aangemeld bij het GDt.

Bij aanmelding vult de huisarts of de GDt-arts het aanmeldingsformulier in. Het formulier voor de registratie thuissituatie wordt vervolgens door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige ingevuld tijdens het huisbezoek. Tijdens het huisbezoek wordt het toestemmingsformulier voor overdracht van de gegevens op naam aan de patiënt voorgelegd nadat kort is verteld waarom het gaat. Wanneer de GDt-arts haar onderzoek van de patiënt heeft afgerond worden de gezamenlijke bevindingen en adviezen op het conclusie en behandeladvies formulier genoteerd. Daarnaast stellen arts en sociaal psychiatrisch verpleegkundige afzonderlijk een rapportage op. In de rapportage van de arts worden de bevindingen zoals weergegeven op het conclusie- en behandeladvies formulier volgens opgestelde richtlijnen weergegeven. Dit formulier wordt als bijlage meegestuurd.

Na de afronding van het behandeladvies worden de gegevens naar het SGGC gestuurd. De procedure is hierbij als volgt: het secretariaat van de GDt-arts verstuurt kopieën van de formulieren van een patiënt, i.e. aanmelding, registratie thuissituatie, conclusie en behandeladvies en

eventueel het toestemmingsformulier naar het SGGC op hetzelfde moment dat de schriftelijke rapportage naar de huisarts wordt verstuurd. (NB deze procedure is omstreeks mei pas soepel gaan lopen). Wanneer het toestemmingsformulier is ingevuld worden de gegevens op naam, na telefonisch contact, doorgestuurd aan het NIVEL. Als het toestemmingsformulier niet is ingevuld of ontbreekt, wordt op het SGGC de naam van de betreffende patiënt weggehaald. Op deze wijze worden de formulieren geanonimiseerd, alvorens het NIVEL ze ontvangt.

Na ontvangst van de formulieren stuurt het NIVEL de betreffende verwijzer een brief waarin wordt uitgelegd dat het NIVEL een evaluatieonderzoek verricht naar het functioneren van het GDt Noord/Oost. Benadrukt wordt dat het oordeel van de verwijzer over het advies op korte en langere termijn een belangrijke rol speelt en dat hun medewerking bijzonder op prijs wordt gesteld. Tussen de vijf en zeven dagen na het versturen van deze brief wordt de verwijzer telefonisch benaderd met een aantal korte vragen. Aan het einde van dit gesprek wordt gevraagd of het akkoord is dat over twee maanden nogmaals gebeld wordt teneinde informatie te verzamelen over het resultaat van het behandeladvies. Voorafgaand aan de tweede beoordeling ontvangt de verwijzer een kort briefje waarin wordt vermeld dat binnenkort gebeld wordt over patiënt X. Voor beide beoordelingen geldt dat bij anonieme patiënten alleen de geboortedatum en geslacht kunnen worden vermeld, voor zover bekend. De telefonische benadering van de verwijzers loopt langer door gezien de tijd die het behandeladvies proces en de uitvoering vragen.

De interviews met de leden van het basisteam en de specialisten zijn in de maand juni afgenomen. Het interview met de fysiotherapeut heeft in juli plaatsgevonden. De projectleider is in september geïnterviewd.

3. RESULTATEN

3.1. Inleiding

Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van het startproces van het GDt Noord/Oost. Vervolgens komen de resultaten van aanmelding, het onderzoek van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, conclusie en behandeladvies, en de beide beoordelingen door de huisarts aan bod. Per fase worden, indien van toepassing, naast de kwantitatieve ook de kwalitatieve bevindingen beschreven, waarbij met name aandacht wordt besteed aan de werkwijze en knelpunten binnen de onderscheiden fases van het behandeladviesproces. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de bevindingen uit het interview met de projectleider van het GDt.

3.2. Het startproces van het GDt Noord/Oost

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de problemen die tijdens het opstarten van met name het GDt Noord/Oost hebben gespeeld. De aandacht ligt hierbij op de problemen die zich hebben voorgedaan in de organisatorische randvoorwaarden, dat wil zeggen rondom de formulieren, de overdracht van de patiëntgegevens en de gemaakte afspraken. Knelpunten die worden onderkend in het functioneren tijdens de GDt-werkzaamheden, i.c. het diagnose- en behandeladviesproces, worden bij de bespreking van de afzonderlijke fases in de hiernavolgende paragrafen aangegeven.

Voor een chronologische beschrijving van het startproces is gebruik gemaakt van de informatie die is verzameld tijdens besprekingen met het team Noord/Oost en de vergaderingen met de andere teams.

Op het moment dat het NIVEL bij het GDt-project werd betrokken, met ingang van 1 november 1991, was het GDt Noord/Oost reeds zes maanden operationeel, het GDt Centrum/Noord/West ging omstreeks dat tijdstip van start en GDt-Zuid moest half februari 1992 operationeel zijn. De voorlopige formulieren voor aanmelding, registratie thuissituatie en conclusie en behandeladvies waren op dat moment beschikbaar. Alsmede een

afsprakenlijst met betrekking tot de decentrale werkwijze van de teams. Op deze lijst staan de afspraken weergegeven ten aanzien van de formulieren, (wie welk formulier invult), de frequentie van verzending van de formulieren naar het SGGC, het beschikbare specialistennetwerk voor consultatie, financiën en procedure-afspraken.

Voor het NIVEL onderzoek en het adequaat registreren van de GDt-activiteiten was het nodig de beschikbare formulieren aan te passen. Daarnaast moest de vragenlijst voor de huisartsen worden ontwikkeld. De instrument verbetering en ontwikkeling hebben plaatsgevonden in nauw overleg met de leden van het GDt Noord/Oost en de projectleider. Deze meetinstrumenten zijn voorgelegd aan de kernteamvergadering van het GDt-project. Daarbij bleek dat met name het gebruik van het conclusie- en behandeladviesformulier op weerstand stuitte bij de andere teams. Het versturen van dit formulier zou irritatie opwekken bij de huisarts, alleen de medische brief achtte men voldoende. Het compromis is een brief geworden waarin de standaardisatie van het formulier terugkeert. Hiertoe zijn door de onderzoekers richtlijnen opgesteld. Het formulier wordt als bijlage aan de brief toegevoegd.

In januari 1992 is een mee-denkgroep voor het NIVEL onderzoek samengesteld die bestaat uit een lid van elk team en de projectleider van het GDt. Voor de inhoud/opzet van de interviews met het basisteam en de leden van het netwerk is overleg geweest met de mee-denkgroep.

Tevens bestonden er problemen over welke informatie van de patiënten moet worden overdragen aan het SGGC ten behoeve van de dossiervorming. Deze informatie zou desgewenst beschikbaar moeten zijn voor andere doelen zoals bijvoorbeeld indicatiestelling voor verzorgingstehuizen en verpleeghuizen. De tijd waarbinnen de informatie beschikbaar is, bleef eveneens een discussiepunt. Uiteindelijk is afgesproken dat vier formulieren naar het SGGC worden opgestuurd. Namelijk, het aanmeldingsformulier, het toestemmingsformulier, het formulier voor de registratie van de thuissituatie en het conclusie- en behandeladviesformulier. De medische status blijft in bezit van de GDt-arts. Wanneer informatie nodig is kan deze aldaar worden verkregen.

Samenhangend met het voorgaande is er het verschil van mening over het feit of er toestemming van de patiënt nodig is om zijn gegevens ook beschikbaar te stellen voor andere doeleinden, alsmede het overdragen van de formulieren op naam voor het NIVEL-onderzoek. Voor het benaderen van de verwijzers was het namelijk wenselijk dat het NIVEL de beschikking kreeg over de naam van de aangemelde patiënt. Het vragen

om een beoordeling van een advies aan de verwijzer van een patiënt waarvan alleen geslacht en sexe bekend zijn, is zeker op langere termijn moeilijk te realiseren. In eerste instantie leek de toestemming voor het NIVEL-onderzoek niet nodig aangezien er geen derden bij betrokken zijn. Echter de Gd-arts kon bij nader inzien deze afspraak toch niet onderschrijven. Ze stuurt de formulieren alleen met naam door als de patiënt het toestemmingsformulier heeft getekend. Na uitgebreid overleg is besloten tot een gecombineerde toestemmingsverklaring van de patiënt voor zowel het NIVEL-onderzoek als het gebruik van de Gd-gegevens voor andere doeleinden; de patiënt tekent dus twee keer. Ten behoeve van het NIVEL-onderzoek is overeengekomen dat het SGGC de formulieren anonimiseert als de patiënt geen toestemming geeft.

In maart 1992, als bovenstaande problemen ten aanzien van formulieren en toestemming lijken te zijn opgelost, zijn alle betrokkenen van het Gd-project voorzien van een rode basismap. Hierin treft men onder meer aan: de formulieren met de daartoe behorende richtlijnen, het toestemmingsformulier en toelichting voor de cliënt, overzicht van de gemaakte afspraken en de aandachtspunten voor de rapportage van de Gd-arts en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Echter daarna blijkt dat de teams nog steeds moeite hebben met sommige onderdelen van de formulieren, met name van het conclusie- en behandeladviesformulier. Men vindt dat men de essentie van het advies niet goed kan weergeven. Besloten wordt dat de afspraken vastgelegd in de rode map worden nagekomen, zodat de teams er meer ervaring in de praktijk mee op kunnen doen en dat na afronding van de eerste fase van het NIVEL-onderzoek bezien zal worden of de formulieren gewijzigd moeten worden. In april 1992 heeft er een wisseling van projectleider van het Gd plaatsgevonden. De nieuwe projectleider heeft meteen actie ondernomen tegen het niet nakomen van een aantal procedure-afspraken. Deze betroffen het ontbreken van formulieren en/of relevante gegevens van individuele patiënten en het niet op tijd versturen van de formulieren naar het SGGC. Het onderzoek van het NIVEL werd hierdoor bemoeilijkt. De projectleider heeft een gesprek gehad met de betrokkenen. Er bleek nogal wat irritatie te bestaan zowel bij het team Noord/Oost als bij het SGGC. Teneinde de informatielijnen beter te stroomlijnen heeft de projectleider een formulier opgesteld waarbij voor de afzonderlijke formulieren, i.c. aanmelding, toestemming, registratie thuissituatie en conclusie en behandeladvies, moet worden aangegeven of de formulieren aanwezig zijn. Indien dit niet het geval is, moet de reden hiervoor worden aangegeven. Pas in de maand mei zijn de procedures voor de afhandeling van

de formulieren soepel gaan verlopen. In deze maand is een aanzet gegeven voor het opstellen van een informatiefolder over het GDt bestemd voor familieleden en betrokkenen. Deze informatiefolder is in september verschenen en verspreid onder huisartsen en overige belangstellenden (o.a. Thuiszorg). In oktober is het eerste concept van de rapportage van het NIVEL-onderzoek met de mee-denkgroep besproken.

3.3. Aanmelding

In deze paragraaf worden de kenmerken van de aanmelding bij het GDt beschreven. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen organisatorische kenmerken van de aanmelding en kenmerken van de aangemelde patiënt. Zoals gereleveerd in hoofdstuk 2 hebben 25 huisartsen 32 patiënten aangemeld; een patiënt is twee keer aangemeld. De eerste aanmelding kon niet worden geëffectueerd in een advies omdat de patiënt vrijwel direct na aanmelding werd opgenomen in een ziekenhuis. De betreffende patiënt is na ontslag opnieuw aangemeld, waarbij vervolgens het hele behandeladviesproces is doorlopen. Twee andere aanmeldingen zijn vrijwel meteen weer ingetrokken. Eén patiënt ging bij nader inzien toch akkoord met opname in een verpleeghuis. De tweede patiënt bleek plotseling terminaal. Derhalve betreft deze rapportage 30 patiënten, die door 24 huisartsen zijn aangemeld.

3.3.1. Kenmerken van de aanmelding

Tabel 3.1.: Wijze van aanmelden (n=30)

	aantal	%
telefonisch	5	17
schriftelijk	22	73
onbekend	3	10

Het merendeel van de aanmeldingen vindt schriftelijk plaats. Bij drie patiënten ontbreekt het aanmeldingsformulier. Twee patiënten, een echtpaar, zijn door een vergissing van de RIAGG bij het GDt terechtgekomen. Het was de bedoeling dat een poliklinisch onderzoek door de

GDt-arts zou plaatsvinden, in het kader van een van haar andere ambulante functies. Een derde patiënt is op een gewoon briefje aangemeld.

Tabel 3.2.: Aanmeldingsformulier ingevuld door ... (n=30)

	aantal	%
huisarts	24	80
GDt-arts	3	10
onbekend	3	10

Het invullen van het aanmeldingsformulier hangt samen met het karakter van de aanmelding. Het ligt voor de hand dat schriftelijke aanmeldingen zijn ingevuld door de huisarts en daarmee ook vollediger zijn dan telefonische aanmeldingen, waarbij het formulier wordt ingevuld door de GDt-arts. In het laatste geval ontbreekt doorgaans of de medische gegevens zijn overgedragen en de wens met betrekking tot het bespreken van het behandeladvies.

Tabel 3.3.: Overdracht medische gegevens (n=30)

	aantal	%
bijgevoegd	12	40
telefonisch overdracht	5	17
persoonlijke overhandiging	1	3
onbekend	12	40

In meer dan de helft van het aantal aanmeldingen vindt overdracht van medische gegevens plaats door de huisarts. In de overige gevallen is het onbekend of overdracht plaatsvond.

Tabel 3.4.: Wens met betrekking tot het behandeladvies (n=30)

	aantal	%
1. gezamenlijke bespreking	3	10
2. schriftelijke rapportage	1	3
3. telefonisch overleg	9	30
4. combinatie 2 en 3	2	7
5. naar keuze	1	3
onbekend	14	47

In bijna de helft van de aanmeldingen is de wens van de arts omtrent de bespreking van het behandeladvies niet bekend. Wanneer het wel bekend is, gaat de voorkeur uit naar telefonisch overleg.

Tabel 3.5.: Aanwezigheid van een expliciete vraagstelling (n=30)

	aantal	%
ja	6	20
nee	20	67
onbekend	4	13

Bij zes aanmeldingen is door de verwijzer een expliciete vraag aan het team geformuleerd. Twee vragen betroffen een somatische oorzaak voor respectievelijk, onwel gevoelens en hallucinaties. Twee vragen hadden betrekking op respectievelijk een algemene screening en de vraag of dagbehandeling haalbaar is voor de patiënt en een verzoek voor screening op onderliggend somatisch lijden. De overige twee aanmeldingen betroffen respectievelijk een visie en advies voor een oplossing van de verzorging van een patiënt en een verzoek van de kamer verzorging van de adviescommissie.

Bij de helft van de aanmeldingen heeft de verwijzer de ruimte voor opmerkingen benut. De opmerkingen zijn uiteenlopend van aard. Globaal kan de volgende onderverdeling worden gemaakt: toelichting op de sociale omstandigheden en de verzorgingssituatie (overbelasting mantelzorg, deze betreft doorgaans de partner) en aanmelding is op verzoek van anderen dan de huisarts. Daarnaast hebben twee verwijzers een uitgebreide profielschets van de patiënt vermeld.

3.3.2. Kenmerken van de aangemelde patiënten

In deze paragraaf wordt een aantal relevante patiëntkenmerken beschreven. Daarnaast wordt een beeld geschetst van het klachtenpatroon, de duur van de klachten en de behandeling/medicatie.

Het merendeel van de patiënten is op de hoogte van de verwijzing, namelijk 70% (n=21), van 9 patiënten is niet bekend of zij op de hoogte zijn gesteld.

Tabel 3.6.: Leeftijdsverdeling van de aangemelde patiënten (n=30)

leeftijd	aantal	%
55-64 jaar	1	3
65-74 jaar	5	17
75-84 jaar	14	47
85-94 jaar	8	27
95-104 jaar	1	3
onbekend	1	3

80% van de patiënten valt in de leeftijdscategorie van 75 jaar en ouder. De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedraagt 81.2 jaar.

Tabel 3.7.: Gemiddelde leeftijd uitgesplitst naar sexe (n=30)

	gemiddeld	stand. dev.	aantal
mannen	76.9	(9.3)	n=11
vrouwen	83.7	(5.6)	n=19

De leeftijd waarop vrouwen bij het GDt worden aangemeld is hoger dan bij mannen (t=-2.51; df=28; p=0.18).

Tabel 3.8.: Aantal patiënten met partner (n=30)

	mannen	vrouwen	totaal	%
partner	8	5	13	43
geen partner	1	11	12	40
onbekend	2	3	5	17
totaal	11	19	30	100

Het wel of niet hebben van een partner is gelijk verdeeld over de patiënten. Onder het hebben van een partner worden ook niet-huwelijkse samenlevingsvormen gerekend. Wanneer er geen partner is kan dat betrekking hebben op alleenstaand, gescheiden of verweduwd zijn.

Naar verhouding hebben meer mannen een partner dan vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de partner bedraagt 75.6 jaar. Mannen hebben een jongere partner, 72.5 jaar, dan vrouwen, 82.3 jaar.

Zeven patiënten hebben geen kinderen. Van één patiënt is bekend dat er kinderen zijn, doch het aantal is onbekend. De meerderheid van de patiënten heeft kinderen waarbij twee het meest voorkomende aantal is.

Tabel 3.9.: Huisvesting en woonsituatie van de patiënten (n=30)

	totaal	met partner	met kind	alleen	onbekend
zelfstandige woning	18	7	2	8	1
serviceflat	4	2	-	2	-
verzorgingstehuis	4	1	-	1	2
onbekend	4	-	-	-	4
totaal	30	10	2	11	7

Van de aangemelde patiënten woont bijna driekwart zelfstandig. De woonsituatie is als volgt: 40% woont alleen en 37% van de patiënten woont samen met een partner of kind. Van de overigen is de woonsituatie onbekend.

Tabel 3.10.: Verzekeringsvorm patiënten (n=30)

	aantal	%
Ziekenfonds	17	57
Particulier	7	23
Onbekend	6	20

Ruim de helft van de patiënten is via het Ziekenfonds verzekerd. Van bijna een vijfde van de patiënten is de verzekeringsvorm onbekend.

Voor het inventariseren van de klachten bij aanmelding is gebruik gemaakt van de International Classification of Primary Care (ICPC), (Lamberts en Wood 1987). De ICPC is een twee-assig classificatiesysteem. De eerste as wordt gevormd door zeventien hoofdstukken die in grote lijnen rond orgaansystemen zijn georganiseerd. De tweede as bestaat uit zeven componenten, waarvan voor ons doel, het geven van een overzicht van de meest voorkomende klachten/ziekten, de eerste component en de laatste component van belang zijn. Deze betreffen respectievelijk klachten/symptomen en diagnoses/ziekten.

In tabel 3.11. zijn de klachten weergegeven per ICPC-hoofdstuk. Aangezien per aanmelding meer dan één klacht kan worden genoteerd, is het totaal aantal klachten groter dan het aantal patiënten. Het ICPC hoofdstuk W, betreffende zwangerschap, etc., is gezien de patiëntengroep uit de tabel weggelaten.

Tabel 3.11.: Klachten bij aanmelding weergegeven per ICPC-hoofdstuk

A. Algemeen en niet gespecificeerd	6
B. Bloed, bloedvormende organen	1
D. Maag / darmkanaal	6
F. Oog	1
H. Oor	2
K. Hart-vaatstelsel	5
L. Bewegingsapparaat	11
N. Zenuwstelsel	8
P. Psyche	34
R. Ademhalingsorganen	1
S. Huid/Onderhuidsheeftsel	-
T. Endocriene klieren, metabolisme en voeding	1
U. Urinewegen	3
X. Vrouwelijke geslachtsorganen en mamma	-
Y. Mannelijke geslachtsorganen en mamma	-
Z. Sociale problemen	7
totaal	86

Bij drie aanmeldingen zijn de klachten van de patiënt niet bekend. Van één patiënt zijn bij aanmelding geen klachten genoemd. Doch in de daartoe bestemde ruimte is de sociale situatie van de patiënt beschreven. Van de overige patiënten (n=26) zijn 86 klachten genoteerd. Uit de tabel kan worden afgeleid dat de klachten bij aanmelding met name betrekking hebben op het psychisch functioneren, het bewegingsapparaat en het zenuwstelsel.

Bij negentien van de patiënten waarvan de klachten bij aanmelding bekend zijn, is tenminste één klacht aanwezig die betrekking heeft op de psyche. De meest voorkomende psychische klachten hebben betrekking op het geheugen en de concentratie, i.e. verward, vergeetachtig, amnesie. Ook de klachten geestelijke achteruitgang, depressief gevoel en somber komen vaak voor. De klachten van het bewegingsapparaat betreffen vooral een verminderde mobiliteit.

Tabel 3.12.: Tijdsduur klachten (n=30)

	aantal	%
weken	5	16
maanden	3	10
1 jaar	2	7
meerdere jaren	8	27
overige	1	3
onbekend	11	37

De duur van de klachten varieert. Het is niet onwaarschijnlijk dat klachten die bij aanmelding nog maar kort bestaan een meer acuut karakter hebben. Bij 11 aanmeldingen is de duur van de klachten niet ingevuld. De aanduidingen van de tijdsduur zijn nogal variabel. Weken, maanden, jaren, laatste tijd en sluipend zijn hiervan enkele voorbeelden. In de tabel zijn deze variaties teruggebracht tot een beperkte aantal categorieën. Bij ruim een derde van de patiënten ontbreekt de tijdsduur.

Bij vier aanmeldingen wordt door de verwijzer één of meer behandelingen genoemd. Deze behandelvormen betreffen medicamenten en vitamine B12, begeleiding en fysiotherapie. Bij drie aanmeldingen wordt expliciet vermeld dat er geen behandeling is.

Daarnaast is bij 16 aanmeldingen expliciet de soort en aantal medicamenten aangegeven. Van de overige veertien patiënten ontbreken medicatiegegevens op het aanmeldingsformulier.

Het aantal medicamenten ligt tussen 1 en 15 (!) waarbij vier het meest voorkomt.

Samengevat blijkt uit bovenstaande bevindingen dat het merendeel van de aanmeldingen schriftelijk plaatsvindt. Bij een klein aantal aanmeldingen is sprake van een expliciete vraagstelling aan het Gd.

De aangemelde patiënten, 11 mannen en 19 vrouwen, hebben een gemiddelde leeftijd van 81.2 jaar. Hun klachten, hebben met name betrekking op het psychisch functioneren en het bewegingsapparaat en zijn variabel van duur. Tweevijfde van de patiënten heeft een partner en het merendeel woont zelfstandig.

3.3.3. Bevindingen uit de interviews met de leden van het basis-team

De werkwijze bij een aanmelding is als volgt. Na binnenkomst bij de GDt-arts worden eventuele ontbrekende gegevens, zoals bijvoorbeeld ziekenfondsnummer, opgevraagd door de assistente. Vervolgens wordt het formulier, doorgaans dezelfde dag, per fax verstuurd naar de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Zowel door de arts als door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige wordt een dossier aangelegd.

Door het opstellen van een aantal richtlijnen, door de GDt-arts, voor de assistentes en het faxen van de aanmeldingen zijn aanvankelijke knelpunten tijdens de aanmelding opgelost.

Een bestaand knelpunt voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige is de soms beknopte informatie die zij ontvangt. Daarnaast is het zinvol om bij de aanmelding aan te geven wie de contactpersoon van de patiënt is. De arts onderkent een knelpunt bij schriftelijke aanmeldingen. Dit betreft het achterhalen waar een patiënt gezien moet worden. Overigens is de GDt-arts van mening dat van telefonische aanmeldingen meer informatie bekend is dan van schriftelijke. Dit is niet conform de bevindingen uit de kwantitatieve gegevens.

Binnen de zogenaamde onterechte aanmeldingen kunnen twee soorten onderscheiden worden. Enerzijds zijn er aanmeldingen van patiënten die bij de RIAGG onder behandeling zijn, maar door de huisarts eveneens bij het GDt worden aangemeld. Dit leidt tot frictie binnen de RIAGG. Anderzijds zijn er aanmeldingen waarbij de situatie zo is vastgelopen dat opname de enige mogelijkheid is.

Beide teamleden zijn, afgezien van de hierboven genoemde knelpunten, tevreden over de wijze waarop de aanmeldingen thans verlopen.

3.4. Onderzoek

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van het onderzoek door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Hierbij wordt uitgegaan van de informatie zoals die door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige is weergegeven op het formulier 'registratie thuissituatie'. In het hierna volgende komen achtereenvolgens aan de orde: algemene informatie thuisbezoek, de lichamelijke toestand, de psychische toestand en de sociale gegevens van de patiënt waarin opgenomen de formele en informele zorg.

3.4.1. Algemene informatie

Van zeven aangemelde patiënten is geen informatie beschikbaar over de thuissituatie. Vijf patiënten waren reeds bekend bij de RIAGG. Wanneer een patiënt ten tijde van de aanmelding bij het GDt reeds onder behandeling is bij de RIAGG dan is het geen GDt-patiënt aldus de mening van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Derhalve wordt geen huisbezoek afgelegd. Voor de overige twee patiënten is geen reden vermeld. De hierna volgende bevindingen hebben betrekking op 23 patiënten.

20 Huisbezoeken zijn afgelegd door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige van het team Noord/Oost. Eén bezoek heeft de vervanger afgelegd. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige van het team Centrum/Noord-/West heeft eveneens een bezoek afgelegd. Bij één patiënt is niet bekend wie het bezoek heeft afgelegd.

Voor 19 patiënten is een contactpersoon bekend. Dit is bij negen patiënten de partner en bij zes patiënten een ander familielid.

3.4.2. Lichamelijke toestand van de patiënt

Bij de beschrijving van de ADL, BDL en mobiliteit wordt conform het SGGC-jaarverslag (1990) uitgegaan van de hulpbehoefte van de patiënt. Dat wil zeggen dat alleen de categorieën enige hulp en veel hulp worden weergegeven. In de kolom onbekend wordt het aantal patiënten genoemd waarvan deze informatie ontbreekt, zodat het aantal patiënten wat geen hulp nodig heeft voor de diverse verrichtingen ook uit de tabel kan worden afgeleid.

Tabel 3.13.: Bijzondere Dagelijkse Levensverrichtingen (n=23)

	enige hulp		veel hulp		onbekend	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
boodschappen doen	4	17	18	78		
brood klaarmaken	4	17	10	44		
eten koken	2	9	16	69	1	4
bed opmaken	3	13	12	52	1	4
bed verschonen	2	9	15	65	1	4
woning schoonmaken	5	22	17	74		
wasgoed verzorgen	1	4	19	83		
verwarming verzorgen	5	22	10	44		
financiën verzorgen	5	22	15	65		
koffie/thee zetten	2	9	10	44		
afwassen	2	9	10	44		
telefoneren	5	22	5	22	2	9
schrijven	8	35	4	17	3	13
beheer medicatie	3	13	8	35	2	9

Met uitzondering van telefoneren en medicatiebeheer geldt dat bij het verrichten van alle BDL-activiteiten voor de meeste patiënten tenminste enige hulp nodig is. Een klein aantal patiënten verricht deze activiteiten zelfstandig of ze worden door de partner uitgevoerd.

Tabel 3.14.: Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (n=23)

	enige hulp		veel hulp		onbekend	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
aan-uitkleden	7	30	6	26		
wassen bovenlichaam	5	22	8	35		
wassen onderlichaam	4	17	8	35		
eten en drinken	4	17	1	4		
toiletbezoek	5	22	3	13		

Bij het aan- en uitkleden en wassen heeft de helft van de patiënten tenminste enige hulp nodig. Voor eten en drinken en toiletbezoek is minder hulp nodig.

Tabel 3.15.: Mobiliteit I (n=23)

	enige hulp		veel hulp		onbekend	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
in- en uit bed	2	9	4	17	1	4
in- en uit stoel	3	13	4	17		
staan	5	22	4	17		
lopen	9	40	5	22		
traplopen	3	13	3	13		

Minder dan de helft van de patiënten heeft tenminste enige hulp nodig bij het staan. Bij lopen daarentegen hebben meer patiënten tenminste enige hulp nodig. Bij de getallen inzake het traplopen wordt de kanttekening geplaatst dat bij tien patiënten, i.e. 44%, dit item niet van toepassing was.

Tabel 3.16.: Mobiliteit II (n=23)

	ja		onbekend	
	aantal	%	aantal	%
bedlegerig	1	4	1	4
rolstoel	5	22		
loophulpmiddelen	16	70		
andere hulpmiddelen	2	9	9	39
voortbeweging buiten	11	48		
autorijden	-			
fietsen	1	4		
openbaar vervoer	6	26	1	4
taxi	5	22	2	9

Eén patiënt is bedlegerig. Van de vijf patiënten met een rolstoel, zijn twee zelfstandig in het gebruik en twee niet. Van de resterende patiënt is niet bekend of het gebruik zelfstandig is.

Tweederde van de patiënten maakt gebruik van loophulpmiddelen, waarvan twee patiënten meer dan één loophulpmiddel hebben. De respectievelijke loophulpmiddelen in frequentie van voorkomen zijn: wandelstok (9), looprekje (5), driepoot (2), rolstoel voor buiten (1) en een rolator (1).

Andere hulpmiddelen i.e. po-stoel en een urinaal voor 's nachts, worden

tweemaal genoemd.

Voortbeweging buiten komt bij minder dan de helft van de patiënten voor. Autorijden en fietsen daarentegen komen respectievelijk niet en nauwelijks voor. Enkele patiënten maken gebruik van het openbaar vervoer. Twee patiënten doen dat zelfstandig, de overige vier onder begeleiding. Vijf patiënten maken gebruik van een taxi, vier onder begeleiding en één zelfstandig. Twee van hen ontvangen een taxivergoeding.

Tabel 3.17.: Lichamelijke conditie (n=23)

	matig		slecht		onbekend	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
slapen	6	26	4	17	1	4
eetlust	9	39	1	4	1	4
tempo van handelen	14	61	7	30	1	4
uithoudingsvermogen	13	57	8	35	1	4

Meer dan de helft van de patiënten slaapt goed en heeft een goede eetlust. Het tempo van handelen en uithoudingsvermogen daarentegen is bij de meeste patiënten matig tot slecht.

Het gebruik van alcohol en tabakproducten is laag. Respectievelijk, 70% drinkt niet en 87% rookt niet.

Tabel 3.18.: Lichaamsfuncties (n=23)

	licht gestoord		ernstig		onbekend	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
gezichtsvermogen	14	61	2	9		
gehoor	4	17	4	17		
spraak	6	26	1	4		
evenwicht	15	65	2	9		
hand- en arm	11	48	1	4		

Bij 70% van de patiënten is het gezichtsvermogen tenminste licht gestoord. Stoornissen van gehoor en spraak komen minder voor.

Stoornissen in evenwicht en hand- en armfuncties zijn aanwezig bij respectievelijk 74% en 52% van de patiënten.

Tabel 3.19.: Incontinentie (n=23)

	soms		ja		onbekend	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
urine incontinentie	6	26	4	17		
zelfredzaam			4	17		
faeces incontinentie	2	9	1	4	2	9
zelfredzaam			1	4		
catheter gebruik	1	4	1	4	4	17
zelfredzaam			1	4		

Urine incontinentie komt vaker voor dan faeces incontinentie. De laatste vorm is betrekkelijk zeldzaam. De vier patiënten met urine incontinentie zijn zelfredzaam. Cathetergebruik komt weinig voor. Een stoma komt bij onderhavige patiënten niet voor.

Bij elf patiënten, 48%, is een toelichting gegeven op de algemene lichamelijke toestand. De toelichting is uiteenlopend van aard. Zowel een kwalificatie van de lichamelijke toestand komt voor, bijvoorbeeld, goed, matig of slecht, als een toelichting op het sociaal functioneren, bijvoorbeeld geheel afhankelijk, alsook een aanduiding van klachten en ziekten en problemen.

3.4.3. Algemene psychische toestand

In deze paragraaf wordt de psychische toestand van de patiënten beschreven. Hierbij komen achtereenvolgens betrokkenheid, waarneming, cognities, gevoelsleven, gedrag en geheugen en oriëntatie aan de orde.

Tabel 3.20.: Betrokkenheid en waarneming (n=23)

	ja		onbekend	
	aantal	%	aantal	%
bewustzijn verlaagd	2	9	2	9
initiatief- en interesseverlies	17	74	2	9
persoonlijkheidsverandering	9	40	2	9
hallucinaties	2	9	2	9

Bewustzijnsverlaging en hallucinaties komen weinig voor.

Persoonlijkheidsverandering en met name verlies van interesse en initiatief komen vaak voor.

Tabel 3.21.: Stoornissen in cognities (n=23)

	ja		onbekend	
	aantal	%	aantal	%
vorm (traag)	8	35	4	17
inhoud (wanen)	2	9	3	13
intelligentieniveau:			1	4
gemiddeld	19	83		
hoog	3	13		

Traag functioneren van het denken komt bij eenderde van de patiënten voor. Wanen is daarentegen slechts twee keer genoteerd. Het intelligentieniveau van de patiënten is gemiddeld.

Tabel 3.22.: Gevoelsleven (n=23)

	soms		ja		onbekend	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
eenzaam	6	26	8	35		
angstig	8	35	2	9	2	9
somber	8	35	6	26	1	4

Ruim eenderde van de patiënten is eenzaam. Een kwart van de patiënten heeft last van sombere gevoelens. Angstgevoelens, daarentegen, komen incidenteel voor.

Tabel 3.23.: Gedrag (n=23)

	soms		ja		onbekend	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
inactief	9	39	13	57	1	4
agressief	1	4	1	4	1	4
zwerfneigingen	1	4	1	4	1	4
onrustig overdag	4	17	1	4	1	4
onrustig 's avonds	3	18	2	9	1	4
onrustig 's nachts	2	9	1	4	1	4
decorumverlies	3	13			1	4
luidruchtig	2	9			1	4
brandgevaarlijk	1	4			1	4
achterdochtig	3	13	5	22	1	4

Inactief, in feite weinig gedrag, komt bij op een na alle patiënten voor. Onrustig gedrag en achterdocht komen ook vaak voor. Echter, de combinatie van onrustig gedrag en achterdocht, die kan duiden op een beginnende dementie komt slechts incidenteel voor. De overige in de tabel weergegeven gedragingen komen weinig voor.

Tabel 3.24: Geheugen en oriëntatie (n=23)

	licht gestoord		ernstig		onbekend	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
inprenting	16	70				
recent memory	17	74				
remote memory	13	57				
tijd	13	57	2	9		
plaats	1	4	1	4		
persoon	2	9				
aandachtsconcentratie	11	48			1	4

Ernstige geheugenstoornissen zijn niet aanwezig bij de patiënten. Meer dan de helft van de patiënten heeft lichte geheugenproblemen. Oriëntatie van plaats en persoon is normaal bij de meeste patiënten. Aandachtsconcentratie en oriëntatie van tijd daarentegen is bij een aantal patiënten licht gestoord.

Bij 18 patiënten, i.e. 78%, is een toelichting gegeven op hun psychische toestand. Veelal betreft het een typering van de persoon, bijvoorbeeld paniekerig, nerveus of de psychische emotionele status van de patiënt zoals vergeetachtig, of sociale aspecten, bijvoorbeeld boos op partner.

3.4.4. Sociale gegevens

In deze paragraaf wordt de sociale situatie van de patiënten beschreven. Hierbij komt als eerste de informele en formele zorg die patiënten ontvangen aan bod. Daarbij wordt de draagkracht van het zorgsysteem beschreven. Vervolgens wordt de bereikbaarheid/geschiktheid van de woning besproken. Huisvesting en woonsituatie zijn reeds in de paragraaf kenmerken van de patiënt beschreven. Het hebben van hobby's en houden van huisdieren alsmede de financiële situatie van de patiënten worden vervolgens beschreven. Ter afsluiting van deze paragraaf wordt kort ingegaan op de toelichting bij de sociale gegevens en het afnemen van een heteroanamnese.

Tabel 3.25.: Ontvangen informele zorg (n=23)

	aantal	%
partner	10	44
kinderen	14	61
familie	7	30
buren	9	39
kennissen	-	
vrijwilligers	1	4
particuliere hulp	5	22
geen informele zorg	-	

Alle patiënten ontvangen van één of meerdere bronnen informele zorg. Vooral kinderen en partners nemen deze zorg op zich. Buren blijken ook een belangrijke zorgverlener te zijn.

Tabel 3.26: Ontvangen formele zorg (n=23)

	aantal	%
thuishulp	10	43
wijkverpleging	9	39
maaltijdverzorging	6	29
alarmering	4	17
dagopvang-behandeling	-	
dienstencentrum	-	
RIAGG	-	
Algemeen Maatschappelijk Werk	-	
medisch specialist	2	9
anders	4	17
geen formele zorg	6	29

In tegenstelling tot informele zorg ontvangen niet alle patiënten formele zorg, 74% van de patiënten (n=17), krijgt een of meerdere vormen van zorg uit het 'formele circuit'. De formele zorg betreft voornamelijk thuis-hulp en wijkverpleging. De categorie 'anders' omvat twee patiënten die zorg hebben ontvangen van de ziekenafdeling van een verzorgingstehuis. De twee andere patiënten hebben respectievelijk hulp via de dagopvang-/behandeling ontvangen en maaltijden van een buurvrouw. Deze laatste zorgbron is feitelijk informeel, maar onjuist op het formulier weergegeven. Met betrekking tot het ontbreken van de zorg van de RIAGG wordt opgemerkt dat vijf van de zeven patiënten waarvan de gegevens ontbreken, zie 3.3.1, in behandeling zijn bij de RIAGG.

De draagkracht van het zorgsysteem is van vijf patiënten onbekend. Voor 14 patiënten, 61%, is het zorgsysteem als zwak gekwalificeerd. Voor de overige vier, 17%, als normaal.

Tabel 3.27: Bereikbaarheid/geschiktheid woning (n=23)

	aantal	%
met lift	13	57
met trappen naar woning	5	22
met trappen in woning	4	17
woningaanpassing	11	48
niet van toepassing	5	22

Vijf patiënten hebben een woning op de begane grond waardoor bovenstaande items niet van toepassing zijn. Meer dan de helft van de patiënten bereikt zijn/haar woning of kamer (in geval van verzorgingstehuis) met de lift. Trappen komen minder voor, zowel buiten als in de woning.

Elf patiënten verblijven in een woning die is aangepast teneinde haar meer geschikt te maken voor de betreffende patiënt. Deze aanpassingen betreffen de keuken (1), toilet (3), douche (2), bed (3), stoel (3). Eén patiënt heeft twee aanpassingen in de woning. Klachten omtrent de woonomgeving komen weinig voor.

Tabel 3.28: Huisdieren en hobby's (n=23)

	aantal	%
huisdieren	9	39
hobby's	5	22

Negen patiënten houden een huisdier. Vooral katten en vogels zijn favoriet. Vijf patiënten hebben tenminste één hobby. Genoteerde hobby's zijn onder andere pianospelen en lezen.

In de richtlijnen voor het invullen van het formulier registratie thuissituatie is aangegeven dat wanneer een heteroanamnese is afgenomen dit genoteerd kon worden bij de toelichting van de sociale gegevens. Deze notitie is niet gemaakt, maar bij alle patiënten is een heteroanamnese afgenomen (persoonlijke mededeling sociaal psychiatrisch verpleegkundige).

Een toelichting op de sociale gegevens is bij elf patiënten, 48%, gegeven. Hierin wordt met name de impact van de hele situatie voor en van de partner en andere mantelzorg-leden beschreven.

Daarnaast worden wensen tot specifieke aanpassingen in de woning genoemd.

De gegevens van de patiënten inzake de thuissituatie kunnen als volgt worden samengevat. Het merendeel van de patiënten heeft hulp nodig bij algemene- en bijzondere dagelijkse levensverrichtingen. De mobiliteit is laag en het tempo van handelen en het uithoudingsvermogen zijn slecht.

Stoornissen in lichaamsfuncties betreffen met name het evenwicht en hand- en armfuncties. De psychische toestand van de patiënten wordt gekenmerkt door lichte stoornissen in geheugen en concentratie. Sombereheid en gevoelens van eenzaamheid komen veel voor. Het gedrag van de patiënten is weinig actief; er is sprake van initiatiefverlies.

Alle patiënten ontvangen informele zorg, driekwart ontvangt ook formele zorg. Bij het merendeel van de patiënten is de draagkracht van het zorgsysteem zwak.

3.4.5. Bevindingen uit de interviews

De volgorde van de werkzaamheden binnen het team wordt bepaald door de agenda van de beide leden. De urgentie van de patiënt is bepalend voor de tijd tussen aanmelding en onderzoek. Hiermee wordt flexibel omgesprongen.

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige vult tijdens het huisbezoek het registratieformulier in en geeft uitleg over het doel van het toestemmingsformulier. Na het huisbezoek wordt contact opgenomen met de familie en/of verzorging van de patiënt. De gegevens op het registratieformulier zijn in principe van de patiënt afkomstig. Bij twijfel worden deze bij familie of verzorging geverifieerd. Een enkele keer wordt de psychiater geconsulteerd voor een patiënt. De bevindingen worden verwerkt in een rapport. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige legt geen huisbezoek af en maakt ook geen rapportage van patiënten die reeds in behandeling zijn bij de RIAGG.

De GDt-arts bezoekt het merendeel van de patiënten aan huis. Aanvullend onderzoek door bijvoorbeeld de fysiotherapeut of het maken van een hartfilmpje aan huis kost extra veel tijd. Wanneer een patiënt op de polikliniek wordt onderzocht zijn de extra faciliteiten om de patiënt te onderzoeken direct bij de hand waardoor het medisch onderzoek sneller wordt afgehandeld. Over het algemeen kost aanvullend onderzoek de GDt-arts geen extra tijd omdat andere disciplines dat voor hun rekening nemen. Consultatie van netwerk-leden vindt plaats als de arts tegen haar eigen grenzen aanloopt en graag hun visie wil weten. Dat gebeurt doorgaans na het overleg met de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Beide teamleden zijn van mening dat weinig sprake is van vroegtijdig onderkennen van de problematiek.

Knelpunten binnen de onderzoeksfase zijn de onderlinge bereikbaarheid van de beide teamleden en de tijdsdruk van alle betrokkenen. Het laatste zou kunnen worden opgelost door structureel meer tijd te maken voor de hulpdisciplines. Dat is nu niet het geval.

Het team is tevreden over de wijze waarop de fase van onderzoek verloopt; het gebeurt zorgvuldig.

3.5. Conclusie en behandeladvies

In deze paragraaf wordt de conclusie en het behandeladvies, zoals geformuleerd door het team, beschreven. Van de patiënten waarvoor geen formulier registratie thuissituatie is ingevuld, is wél een conclusie en behandeladvies opgesteld. De benodigde informatie hiervoor is door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige van het GDt opgevraagd bij collegae van de RIAGG. Derhalve betreft het hier 30 patiënten.

3.5.1. Diagnose

Conform de weergave van de klachten bij aanmelding, is de somatische en psychische diagnose geclassificeerd volgens de ICPC. De sociale factoren zijn in een aantal beschrijvende categorieën ondergebracht.

Tabel 3.29.: Diagnoses gesteld door het GDt en weergegeven per ICPC-hoofdstuk op patiëntniveau.

A. Algemeen en niet gespecificeerd	4
B. Bloed, bloedvormende organen	2
D. Maag / darmkanaal	5
F. Oog	6
H. Oor	9
K. Hart-vaatstelsel	15
L. Bewegingsapparaat	17
N. Zenuwstelsel	6
P. Psyche	27
R. Ademhalingsorganen	4
S. Huid/Onderhuidsheefsel	1
T. Endocriene klieren, metabolisme en voeding	12
U. Urinewegen	5
X. Vrouwelijke geslachtsorganen en mamma	-
Y. Mannelijke geslachtsorganen en mamma	1
Z. Sociale problemen	4

Een patiënt kan meerdere diagnoses hebben. Aangezien van één patiënt de diagnose niet is ingevuld, hebben de gegevens in tabel 3.30 betrekking op 29 patiënten.

Het totaal aantal klachten en diagnoses van de patiënten bedraagt 157 en dat is veel meer dan bij aanmelding. De reden hiervoor is waarschijnlijk dat de GDt-arts een totale beschrijving van het klachtenspectrum van de patiënt geeft, terwijl de huisarts bij aanmelding voornamelijk de pregnante klachten en diagnoses vermeld.

De somatische diagnoses zijn terug te vinden in de ICPC-hoofdstukken A t/m N en R t/m Y. Patiënten lijden met name aan aandoeningen van het hart- en vaatstelsel, het bewegingsapparaat en de endocriene klieren, metabolisme en voeding.

De meest voorkomende hart- en vaatziekten zijn CVA (4 patiënten), cerebro vasculaire insufficiëntie (5 patiënten) en decompensatio cordis (3 patiënten). Frequente aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn achteruitgang van de mobiliteit (5 patiënten), gedeformeerde voeten (3 patiënten), osteoporose en afwijkingen aan de wervelkolom (beide 2 patiënten). Vitamine deficiëntie (6 patiënten) en diabetes mellitus (3 patiënten) zijn de meest voorkomende stoornissen in metabolisme en voeding.

De psychische diagnoses zijn geclassificeerd binnen de ICPC hoofdstukken P en Z. Ten aanzien van de psychische diagnose wordt opgemerkt dat hierbij een onderscheid gemaakt kan worden in klachten/symptomen enerzijds en diagnoses anderzijds. Met name de symptomen zijn behulpzaam in het aanduiden van relevante kenmerken van de patiënten zoals bijvoorbeeld boos, verbitterd en nerveus.

Voor 27 patiënten is tenminste één psychische diagnose genoemd. Veel voorkomende psychische klachten zijn angstig of nerveus (5 patiënten) en depressief of somber (8 patiënten). Psychische diagnoses die veel voorkomen zijn geheugenstoornissen (17 patiënten), en in mindere mate afwerend en achterdochtig gedrag (5 patiënten) en dementie (3 patiënten). Rouwproblematiek komt incidenteel voor.

Sociale factoren in de situatie van de patiënt zijn weergegeven in uiteenlopende bewoordingen. Voor onderstaande beschrijving is een combinatie gemaakt van een aantal gelijksoortige factoren.

Voor 25 patiënten zijn sociale factoren genoemd. Deze betreffen onder meer overbelasting van de partner, een zwak zorgsysteem, geheel afhankelijk zijn van één persoon voor dagelijkse verzorging, verwaarlozing en sociale isolatie.

De beoordeling door het team van de toestand van de patiënten op de schaal somatisch - psychosociaal is vermeld in de onderstaande tabel.

Tabel 3.30.: Karakterisering van de problematiek door het team op de schaal somatisch - psychosociaal (n=30)

	aantal	%
somatisch	3	10
somatisch-psychosociaal	16	53
psychosociaal	11	37

De problematiek van drie patiënten wordt door het team als somatisch beoordeeld. Bij meer dan de helft van de patiënten zijn zowel somatische als psychosociale aspecten te onderkennen. Bij eenderde van de patiënten spelen alleen psychosociale factoren een rol.

Tabel 3.31.: Dreigend functieverlies en mobiliteitsstoornissen (n=30)

	ja	%
dreigend functieverlies	27	90
mobiliteitsstoornissen	19	63

Functieverlies dreigt bij een groot deel van de patiënten, namelijk 27. Bij tweederde van de patiënten zijn mobiliteitsstoornissen aanwezig.

Tabel 3.32.: Prognose somatisch en psychosociaal (n=30)

	verbetering		geen verandering		achteruitgang		onbekend	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
somatisch	6	20	20	66	2	7	2	7
psychosociaal	7	23	16	54	6	20	1	3

Zowel de somatische als de psychosociale prognose laten zien dat het team geen verandering verwacht bij de meeste patiënten. Echter, gezien

de gezondheidsconditie van onderhavige patiëntenpopulatie kan geen verandering als een positieve indicatie worden opgevat. Immers, geen verandering impliceert in elk geval geen achteruitgang.

Voor 77% van de patiënten verwacht het team dat ze waarschijnlijk in hun huidige situatie kunnen blijven wonen. Bij vijf patiënten verwacht het team dat niet. Daarnaast is voor een patiënt expliciet vermeld: te zijner tijd verzorgingstehuis.

3.5.2. Toegevoegde waarde van de GDt-diagnose

De toegevoegde waarde van de diagnose van het GDt kan worden afgeleid door per patiënt een vergelijking te maken tussen de klachten-/diagnoses bij aanmelding en de diagnoses vastgesteld door het team. Echter deze procedure kan een vertekend beeld schetsen. Derhalve worden vooraf enkele kanttekeningen geplaatst. Ten eerste is de informatie omtrent de klachten bij aanmelding nogal wisselend. Naast de wijze van aanmelden speelt de variatie in de klachtenrapportage door de huisartsen een rol. Sommige artsen beperken zich tot de meest prominente klachten anderen daarentegen zijn zeer uitgebreid. Ten tweede is met name de somatische diagnose van het team een beschrijving van de gehele gezondheid van de patiënt. Tot slot ontbreken voor vier patiënten de klachten bij aanmelding en voor een patiënt de diagnose van het team. Deze worden derhalve in de vergelijking, die een beschrijvend karakter heeft, buiten beschouwing gelaten.

Bij aanmelding hebben zes patiënten uitsluitend somatische klachten en zes andere patiënten uitsluitend klachten die als psychosociaal gekarakteriseerd kunnen worden. De overige 13 hebben zowel somatische als psychische klachten. Het team stelt bij alle patiënten zowel een psychische als een somatische diagnose. De aanvullingen in de somatische diagnoses betreffen het hart- en vaatstelsel, het bewegingsapparaat, het oog, het oor en metabolisme en voeding. De aanvullende psychische diagnoses zijn veelal geheugenstoornissen en depressief gevoel. Daarnaast stelt het team vast dat bij het merendeel van de patiënten sociale factoren een rol spelen.

Bij een aantal patiënten heeft de diagnose van het team betrekking op hetzelfde ICPC-hoofdstuk als de klachten bij aanmelding; bijvoorbeeld de huisarts geeft aan dat de mobiliteit achteruitgaat en de GDt-arts heeft als diagnose osteoarthritis, beide betreffen het bewegingsapparaat. Ook komt het voor dat de klachten bij aanmelding door het team in specifieke diagnoses worden omgezet. Bijvoorbeeld bij aanmelding zijn de klachten achteruitgang van het lichamelijk en psychisch functioneren. De diagnose

van het team is verminderde mobiliteit, decompensatio cordis, vitamine deficiëntie, depressief gevoel en geheugenstoornissen.

3.5.3. Overleg diagnose en behandeladvies

In deze paragraaf wordt beschreven hoe vaak het team andere disciplines heeft geconsulteerd inzake de diagnose en het behandeladvies.

Hierbij wordt, voor zover bekend, ook het doel van de consultatie aangegeven. Bij de consultatie van medisch specialisten wordt tevens vermeld of zij lid zijn van het netwerk van het team en de wijze waarop de consultatie plaatsvond. De paragraaf wordt besloten met een beschrijving van de gegevens afkomstig uit de interviews met de specialisten en de fysiotherapeut.

Bij elf patiënten wordt vermeld dat het team overleg heeft gehad inzake de diagnose, het behandeladvies of voor andere doelen.

Hierbij bestaat de mogelijkheid dat meerdere disciplines en/of specialisten zijn geraadpleegd voor een of meerdere doelen. De tabel geeft het aantal patiënten weer waarvoor overleg is geweest, uitgesplitst naar discipline, advies en doel van het overleg.

Tabel 3.33.: Consultatie en doel consultatie (n=30)

	patiënt	diagnose		behandeladviesanders			
		aantal	%	aantal	%	aantal	%
fysiotherapie	8	8	27	8	27		
ergotherapie	4			3	10	1	3
instrumentmakerij	1					1	3
medisch specialisme	6	3	10	3	10		
psychiater	2	2	7	-		1	3

Uit de tabel kan afgeleid worden dat de consultaties voornamelijk, fysiotherapie, ergotherapie en medische specialismen betreffen en dat voor de betreffende patiënten meer dan één discipline is geconsulteerd.

Voor acht patiënten is de fysiotherapeut geconsulteerd voor zowel de diagnose als het behandeladvies. De ergotherapeut is driemaal geraadpleegd inzake het behandeladvies en eenmaal voor het beoordelen van een rolstoel voor buiten. Bij één patiënt is een instrumentmakerij ingeschakeld voor het leveren van een corset.

Medisch specialisten, i.e. internist, neuroloog en reumatoloog, zijn voor de

diagnose en het behandeladvies geconsulteerd voor zes patiënten. De internist en de neuroloog zijn leden van het netwerk en met hen is telefonisch contact geweest. De psychiater heeft twee patiënten bezocht voor een diagnose en daarbij voor een patiënt een analyse van de verzorgingsmogelijkheden gemaakt. Het team beschouwt de psychiater als een netwerk-lid (van de RIAGG). Formeel maakt de psychiater geen deel uit van het netwerk.

De hiernavolgende beschrijving is gebaseerd op de interviews met de specialisten en de fysiotherapeut. De specialisten worden telefonisch geraadpleegd, de fysiotherapeut schriftelijk. Men krijgt voldoende informatie om de vraag van de GDt-arts te beantwoorden. Bij één specialist wordt de in hoofdstuk 2 beschreven consultatie procedure (status afgeven) aangehouden. De andere specialist is het niet eens met deze procedure vanwege een mogelijke schending van de privacy van de patiënt. De specialisten reageren telefonisch en dat of dezelfde dag nog of binnen één à twee dagen. Het is (nog) niet nodig geweest een patiënt te zien voor een diagnose- en/of behandeladvies. De fysiotherapeut bezoekt binnen één week de patiënt thuis en rapporteert zijn bevindingen schriftelijk en mondeling. De samenwerking met het team, i.c. de GDt-arts, is goed, maar het aantal patiënten is minder dan, met name de specialisten, hadden verwacht.

De GDt-arts is tevreden over de samenwerking met de hulpdisciplines uit het verpleeghuis en de specialisten. Met betrekking tot de hulpdisciplines bestaan met name praktische en organisatorische knelpunten, waaronder de werkdruk en het ontbreken van een urenvergoeding. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige is tevreden over de samenwerking met de psychiater.

3.5.4. Behandeladvies

In deze paragraaf wordt beschreven welke adviezen het team heeft gegeven. Hierbij wordt de indeling van het conclusie en behandeladvies-formulier aangehouden. Achtereenvolgens komen paramedische diensten, verpleging en verzorging thuis, psychosociale begeleiding, ambulante verwijzing, andere woonvormen, opname, aanpassen medicatie en overige adviezen aan de orde. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal patiënten waarvoor de verschillende behandelonderdelen geadviseerd zijn.

Tabel 3.34.: Behandeladviezen (n=23)

	ja	%
paramedische diensten	8	27
verpleging en verzorging thuis	11	37
psychosociale begeleiding	9	30
ambulante verwijzing	11	37
andere woonvormen	7	23
opname	6	20
medicatie	18	60
overige adviezen	16	53

Paramedische diensten zijn voor acht patiënten geadviseerd. Zeven keer fysiotherapie en één keer ergotherapie. Bij zeven patiënten wordt het door de huisarts geregeld, bij één patiënt door de GDt-arts. De fysiotherapie heeft als meest voorkomend doel het verbeteren en/of behouden van de mobiliteit van de patiënt. De ergotherapie is gericht op feitelijke aanpassingen in de woonsituatie.

Verpleging en verzorging thuis wordt voor negen patiënten door de huisarts geregeld en bij twee patiënten door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Tabel 3.35.: Specificatie verpleging en verzorging thuis (n=30)

	aantal	%
wijkverpleging	4	13
gezinsverzorging	1	3
hulp aan huis	4	13
overige	5	17

Aangezien meerdere vormen van verpleging en verzorging thuis voor een patiënt geadviseerd kunnen worden, overstijgt het totaal aantal adviezen het aantal patiënten. Daarnaast kan het inzetten van een specifieke vorm van zorg meerdere functies hebben. De categorie overige bestaat uit het mobiele team van de stichting thuiszorg, Thuisopvang Demente Ouderen (TDO), wijkbejaardenverzorging, intensieve thuiszorg en maaltijdvoorziening. Bovenstaande alternatieven zijn alle één keer geadviseerd.

Het advies wijkverpleging werd vergezeld van diverse doelen. Deze zijn verpleging, ADL-ondersteuning, ontlasten mantelzorg, wasbeurt en vertrouwen winnen van de patiënt. Het doel van de gezinszorg was deze op termijn in te zetten. Hulp aan huis had als functie ADL ondersteuning en huishoudelijke hulp.

Psychosociale begeleiding wordt door de familie, de huisarts en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige geregeld. Bij twee patiënten is onbekend wie het zal regelen. Het is bij negen patiënten geadviseerd.

Tabel 3.36.: Specificatie psychosociale begeleiding (n=30)

	aantal	%
Algemeen Maatschappelijk Werk	2	7
RIAGG	6	20
huisarts	-	
overige	1	3

De RIAGG wordt het meest geadviseerd. De aangegeven doelen betreffen met name behandeling, ondersteuning patiënt, ondersteuning mantelzorg, geruststelling en activeren. Het doel van het AMW-advies is ondersteuning van zowel de patiënt als de mantelzorg. De categorie overige betreft TDO, dat ook bij verpleging en verzorging thuis is vermeld, met als doel ondersteuning van de mantelzorg.

Tabel 3.37.: Specificatie ambulante verwijzing (n=30)

	aantal	%
dagbehandeling somatiek	3	10
dagbehandeling psychogeriatrisch	1	3
dagverzorging somatiek	4	13
dagverzorging psychogeriatrisch	3	10
dienstencentrum	-	
medische specialisme	2	7
overige	2	7

De verwijzing wordt bij acht patiënten door de huisarts geregeld en bij een patiënt door de RIAGG. Van de overige twee patiënten is onbekend wie het zou regelen.

Met uitzondering van het dienstencentrum zijn alle vormen van ambulante verwijzing tenminste één keer geadviseerd. Per onderdeel kunnen meerdere doelen worden aangegeven.

Als doel van de dagbehandeling somatiek is aangegeven behandeling, ontlasting mantelzorg, stimuleren van de patiënt en het doorbreken van de eenzaamheid. Bij de psychogeriatrische dagbehandeling is het doel behandeling.

Voor de dagverzorging somatiek is het doel ontlasting mantelzorg en toegroeien verzorgingstehuis en onbekend. Het doel van de dagverzorging psychogeriatrisch is ontlasting mantelzorg.

De verwijzing naar de specialist was voor een diagnose. De categorie 'overige' bestaande uit polikliniek, verpleeghuis en bewegen voor ouderen had als doel het verbeteren van de mobiliteit.

Tabel 3.38.: Specificatie andere woonvormen (n=30)

	aantal	%
serviceflat	1	3
verzorgingstehuis	6	20

Een andere woonvorm wordt bij vijf patiënten door de huisarts geregeld en één patiënt regelt het zelf. Van de overige twee patiënten is de regelnemer niet bekend. Verzorgingstehuis wordt het meest als nieuwe woonvorm geadviseerd.

Tabel 3.39.: Specificatie opname (n=30)

	aantal	%
ziekenhuis	2	7
verpleeghuis somatisch	1	3
verpleeghuis psychogeriatrisch	2	7
flankerend beleid	1	3

Voor zes patiënten wordt een opname-advies gegeven. De opname wordt geregeld door de huisarts, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de GDt-arts. De helft van de adviezen betreffen opname in een verpleeghuis. Het doel van het opname-advies is, voor zowel somatisch verpleeghuis

als psychogeriatrisch verpleeghuis, diagnose en behandeling. De opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis heeft als additioneel doel observatie. De ziekenhuisopname heeft als doel diagnose en behandeling. Het doel van de flankerend beleid opname is een oplossing tijdens de vakantie van de mantelzorg.

Tabel 3.40.: Specificatie aanpassen medicatie (n=30)

	aantal	%
staken medicatie	7	23
wijzigen medicatie	7	23
nieuwe medicatie	13	43

Voor 18 patiënten is geadviseerd de medicatie aan te passen. Het advies kan meerdere medicamenten betreffen waardoor het totaal uit de tabel meer dan 18 bedraagt. Nieuwe medicatie komt het meest voor.

In de toelichting bij het medicatie-advies worden vaak de specifieke medicamenten genoemd en toelichtingen op de dosis en opmerkingen ten aanzien van de gebruiksduur gegeven.

Bij 16 patiënten wordt tenminste één overig advies gegeven. In totaal worden er 34 overige adviezen gegeven. De overige adviezen zijn praktisch van aard. Bijvoorbeeld: oren uitspuiten, circa 6 weken eiwit aanvullen, vochtlijst bijhouden, etc.

Daarnaast is bij een aantal patiënten een toelichting gegeven op specifieke onderdelen van het gegeven advies. Bijvoorbeeld eerst de opname, dan de overige adviezen.

Tot slot wordt voor zeven patiënten aangegeven dat het team een herhaalconsult wenselijk acht.

Uitgaande van de data vermeld op de formulieren is de tijdsduur tussen aanmelding en bezoek van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige gemiddeld 11 dagen (n=17). De GDt-arts bezoekt de patiënt gemiddeld 22 dagen (n=23) na de aanmelding. Het hele proces, dat wil zeggen, vanaf de aanmelding tot en met het invullen van het behandeladvies duurt gemiddeld 42 dagen (n=24).

Op basis van bovenstaande bevindingen is de conclusie dat GDt-patiënten met name lijden aan aandoeningen van het hart- en vaatstelsel,

het bewegingsapparaat en endocriene klieren en metabolisme. Daarnaast hebben bijna alle patiënten tenminste een psychische klacht. Ten aanzien van de somatische en psychische diagnoses geeft het team een aanvulling op de klachten vermeld bij de aanmelding. Dat geldt ook voor de sociale factoren. Deze concentreren zich met name rondom het zorgsysteem van de patiënt. Het team verwacht bij eenvijfde van de patiënten een verbetering in het somatische en/of psychosociale functioneren. Het behandeladvies impliceert bij meer dan de helft van de patiënten een medicatie-advies. Daarnaast wordt verpleging en verzorging thuis veel geadviseerd en veel ambulantly verwezen. Belangrijk doel van de verschillende adviezen is ondersteuning en ontlasting van de mantelzorg.

3.5.5. Toegevoegde waarde van het GDt-behandeladvies

De toegevoegde waarde van het behandeladvies van het GDt 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. Bij deze procedure kunnen enkele kanttekeningen worden geplaatst. Ten eerste is slechts voor de onder formele zorg genoemde en ontvangen zorgopties (zie tabel 3.26.) een vergelijking mogelijk (over een fysiotherapie behandeling bijvoorbeeld is geen informatie bekend) bij de 23 patiënten waarbij de sociaal psychiatrisch verpleegkundige een huisbezoek heeft afgelegd. Derhalve beslaat de groep 16 patiënten. Ten tweede is door verschil in gebruik van termen, thuishulp op het registratieformulier versus gezinsverzorging en hulp aan huis op het conclusie- en behandeladviesformulier, een goede vergelijking niet altijd mogelijk.

De adviezen van het team impliceren een aanvulling op de bestaande zorg die patiënten ontvangen. De aanvulling betreft een uitbreiding van de verpleging en verzorging thuis waaronder wijkverpleging en hulp aan huis, RIAGG, AMW, dagbehandeling- somatiek of psychogeriatric en dagverzorging somatiek of psychogeriatric. Een uitzondering vormen drie patiënten die thuishulp ontvangen waarbij het team hulp aan huis adviseert. Zoals reeds aangegeven is het vanwege term inconsistentie niet duidelijk of hierbij sprake is van een overlap.

3.5.6. Bevindingen uit de interviews

Overleg inzake het advies vindt één keer per week op een vast tijdstip plaats. Het team bespreekt per patiënt de bevindingen en stelt samen het behandeladvies op. Hierbij worden systematisch de diverse onderdelen van het conclusie- en behandeladvies formulier doorgelopen en

meteen afgestemd wie wat regelt. Dit overleg is zinvol doch tijdrovend. Het team is van mening dat afgezien van de tijdsdruk het opstellen van het advies goed verloopt. Het probleem zit in wat er na komt. Er is slechts incidenteel feedback inzake de uitvoering van het behandeladvies. Na afloop van de bespreking belt de GDt-arts de huisarts teneinde het advies door te geven. De rapportage volgt dan binnen één à twee weken. Het rapport aan de huisarts bevat een gescheiden rapportage van arts en sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Het streven om binnen twee weken met een advies te komen wordt niet gerealiseerd. Als redenen hiervoor worden genoemd: druk bezig zijn met andere activiteiten, wachten op lab-uitslagen of bevindingen van de fysiotherapeut, het wegvallen van de achterwacht van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige waardoor een achterstand ontstaat, meerdere aanmeldingen in een week etc. Teneinde de doorlooptijd te minimaliseren zou iemand structureel hiermee aan de slag moeten gaan.

3.6. Beoordeling door de verwijzer

In deze paragraaf wordt de beoordeling beschreven die de verwijzers hebben gegeven over het behandeladvies 'direct' na ontvangst en na plusminus twee maanden. In totaal waren 30 behandeladviezen beschikbaar voor een beoordeling. 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 GDt-arts) waardoor het niet zinvol werd geacht de verwijzer alsnog met de eerste beoordelingsvragen te benaderen. Deze verwijzers zijn wel benaderd voor beoordeling II, waarin het opvolgen en resultaat van het advies zijn geïnventariseerd. Een verwijzer van drie patiënten, gaf in het eerste telefonische contact aan de voorkeur te geven aan een schriftelijke enquête. Aan dit verzoek is het NIVEL tegemoet gekomen.

3.6.1. Beoordeling I

De eerste beoordeling van het behandeladvies in de eerste weken na ontvangst is beschikbaar van 18 huisartsen en betreft 22 patiënten.

Tabel 3.41.: Algemene beoordeling diagnose (n=22)

	ja	%	nee	%	n.v.t.	%
diagnose concreet	20	91	-		2	9
diagnose nieuwe gezichtspunten	3	14	18	82	1	4

De verwijzers vinden de diagnose gesteld door het GDt concreet. Een aantal van hen merkt op dat de diagnose een ondersteuning is van hun eigen vermoeden. Bij twee patiënten vonden twee beoordelaars deze vraag niet van toepassing omdat de diagnose nog niet volledig was.

Bij het merendeel van de patiënten bevat de diagnose voor de huisarts geen nieuwe gezichtspunten. Bij drie patiënten waren de nieuwe gezichtspunten respectievelijk, mogelijk ziekte van Parkinson en fors gewichtsverlies; mogelijk CVA; Calcium en vitamine B12 tekort.

Tabel 3.42.: Beoordeling behandeladvies algemeen (n=22)

	aantal	%
concreet	17	77
ten dele concreet	5	23
niet concreet	-	

Ruim driekwart van de verwijzer vindt het behandeladvies concreet. De verwijzers die het behandeladvies ten dele concreet vonden maakten hieromtrent de volgende opmerkingen: vaag advies; handhaving in de thuissituatie waarschijnlijk mogelijk; uiteindelijk toch opname; stellen iets voor wat al geprobeerd is en toen ook niet geholpen heeft; ligt niet aan het GDt maar aan de onmogelijkheden van de patiënt.

Door de verwijzers die het advies wel concreet vonden werden de volgende opmerkingen gemaakt: 90% functioneert al zoals in het behandeladvies wordt aangegeven; het advies is wel concreet, maar niet haalbaar; mee eens, ter ondersteuning van een verzoek wat als huisarts alleen waarschijnlijk niet lukt; patiënt wil niet.

Tabel 3.43.: Nieuwe gezichtspunten behandeladvies (n=22)

	aantal	%
ja	11	50
nee	11	50

Voor de helft van de patiënten bevat het behandeladvies nieuwe gezichtspunten. De nieuwe gezichtspunten betroffen onder andere bij vier patiënten de medicatie en bij twee patiënten de geschiktheid voor de verzorging. Verder zijn genoemd fysiotherapie en hulp van vrijwilligers. Daarnaast werd opgemerkt dat het goed is iemand anders te laten kijken met een frisse blik en een totaal plaatje te laten maken.

Tabel 3.44.: Uitvoerbaarheid behandeladvies (n=22)

	anders	%
goed uitvoerbaar	12	55
ten dele uitvoerbaar	8	37
niet uitvoerbaar	1	4
niet van toepassing	1	4

Voor meer dan de helft van de patiënten vinden de verwijzers het behandeladvies goed uitvoerbaar. Echter, een aantal verwijzers geeft aan dat het waarschijnlijk niet zal lukken omdat de patiënt niet gemotiveerd is om mee te werken. Bij eenderde van de patiënten acht men het behandeladvies ten dele uitvoerbaar. Als belangrijkste reden wordt ook hier de motivatie van de patiënt genoemd. Daarnaast wordt 'het wederom naar voren halen van iets wat al geprobeerd is' alsmede het bestaan van wachtlijsten als belemmerende factor in de uitvoering genoemd.

Tabel 3.45.: Wat gehad aan het behandeladvies (n=22)

	aantal	%
veel	8	37
zeker wel wat	11	50
weinig	2	9
niets	-	
niet van toepassing	1	4

Twee verwijzers vinden dat ze aan het advies betreffende hun patiënt weinig hebben gehad. Bijna 90% zegt er zeker wel wat tot veel aan te hebben. Eén verwijzer kon de vraag niet beantwoorden omdat het verzoek voor de GDt-verwijzing afkomstig was van de indicatiecommissie verzorging.

Een aantal verwijzers geeft 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 richting familie. Verder wordt opgemerkt dat men de multidisciplinaire benadering waardevol vindt, omdat op deze wijze alle factoren, o.a. de sociale, naar voren komen. De snelheid van handelen en de duidelijkheid welke richting met de patiënt moet worden gegaan, worden door een enkele verwijzer genoemd.

Aan de verwijzers is gevraagd of ze opmerkingen hadden omtrent de gang van zaken. Bij 12 patiënten zijn opmerkingen geplaatst. Over het algemeen is men tevreden over de gang van zaken. Echter, wat werkelijk met het advies gerealiseerd kan worden, is afhankelijk van de motivatie van de patiënt. Een aantal verwijzers heeft al eerder samengewerkt met de GDt-arts. Een enkeling heeft naar het GDt verwezen omdat het de enige mogelijkheid was deze arts snel te kunnen consulteren. Een verwijzer, tot slot, merkt op dat de kwaliteit van het team met name bepaald wordt door de medici erin.

Bij de eerste beoordeling is aan de verwijzers gevraagd wat ze van het formulier vonden, waarop de conclusie en het behandeladvies is weergegeven. Bij 13 patiënten had de verwijzer het niet bekeken, kon het zich niet herinneren of had het niet bij de hand. Bij zeven patiënten vond men het formulier goed. Op de vraag of men aan een brief of het formulier de voorkeur gaf, werd bij negen patiënten de brief geantwoord en bij twee patiënten het formulier. Een verwijzer had geen voorkeur. Van de overige patiënten hebben de verwijzers de vraag niet beantwoord omdat ze geen vergelijking konden maken op dat moment.

Samenvattend is de beoordeling van de conclusies van het GDt door de verwijzers direct na ontvangst van de rapportage als volgt te kenschetsen. Men vindt de diagnose wel concreet, maar geen nieuwe gezichtspunten bevatten. Het behandeladvies vindt men overwegend concreet en uitvoerbaar en voor de helft van het aantal beoordeelde patiënten voegt het een nieuw aspect toe. Een ruime meerderheid vindt de GDt consulta-

tie nuttig.

3.6.2. Beoordeling II

De beoordeling van het resultaat van het behandeladvies op langere termijn is voor 24 patiënten gerealiseerd. Van vijf patiënten ontbreekt deze beoordeling. De redenen hiervoor zijn respectievelijk, niet te traceren vanwege de anonieme formulieren bij drie patiënten, onvolledig conclusie- en behandeladvies formulier bij een patiënt, geen (schriftelijke) reactie van de verwijzer en een overleden patiënt. In het hiernavolgende wordt per onderdeel weergegeven of het opgevolgd is en wat het resultaat is. Aansluitend, wordt aandacht besteed aan het plaatsvinden van een herhaalconsult, knelpunten in de uitvoering van het advies, prognose, en het nut voor patiënt en verwijzer van de GDt-consultatie. Voor de tabellen 3.46 t/m 3.53 geldt dat alleen voor een geheel of ten dele opgevolgd advies het resultaat, i.e. verbetering, geen verandering of achteruitgang, beoordeeld kan worden.

Tabel 3.46.: Resultaat paramedische diensten (n=24)

	aantal
geheel opgevolgd	3
ten dele opgevolgd	-
niet opgevolgd	4
verbetering	2
geen verandering	1
achteruitgang	-
niet te beoordelen	4

Paramedische diensten zijn voor onderhavige patiëntengroep, n=24, zeven maal geadviseerd. Opvolging van het advies resulteert bij twee patiënten in een verbetering en bij de derde patiënt in een status quo.

Bij vier patiënten is het paramedisch advies niet geëffectueerd. Twee patiënten wilden niet, bij een patiënt vond de verwijzer het niet nodig. Bij de vierde patiënt was het door de huisarts, vanwege meer urgente zaken, vergeten. Voor deze vier patiënten is het resultaat dus niet te beoordelen.

Tabel 3.47.: Resultaat verpleging en verzorging thuis (n=24)

	aantal
geheel opgevolgd	4
ten dele opgevolgd	1
niet opgevolgd	4
niet te beoordelen	2
verbetering	3
geen verbetering	1
achteruitgang	1
niet te beoordelen	6

Voor negen patiënten is verpleging en verzorging thuis geadviseerd en beoordeeld. Aangezien meer adviezen per patiënt zijn gegeven, overstijgt het aantal adviezen in de tabel het aantal patiënten.

Bij vier patiënten is het advies niet opgevolgd. Respectievelijk, de patiënt vond het niet nodig, de huisarts vond het niet nodig en bij twee patiënten wilde de familie niet. Aan twee andere patiënten heeft de huisarts het advies voorgelegd, maar is niet op de hoogte of er daadwerkelijk iets mee gedaan is.

Het opvolgen van het advies heeft bij drie patiënten een verbetering teweeggebracht.

Tabel 3.48.: Resultaat psychosociale begeleiding (n=24)

	aantal
geheel opgevolgd	3
ten dele opgevolgd	-
niet opgevolgd	1
niet te beoordelen	1
verbetering	1
geen verandering	2
achteruitgang	-
niet te beoordelen	2

Voor vijf patiënten is het resultaat van psychosociale begeleiding beoordeeld. Voor twee patiënten bij wie het advies is opgevolgd is een status quo gerealiseerd; bij de derde patiënt is de situatie verbeterd. Van één

patiënt is onbekend of het advies is opgevolgd. De patiënt voor wie het advies niet is opgevolgd krijgt de noodzakelijke begeleiding vanuit de dagbehandeling somatiek.

Tabel 3.49.: Resultaat ambulante verwijzing (n=24)

	aantal
geheel opgevolgd	4
ten dele opgevolgd	-
niet opgevolgd	4
niet te beoordelen	3
verbetering	1
geen verandering	3
achteruitgang	-
niet te beoordelen	7

Het resultaat van de ambulante verwijzing is beoordeeld voor negen patiënten. Evenals bij het onderdeel verpleging en verzorging thuis is per patiënt meer dan één ambulante verwijzing geadviseerd. Het opvolgen van het advies heeft bij drie patiënten geresulteerd in een status quo en bij één patiënt in een verbetering. Voor vier patiënten is het advies niet opgevolgd. De redenen hiervoor zijn respectievelijk, patiënt wil niet, door opname niet meer nodig, arts vindt het niet nodig en door de huisarts omgezet tot een aanvraag voor een verzorgingstehuis.

Van drie patiënten weet de verwijzer niet of het advies is opgevolgd.

Tabel 3.50.: Resultaat advies andere woonvorm (n=24)

	aantal
opgevolgd	5
niet opgevolgd	1
niet te beoordelen	6

Voor zes patiënten is het resultaat van het advies voor een andere woonvorm beoordeeld. Vijf patiënten gaan ermee akkoord. Eén patiënt weigerde om te zijner tijd in een verzorgingstehuis te gaan. Aangezien van een daadwerkelijke verandering nog geen sprake is, is het resultaat

nog niet te beoordelen. Immers, voor verzorgingstehuizen bestaan wachtlijsten.

Tabel 3.51.: Resultaat advies voor opname (n=24)

	aantal
geheel opgevolgd	4
ten dele opgevolgd	-
niet opgevolgd	-
niet te beoordelen	-
verbetering	1
geen verandering	1
achteruitgang	1
niet te beoordelen	1

Bij vier patiënten is het advies tot opname beoordeeld. Het resultaat van de opname is uiteenlopend van aard. Bij één patiënt kon de huisarts geen beoordeling geven omdat hij de patiënt sinds de opname niet meer gezien heeft.

Tabel 3.52.: Resultaat aanpassen medicatie (n=24)

	aantal
geheel opgevolgd	24
ten dele opgevolgd	-
niet opgevolgd	2
niet te beoordelen	2
verbetering	10
geen verandering	12
achteruitgang	2
niet te beoordelen	4

Het aanpassen van medicatie is voor 16 patiënten beoordeeld, waarbij per patiënt meerdere adviezen zijn gegeven, in totaal 28. Twee medicatie-adviezen zijn niet opgevolgd, omdat de patiënt deze medicamenten absoluut nodig heeft. Bij twee medicatie-adviezen had de verwijzer geen zicht op de opvolging van het advies. Het resultaat van het medicatie-advies is bij de helft van de patiënten een status quo en voor bijna de

heeft een verbetering. Twee adviezen hebben tot een verslechtering van de situatie van de patiënt geleid.

Tabel 3.53.: Resultaat overige adviezen (n=24)

	Aantal
geheel opgevolgd	10
ten dele opgevolgd	-
niet opgevolgd	9
niet te beoordelen	3
verbetering	5
geen verandering	3
achteruitgang	-
niet te beoordelen	14

Voor 13 patiënten zijn in totaal 22 adviezen door de verwijzer beoordeeld. Tien adviezen zijn geheel opgevolgd en hebben bij vijf patiënten geresulteerd in een verbetering en bij drie in een status quo. De reden voor het niet opvolgen van een advies is dat of de arts of de patiënt het niet nodig vond.

Bij drie patiënten heeft volgens de verwijzer een herhaalconsult plaatsgevonden.

Knelpunten in de uitvoering van het behandeladvies worden bij zeven patiënten aangegeven. Als belangrijkste knelpunt wordt genoemd de motivatie van de patiënt. Daarnaast zijn: onduidelijkheid in het begin, wie doet wat; thuiszorg niet haalbaar; en achteruitgang patiënt; alle één keer genoemd.

Tabel 3.54.: Toestand patiënt in vergelijking met tijdstip ontvangst behandeladvies (n=24)

	verbetering		geen verandering		achteruitgang		onbekend	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
somatiek	6	25	9	37	5	21	4	17
psychosociaal	4	17	11	45	5	21	4	17

Met betrekking tot de somatiek zijn bijna evenveel patiënten vóór als achteruit gegaan. Handhaving van de status quo is voor ruim eenderde van de patiënten van toepassing. Ook psychosociaal zijn bijna evenveel patiënten vóór als achteruit gegaan. Handhaving van de status quo is voor bijna de helft van de patiënten van toepassing. Van vier patiënten kon de verwijzer geen uitspraak doen omtrent de actuele psychosociale en somatische toestand.

20 Patiënten zijn gehandhaafd in hun woonsituatie ten tijde van de aanmelding.

Tabel 3.55.: Nut van de GDt consultatie voor de verwijzers en patiënt (n=24)

	nuttig		ten dele		niet nuttig		onbekend	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
patiënt	16	68	3	12	3	12	2	8
verwijzer	17	72	3	12	2	8	2	8

Voor elke patiënt is aan de verwijzer gevraagd of hij de GDt-consultatie achteraf gezien, nuttig heeft gevonden voor zowel hemzelf als voor de patiënt.

De GDt-consultatie wordt voor 80% van de patiënten als tenminste voor een deel nuttig beoordeeld. De verwijzer beoordeelt de GDt consultatie voor hemzelf eveneens als nuttig bij bijna driekwart van de patiënten.

Uit de beoordeling van de verwijzers op langere termijn kan geconcludeerd worden dat, met uitzondering van het advies voor opname en het advies voor medicatie, de helft van de adviezen niet wordt opgevolgd. Van de opgevolgde adviezen is het resultaat overwegend een verbetering of een handhaving van de status quo.

3.7. Bevindingen uit het interview met de projectleider van het GDt

De projectleider van het GDt heeft geen zicht op het puur inhoudelijk

functioneren van de teams. Wel signaleert zij een interessante tegenstelling in de opstelling van de teams. Namelijk, men heeft geen behoefte aan intervisie, maar wel aan feedback. Qua organisatie en procedures bestaat de idee dat bij de start van de GDt's geen goede afspraken zijn gemaakt inzake opzet/aanpak, werkwijze en procedure. Althans er zijn wel afspraken gemaakt, maar door de teams is daar onvoldoende aan vast gehouden en door de eerste projectleider zijn de afspraken niet voldoende bewaakt. Het was naar haar idee beter geweest om met één team te starten en samen een lijn uit te zetten volgens een stapsgewijze aanpak. Wanneer dit team draait zouden na een gedegen evaluatie de andere teams kunnen worden opgestart. Op deze wijze was het geheel beter te overzien geweest. Een projectleider kan op deze wijze gemakkelijker bijsturen en wellicht onnodige irritatie bij de betrokkenen voorkomen. De projectleider noemt als knelpunten ten eerste de termijn van twee weken die niet gehaald wordt. Als tweede knelpunt wordt genoemd dat het sturen van de teams in één richting moeilijk is omdat door de autonomie van de teams en door onduidelijkheden in procedures een eigen aanpak door de teams is ontwikkeld. Het is niet eenvoudig de mensen daarop aan te spreken omdat de projectleider feitelijk afhankelijk is van de teamleden teneinde het project gaande te houden. Een derde knelpunt is het feit dat de ondersteuning van de kerngroep (zie bijlage 1 voor een toelichting) niet altijd toereikend is. Er bestaat een zekere terughoudendheid om veranderingen te initiëren. Een vierde knelpunt is de tijd en energie die de projectleider moet besteden om alle betrokkenen op één lijn te krijgen en te houden.

De projectleider is van mening dat bovenstaande problemen kunnen worden ondervangen door de structuur van het GDt te veranderen. Naar haar idee zou een stedelijke aanpak dat wil zeggen één team voor de hele stad veel effectiever kunnen werken. Er kan dan tijd en energie en daarmee geld direct in de patiëntenzorg worden gestoken zonder al te veel 'rompslomp' erom heen. De termijn van twee weken zou ook vaker gerealiseerd kunnen worden omdat de werklast ten gevolge van andere functies van de teamleden lager is. Ten aanzien van de doelgroep is de projectleider van mening dat in een startfase alle aanmeldingen moeten worden gehonoreerd met een GDt-onderzoek om het team daadwerkelijk te laten draaien. Wel is zij van mening dat het GDt zich meer richt op patiënten bij wie de hoofdproblematiek somatisch is en waarbij psychosociale problematiek een belangrijke rol speelt. Wanneer blijkt dat de hoofdproblematiek psychosociaal is dan zou in een eerdere of latere fase

een patiënt moeten worden doorverwezen naar de RIAGG. Het GdI en de RIAGG zouden een goede aanvulling op elkaar kunnen zijn. Onderlinge verwijzing moet dan ook tot de mogelijkheden behoren. Momenteel is er echter meer sprake van een onderlinge concurrentie omdat elke partij vindt dat de oudere patiënt met multipale problematiek bij hen thuishoort.

4. SLOTBESCHOUWING

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt, met als leidraad de geformuleerde vraagstellingen, het inhoudelijk en procesmatig functioneren van het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam Noord/Oost besproken. Hierbij worden de kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen beschreven. Het voorgaande resulteert in een aantal conclusies betreffende de doelstellingen van het GDt en een opsomming van knelpunten die worden onderkend in het functioneren van het GDt. Afsluitend worden aanbevelingen gepresenteerd teneinde een aanzet te geven in een oplossing van de gesignaleerde knelpunten.

4.2. Samenvatting en conclusies aan de hand van de geformuleerde vraagstellingen

Teneinde het functioneren van het GDt Noord/Oost in inhoudelijk opzicht te beoordelen zullen de drie vraagstellingen die hieromtrent zijn geformuleerd in het hiernavolgende worden beantwoord.

1. Hoe functioneert het GDt Noord/Oost in inhoudelijk opzicht:
 - a. Wat is de doelgroep van het GDt; welke patiënten worden aangemeld?

De doelgroep van het GDt, i.e. de kenmerken van de patiënten waarvoor verwijzers het team consulteren, kan op basis van de resultaten als volgt worden gekenschetst. De patiënten worden bij aanmelding gekenmerkt door psychische klachten en klachten van het bewegingsapparaat en wonen voor het merendeel zelfstandig. Uit het diagnostisch onderzoek van het GDt komt naar voren dat patiënten met name lijden aan aandoeningen van het hart- en vaatstelsel, het bewegingsapparaat en endocriene klieren/metabolisme. Daarnaast komen psychische klachten veel voor. De meeste patiënten hebben naast een lage mobiliteit en een slechte lichamelijke conditie veel hulp nodig bij algemene- en bijzondere dagelijkse levensverrichtingen. Er is sprake van lichte geheugenstoornissen,

initiatiefverlies en gevoelens van somberheid. Wellicht hangt het initiatiefverlies samen met de slechte mobiliteit, de lichte geheugenstoornissen en sociale isolatie van de patiënten. Zorg is afkomstig uit het formele en informele circuit. Echter, de draagkracht van het zorgsysteem is zwak. De sociale factoren in de problematiek van de patiënten zijn met name geconcentreerd rondom het zorgsysteem. De toestand van de patiënten is zodanig dat van vroegtijdige onderkenning geen sprake is. De consultatie van het GDt door de huisarts vindt dan ook niet in een vroeg stadium plaats.

Uit het voorafgaande kan worden afgeleid dat één van de doelstellingen van het GDt, namelijk vroegtijdige onderkenning en diagnostisering van somatische, psychische en sociale verschijnselen die bedreigend kunnen zijn of worden voor de zelfstandigheid van thuiswonende ouderen, vooralsnog niet gerealiseerd is. Bij deze conclusie kunnen twee, met elkaar samenhangende kanttekeningen worden geplaatst. Ten eerste, wanneer de huisarts het team pas laat consulteert, kan van een vroegtijdige onderkenning nauwelijks sprake zijn. Ten tweede, een vooralsnog ontbrekende omschrijving van de doelgroep heeft mogelijk een rol gespeeld bij het consultatiegedrag van de huisarts. Daarbij wordt opgemerkt dat het GDt wellicht nog onbekend is voor een aantal huisartsen. In de regio Noord/Oost Rotterdam zijn 69 huisartsen gevestigd. Een kwart (25%) van de huisartsen uit de regio heeft het GDt tenminste één keer geconsulteerd. Acht consulterende huisartsen zijn niet afkomstig uit de regio van het team. Echter, de woonplek van de patiënt is bepalend voor de regio. De GDt-consultatie betreft een experiment dat pas in de beginfase zit, waarbij het vooralsnog niet duidelijk is welke omvang de doelgroep heeft, dat wil zeggen hoeveel potentiële GDt-patiënten een doorsnee huisartspraktijk herbergt.

1b. Is het mogelijk om in de thuissituatie van ouderen diagnoses te stellen op basis waarvan concrete en uitvoerbare behandelplannen kunnen worden ontworpen?

Uit de diagnoses en adviezen geformuleerd door het team én de eerste beoordeling van de verwijzer kunnen we afleiden dat het mogelijk is om in de thuissituatie van ouderen concrete diagnoses te stellen en concrete en uitvoerbare behandelplannen te formuleren. Echter het is niet bekend hoeveel patiënten daadwerkelijk door de GDt-arts thuis zijn onderzocht. Daarnaast wordt door de GDt-arts opgemerkt dat een medisch onderzoek waarbij aanvullend onderzoek noodzakelijk is efficiënter en sneller op

de polikliniek van het verpleeghuis kan worden uitgevoerd. De verwijzers zijn van mening dat zowel de diagnose als het behandeladvies van het team wel concreet zijn, maar met name de diagnoses niet altijd nieuwe gezichtspunten bevatten. Echter, de vergelijking voor individuele patiënten toont aan dat het team wel degelijk een aanvulling geeft op de klachten bij aanmelding. Maar zoals reeds aangegeven in paragraaf 3.4.2. kan onvolledigheid van de klachten bij aanmelding hierbij een rol spelen.

Het behandelplan is bij ruim de helft van de patiënten goed uitvoerbaar en bij vrijwel allemaal tenminste ten dele uitvoerbaar. In het algemeen beschouwen de verwijzers de bevindingen van het GDT als een ondersteuning dan wel bevestiging van de eigen vermoedens. Ten aanzien van het resultaat inzake de nieuwe gezichtspunten in de diagnose kan worden opgemerkt in hoeverre het reëel is om bij deze patiënten nog niet bekende diagnoses te verwachten. Zeker gezien het feit dat van vroegtijdige onderkenning geen sprake is.

De doelstelling van het GDT om concrete en uitvoerbare adviezen te geven inzake de problematiek van een specifieke patiënt blijkt goed te realiseren. Het team adviseert bij meer dan de helft van de patiënten de medicatie aan te passen. Daarnaast wordt verpleging en verzorging thuis veel geadviseerd en veel ambulante verwezen. Belangrijk doel van de verschillende adviezen is ondersteuning en ontlasting van de mantelzorg.

- 1c. Worden de doelen die in de individuele behandelplannen expliciet zijn geformuleerd inderdaad gehaald binnen de gestelde termijn, en zo niet, wat is daarvan de oorzaak?

De vraagstelling omtrent het halen binnen de gestelde termijn van de doelen die in de individuele behandelplannen expliciet zijn geformuleerd kan op basis van de resultaten indirect worden beantwoord. De reden hiervoor is dat het team in haar advies geen termijn per doel heeft aangegeven. Het aangeven van termijnen wordt als heel moeilijk ervaren omdat bij de betreffende patiënten vanwege de complexe problematiek andere aspecten de overhand kunnen krijgen. Het team heeft wel een prognose gegeven inzake het somatisch- en psychisch functioneren van de patiënt en de handhaving van de patiënt in zijn woonomgeving uitgaande van een effectuering van het behandeladvies.

Het doel van het advies is feitelijk (gericht op) een verbetering van de actuele situatie van de patiënt en/of zijn omgeving waarbij een handhaving van de status quo (positief geformuleerd als geen achteruitgang) als een ten dele bereiken van het doel kan worden beschouwd. Het

halen van de in de individuele behandelplannen geformuleerde doelen wordt derhalve afgeleid van het resultaat van de afzonderlijke adviezen, i.e. een achteruitgang, geen verandering of een verbetering van de situatie.

Een daadwerkelijke beoordeling van het resultaat van het advies is alleen mogelijk wanneer de adviezen zijn opgevolgd. Ondanks het gegeven dat de adviezen uitvoerbaar worden geacht, blijkt op langere termijn, na twee maanden, dat met uitzondering van het advies voor opname en het advies voor medicatie, slechts de helft van de adviezen is opgevolgd. Ontbreken van motivatie bij de patiënt en inschatting (het niet nodig vinden) van de huisarts zijn hiervoor de belangrijkste redenen. Adviezen inzake paramedische diensten en verpleging en verzorging thuis die opgevolgd zijn, hebben overwegend de situatie verbeterd. Advisering van psychosociale begeleiding en ambulante verwijzing die opgevolgd zijn, hebben overwegend geresulteerd in een status quo. Het resultaat van opname-, medicatie- en overige adviezen is ten dele een verbetering en ten dele een status quo.

Teneinde de prognose van het team te beoordelen is per patiënt nagegaan in hoeverre deze prognose overeenstemt met het oordeel van de huisarts over het functioneren van de patiënt na twee maanden. De prognose inzake de somatische toestand was voor tien patiënten juist; voor vier patiënten te pessimistisch, dat wil zeggen, dat de patiënt hetzelfde gebleven was of verbeterd was in plaats van respectievelijk achteruitgegaan of hetzelfde gebleven; en voor vijf patiënten te optimistisch, dat wil zeggen, dat de patiënt hetzelfde gebleven was of achteruitgegaan was in plaats van respectievelijk verbeterd of hetzelfde gebleven. De psychosociale prognose was voor acht patiënten juist, zes patiënten te pessimistisch en voor zes patiënten te optimistisch. Tot slot zijn er meer patiënten in hun woonomgeving gehandhaafd dan het team had verwacht.

Concluderend kunnen we stellen dat wanneer een advies wordt opgevolgd tenminste een status quo in de situatie van de patiënt gerealiseerd wordt. Mogelijk speelt het relatief korte tijdsbestek waarin de tweede beoordeling plaatsvindt een rol bij deze bevindingen. Uitgaande van de pregnante rol van de motivatie van de patiënt en het bestaan van wachtlijsten voor diverse voorzieningen, is het niet onwaarschijnlijk dat een langere termijn een gunstiger beeld zou hebben geschetst van de opvolging van de adviezen. Echter, onderzoektechnisch was een periode van twee maanden tussen de beoordelingen het meest haalbare.

2. Hoe functioneert het GDt in organisatorisch en procedureel opzicht:

- a. hoe verloopt de samenwerking tussen verschillende disciplines binnen het team?

De samenwerking tussen de leden van het kernteam en de specialisten en hulpdisciplines verloopt naar tevredenheid. Er is waardering voor het professioneel functioneren van de afzonderlijke leden. Men onderschrijft de meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak van complexe (psycho)geriatrie problematiek. Tegenover deze tevredenheid staat het gegeven dat de specialisten slechts voor een klein aantal patiënten geconsulteerd zijn. Mogelijk speelt het feit dat van vroegtijdige diagnostiek geen sprake is hierbij een rol. Deze patiënten hebben doorgaans reeds een traject doorlopen, waaronder een bezoek aan de specialist, voordat ze bij het GDt worden aangemeld. Het is dus niet waarschijnlijk dat de huisarts veel zaken over het hoofd heeft gezien.

Er bestaat een aantal knelpunten betreffende de procedure en organisatie bij het inschakelen van specialisten en paramedici. Ten eerste is de vormgeving van de consultatie waarbij de medische status wordt overgedragen aan de specialist niet optimaal. Eén specialist staat niet achter de huidige procedure vanwege de kans op schending van de privacy van de patiënt. Ten tweede de consultatie van de paramedici, met name de fysiotherapeut en de ergotherapeut, in het verpleeghuis. Ten gevolge van de hoge werkdruk kan het beantwoorden van een vraag van de GDt-arts enige tijd duren. In tegenstelling tot de specialisten zien de paramedici de patiënt vaak in zijn eigen woonomgeving, deze bezoeken duren 30 á 60 minuten, exclusief reistijd. Soms ziet de GDt-arts af van deze consultaties vanwege de hoge werkdruk. De paramedici maken officieel geen deel uit van het netwerk van het team, maar hun werkzaamheden zijn akkoord bevonden door de kerngroep. De medewerking van de paramedici aan het GDt is gebeurd op persoonlijk verzoek van de GDt-arts. De werkzaamheden zijn additioneel ten aanzien van de reguliere werkzaamheden. Er staan geen structurele uren voor, maar de werkzaamheden worden wel vergoed aan het verpleeghuis.

Het team is tevreden over de wijze waarop de verschillende fases van het behandeladviesproces verlopen. Wel zou wat meer persoonlijke informatie (bijvoorbeeld naam en telefoonnummer van de contactpersoon) bij aanmelding wenselijk zijn voor een snellere start van het medisch onderzoek en het huisbezoek van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Problematisch is de aanmelding van patiënten die reeds in behan-

deling zijn bij de RIAGG. Onduidelijkheid omtrent de doelgroep van het GDt alsmede de ideeën van de afzonderlijke teamleden omtrent de doelgroep (de GDt-arts legt de nadruk op het gegeven van vroegtijdige onderkenning van complexe problematiek; de sociaal psychiatrisch verpleegkundige vindt het onderscheiden van de RIAGG populatie van belang) en de zgn. dubbele pet van de teamleden spelen hierbij een rol. Het onderzoek van de GDt-arts en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige verloopt zorgvuldig en vindt plaats afhankelijk van agenda's, maar mede door de werkdruk van de betrokkenen duurt de fase van onderzoek lang. Overleg inzake het advies vindt standaard één keer per week plaats. Dit overleg is zinvol doch tijdrovend. Het team is van mening dat feedback inzake de uitvoering en resultaat van het behandeladvies zinvol zou zijn. Tijdsdruk/werkdruk is een centraal knelpunt in alle fases van het behandeladviesproces en vormt daarmee de belangrijkste reden voor het niet realiseren van de termijn van twee weken. De gemiddelde duur tussen aanmelding en afronding bedraagt zes weken. Een deel van de problemen tijdens de startfase van het team Noord-/Oost met de procedurele randvoorwaarden alsmede in de communicatie tussen SGGC en het team Noord/Oost zijn mede door de actieve opstelling van de nieuwe projectleider van het GDt opgelost.

2b.hoe verloopt de samenwerking tussen verschillende disciplines in de uitvoering van het behandelplan?

Het team heeft geen zicht op de samenwerking tussen verschillende disciplines in de uitvoering van het behandelplan. Tijdens het opstellen van het behandeladvies stemt het team onderling af wie wat regelt en beide teamleden komen deze afspraken na. De taak van het team stopt feitelijk op het moment dat de conclusie en het behandeladvies aan de huisarts zijn gerapporteerd. Binnen de andere functies (ambulant verpleeghuisarts en sociaal psychiatrisch verpleegkundige RIAGG) die de teamleden vervullen, blijft een patiënt soms onder hun hoede en bestaat de mogelijkheid tot bijsturen. Incidenteel vindt een herhaalconsult plaats om toch de vinger aan de pols te houden. Het gemis aan terugkoppeling vindt men jammer omdat op deze wijze een leermoment ontbreekt. De verwijzers geven bij een klein aantal patiënten aan dat er knelpunten in de uitvoering van het behandeladvies zijn ontstaan. Echter, deze betreffen de motivatie van de patiënt, en niet zozeer het functioneren van de diverse uitvoerende disciplines. Hierbij kan de vraag worden gesteld in

hoeverre de verwijzer daadwerkelijk inzicht heeft in de werkzaamheden van de betreffende disciplines.

Conclusies en knelpunten

Teneinde het **doel**: "vroegtijdige onderkenning en diagnostisering van somatische, psychische en sociale verschijnselen die bedreigend kunnen zijn of worden voor de zelfstandigheid van thuiswonende ouderen waardoor ouderen zo lang en zo goed mogelijk in de huidige woon-omgeving kunnen blijven wonen", te realiseren zijn Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteams (**middel**) ingesteld die deze problematiek multidisciplinair benaderen. De werkwijze (**proces**) van een team resulteert in een diagnose en een behandeladvies. In het behandeladvies worden per individuele patiënt concrete en voor de thuissituatie relevante doelen gesteld waarop de behandeling gericht is. Het team heeft zich ten doel gesteld om te werken zonder wachtlijst. Het streven is om binnen twee weken de bevindingen ten aanzien van diagnose en behandeladvies terug te rapporteren naar de huisarts. De **uitkomst** van het geschetste traject, doel-middel-proces, wordt bepaald door de mate waarin het doel gerealiseerd is.

Op basis van het voorafgaande kan ten aanzien van de uitkomst van het GDt-project het volgende geconcludeerd worden.

Er is vooralsnog geen sprake van het vroegtijdig onderkennen van complexe (psycho)geriatrische problematiek bij thuiswonende ouderen. Desondanks wordt de woonsituatie ten tijde van de aanmelding bij het merendeel van de patiënten gecontinueerd. De behandeladviezen worden niet binnen de gestelde termijn van twee weken gerealiseerd, maar zijn wel concreet en uitvoerbaar. De adviezen worden met uitzondering van de adviezen voor opname en medicatie slechts in ongeveer de helft van de gevallen opgevolgd.

Voor het niet realiseren van de geformuleerde doelen zijn knelpunten aanwijsbaar in het doel zelf, het team en de werkwijze.

Doel

De omschrijving van de groep 'ouderen met complexe problematiek' als doelgroep voldoet niet. Ten gevolge hiervan is het voor de verwijzers niet duidelijk waar de grens ligt met de consultatiefunctie van de verpleeghuisarts. Voor zowel de verwijzers als de teamleden is het niet duidelijk waar de grens ligt met de patiënten voor de RIAGG. Bijvoorbeeld de patiënten die reeds in behandeling zijn bij de RIAGG; volgens de sociaal

psychiatrisch verpleegkundige behoren deze patiënten niet tot de doelgroep van het GDt. Hierbij bestaat ook een relatie met het gegeven dat de teamleden naast de GDt-werkzaamheden een andere functie hebben waarvan de belangen kunnen concurreren met het GDt. De projectleider is van mening dat de hoofdproblematiek de doorslag moet geven. Het probleem is echter dat het team pas in een laat stadium wordt geconsulteerd waardoor de hoofdproblematiek vaak verweven is met de bijkomende problematiek.

Middel en Proces

Voor zowel de teamleden als de paramedici uit het verpleeghuis geldt dat zij voor hun GDt-werkzaamheden geen structurele uren toegekend hebben gekregen. Deze activiteiten zijn additioneel ten opzichte van hun andere werkzaamheden. Ten gevolge van deze constructie bestaat er voor deze betrokkenen een grote tijdsdruk en werkdruk. Hiermee is een belangrijke reden voor het niet realiseren van de termijn van twee weken onderkend. De werkwijze van het team is hierbij eveneens van invloed. Voorts geeft het team aan dat het krijgen van feedback en het meer zicht houden op de patiënten wenselijk zou zijn.

4.3. Aanbevelingen

In het hiernavolgende wordt ingegaan op de gesignaleerde knelpunten in het functioneren van het Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam Noord/Oost teneinde aanbevelingen te formuleren voor eventuele aanpassingen in de werkwijze voor alle teams en de adequaatheid van de meetinstrumenten ten behoeve van de evaluatie van de Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteams in fase 2 van het onderzoek. De aanbevelingen zijn uitsluitend gebaseerd op de resultaten van onderhavige rapportage en uitgesplitst naar doel, proces, middel (meetinstrumenten en het team) en onderzoek.

Doel

De eerste aanbeveling betreft de doelgroep van het GDt. Uit de resultaten kan worden geconcludeerd dat met name het onderscheid tussen de doelgroep van het GDt en de RIAGG-populatie niet duidelijk is. Het verschil tussen een oudere RIAGG-cliënt en een GDt-patiënt moet geëxpliciteerd worden. De patiënten van onderhavige studie worden gekenmerkt door zowel somatische als psychosociale problematiek. Echter voor een

aantal van hen bestaat binnen het team Noord/Oost een verschil van opvatting inzake de correctheid van de GdT-verwijzing. Het is dan ook van belang dat, uitgaande van de thans beschikbare patiëntgegevens, de teams en de projectleider in onderling overleg de doelgroep van het GdT definiëren. Vervolgens kan deze definitie geïllustreerd met een aantal voorbeelden kenbaar worden gemaakt aan de verwijzers. Hierbij dienen naast de verschillen met de RIAGG eveneens de verschillen ten aanzien van de consultatiefunctie van de verpleeghuisarts te worden aangegeven. Een expliciete omschrijving van de doelgroep kan bijdragen aan een bevordering van vroegtijdige onderkenning van complexe geriatrische problematiek. Het is van belang dat het GdT aan de verwijzers duidelijk maakt voor welke patiënten het GdT de meest geschikte verwijzing is. Op deze wijze kan ook worden voorkomen dat huisartsen patiënten bij meer dan een instelling aanmelden.

De tweede aanbeveling betreft een heroverweging van de doelstelling van vroegtijdige onderkenning van complexe geriatrische problematiek. De reden hiervoor is ten eerste in hoeverre vroegtijdige onderkenning een reële doelstelling is. Gevoelens van schaamte en schuld bij de patiënt en/of de familie weerhouden hen ervan om de problematiek bij bijvoorbeeld de huisarts aan te kaarten. Pas wanneer de situatie uit de hand dreigt te lopen, of reeds geëscaleerd is, wordt hulp ingeroepen. Daarnaast zijn niet alle huisartsen voldoende geïnformeerd over deze problematiek. Zoals is aangegeven in de gezamenlijke advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Raad voor het Ouderenbeleid is in de eerstelijns deskundigheidsbevordering op dit terrein noodzakelijk (NRV, RVO 1992).

Een optie om complexe geriatrische problematiek voortijdig te onderkennen, is een standaard screening van thuiswonende ouderen vanaf bijvoorbeeld 75 jaar. Echter een dergelijke aanpak heeft als nadeel dat een vorm van 'overmedicalisering' kan ontstaan, namelijk 'overzorg'. Mensen die zelf geen hulp zoeken worden vervolgens geconfronteerd met een hulpaanbod. Het is een belangrijke keuze in hoeverre deze situatie wenselijk is.

De derde inhoudelijke aanbeveling betreft het geven van een algemene prognose door het team. Zoals uit de praktijk gebleken is, vindt het team Noord/Oost het aangeven van een termijn waarop het doel van het behandeladvies gehaald zou moeten zijn bijzonder moeilijk. De prognose inzake het somatisch- en psychosociaal functioneren en handhaving in de

thuisituatie voldoet echter goed als criterium voor het resultaat van het behandeladvies.

Het verdient aanbeveling dat het team adviezen geeft die voor de patiënt de beste oplossing zijn. Wanneer het team problemen voorziet in de motivatie van de patiënt dan verdient het aanbeveling dat de patiënt daarin begeleid wordt.

Middel

Een Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam heeft een toegevoegde waarde ten opzichte van de inzichten van de huisarts als eerstelijns hulpverlener. Zowel op het terrein van de diagnostiek als ten aanzien van de onderscheiden zorgopties omvat het advies van het team een breder scala aan mogelijkheden en geeft als zodanig een bruikbare aanvulling en ondersteuning voor het handelen van de huisarts in het geval van complexe (psycho)geriatrische problematiek. Een sterk punt van het GDT in zijn huidige vorm is dat de teamleden hun werkzaamheden uitvoeren binnen hun actuele functie, c.q. organisatie. Uit de praktijk is gebleken dat aan deze constructie zowel voordelen als nadelen zijn verbonden. Bij de gedachte aan een centraal team dienen met name deze voordelen goed overwogen te worden. Wellicht verdient het de voorkeur de huidige structuur aan te houden en de voordelen, i.e. het gemakkelijk inschakelen van de paramedici door de verpleeghuisarts en de faciliteiten van de polikliniek enerzijds en het gemakkelijk raadplegen van de psychiater of het inschakelen intensieve thuiszorg door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige anderzijds te maximaliseren, onder meer door het structureren van de activiteiten. De nadelen, i.e. hoge werkdruk door het ontbreken van structurele uren voor de GDT-activiteiten, kunnen geminimaliseerd worden door ten eerste structurele uren toe te kennen en ten tweede door een optimale structurering van aanpak en werkwijze. Een nadeel van een centraal team is dat op den duur het team vrij geïsoleerd kan raken. Dat wil zeggen verder komt af te staan van de andere organisaties en voorzieningen. Men zal hierop alert moeten zijn.

De ontwikkelde meetinstrumenten i.c. de formulieren hebben een tweeledig doel. Ten eerste het verzamelen en registreren van gegevens ten behoeve van de diagnose en het behandeladvies. Ten tweede het verzamelen van gegevens voor het evaluatie-onderzoek. Ten aanzien van het eerste punt wordt opgemerkt dat kritisch gekeken moet worden in hoeverre alle informatie die wordt verzameld ook daadwerkelijk nodig is om het behandeladvies en de diagnose te formuleren. Het formulier

registratie thuissituatie heeft als functie het bezoek van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige vast te leggen. Het is gebleken dat voor patiënten waarvan geen formulier registratie thuissituatie is ingevuld wel een diagnose en behandeladvies wordt opgesteld. De hiervoor benodigde informatie wordt via collegae van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige verkregen. Het verdient aanbeveling om uitgaande van de definiëring van de doelgroep kritisch te bezien welke informatie beslist nodig is voor het stellen van een diagnose en het geven van een behandeladvies.

Daarnaast zijn in de loop van het onderzoek een aantal aspecten naar voren gekomen die het noodzakelijk maken de formulieren voor aanmelding en registratie thuissituatie aan te passen voor de definitieve evaluatie. Bij de aanmelding moet onder meer informatie omtrent de contactpersoon worden opgenomen. Het formulier voor de registratie thuissituatie moet worden aangevuld met onder meer een item over fysiotherapie én een item over de heteroanamnese. Daarnaast dient het aanbeveling de aanduiding van de zorgvoorzieningen op het formulier registratie thuissituatie en het formulier voor het conclusie- en behandeladvies hetzelfde te maken. Het conclusie- en behandeladviesformulier blijkt constructief te werken tijdens het opstellen van het behandeladvies. De diverse categorieën op het formulier structureren de bespreking van de patiënten. Het verdient dan ook aanbeveling dat het formulier voor gegevensregistratie en als werkformulier gehandhaafd blijft.

Voor de eindrapportage geeft de huisarts de voorkeur aan een brief.

Proces

De procedurele aanbevelingen betreffen een aanpassing van de werkwijze van het GDt. Teneinde tegemoet te komen aan de behoefte voor feedback kan de arts van het GDt na een periode van twee maanden telefonisch contact opnemen met de huisarts en informeren naar de uitvoering van het behandeladvies. Indien blijkt dat er problemen zijn ontstaan bij de uitvoering van het behandeladvies, kan in overleg met de huisarts een herhaalconsult plaatsvinden teneinde het behandeladvies bij te stellen. Een mogelijke spin-off van het telefonisch contact is dat naast het ontvangen van feedback, zowel de verwijzer als de patiënt alsnog nog niet opgevolgde delen van het behandeladvies opvolgen.

Het reduceren van de totale tijd van het behandeladviesproces die nu zes weken bedraagt, vraagt veranderingen op verschillende niveaus. Gezien de bijdrage van de paramedische disciplines en met name de fysiotherapeut, is het wenselijk dat deze disciplines deel gaan uitmaken

van het officiële netwerk van het GDt. Hiermee komen hun werkzaamheden voor het GDt voor een structurele vergoeding van uren in aanmerking. De psychiater en psycholoog van de RIAGG dienen eveneens deel te gaan uitmaken van het officiële netwerk. De specialisten dienen gehandhaafd te worden. Daarnaast is het van belang dat de leden van de teams prioriteiten stellen ten aanzien van hun GDt-werkzaamheden. Naast het structurele overleg voor het opstellen van het behandeladvies verdient het aanbeveling zowel het medisch onderzoek als het huisbezoek, eventueel in overleg met de projectleider, te structureren. Het blijft echter de vraag in hoeverre een periode van twee weken voor het geven van een behandeladvies reëel is.

Het verdient aanbeveling dat het GDt ook in haar conclusies en adviezen aan de verwijzer als een **team** naar voren treedt. Dit kan worden bevorderd door één geïntegreerde rapportage op te stellen.

Onderzoek

Het verdient aanbeveling dat in de tweede fase van het onderzoek, waarin een daadwerkelijke evaluatie van de GDt's zal plaatsvinden, een aantal aspecten te betrekken die in de eerste fase buiten beschouwing zijn gebleven. Ten eerste betreft dat de mening van de patiënt. Uit het onderzoek blijkt dat onvoldoende motivatie van de patiënt door de huisarts wordt genoemd als reden voor het niet opvolgen van het advies. Teneinde een compleet beeld te krijgen van het resultaat van het GDt-advies is het wenselijk de mening van de patiënt hieromtrent te inventariseren. Ten tweede het oordeel van de mantelzorg. Uit het onderzoek is gebleken dat het doel van het behandeladvies regelmatig een ontlasting van de mantelzorg betreft. Het verdient aanbeveling in de tweede fase de mening van de mantelzorg te betrekken in de beoordeling van het resultaat van het advies. Hierbij is met name de bevinding op langere termijn van belang.

Inzake de beoordeling van het advies door de verwijzer kan de vraag gesteld worden op welk tijdstip de tweede beoordeling zou moeten plaatsvinden. De voor's en tegen's afwegend lijkt het niet praktisch een termijn te hanteren die veel langer is dan twee maanden.

Teneinde recht te doen aan de complexiteit van de problematiek van de patiëntengroep, dat wil zeggen samenhangen in problematieken te kunnen analyseren, is het van belang dat deze groep aanzienlijk groter is dan thans het geval is.

LITERATUUR

- BLOM, J.G., C.M. VERHAGEN. Een ontbrekende schakel: Een Geriatrisch Diagnose- en behandeladviesteam in Rotterdam. EMP Organisatie Advies B.V., Zeist, 12 oktober 1989.
- BRAAK, E., L. DE LANGE, E. CLETON-VAN DE DIKKENBERG. Een geriatrisch consultatiepunt voor huisartsen, Medisch Contact, 44, pp. 717-719, 1989.
- GERRITSEN, J.C., ENDE VAN DER, P.C. Polikliniek als hefboom tot zorgvernieuwing psychogeriatric. Leefijd 12, pp. 29-31, december 1990.
- GOUW, DE J.M.M., PREDOLI, I.M.O. Ouderenzorg: wetenschap, visie en beleid. Een blik op de jaren 1920 tot 1990. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 70(1), pp. 35-43, 1992.
- HOEKSMa, B.H., MOLS, J.F.J.M. Evaluatie-onderzoek Subsidieregeling Substitutie Verpleeghuiszorg. Bureau Hoeksma, Homans & Menting. Enschede, december 1990.
- INNOVATIE IN DE ZORGSECTOR. Jaarboek 1990/1991 s'-Gravenhage: VUGA 1991.
- INTENTIEVERKLARING COSBO-LHV. Medisch Contact 47, pp. 200-201, 1992.
- JAARVERSLAG STICHTING GERIATRISCH GERONTOLOGISCH CENTRUM. SGGC Rotterdam, 1991.
- KOCHEN, P.L. Psychisch welbevinden op oudere leeftijd. Onderzoek naar de prevalentie van psychische problematiek en preventiemogelijkheden bij Rotterdamse ouderen. Rapportnummer 91. GGD Rotterdam, 1991.
- KROONEN, A. Thuisblijven of niet? The Practitioner 9(5), pp. 282-285, 1992.
- KRUIS, VAN DER A., MANDEMAKER, T. Het ouderenbeleid gewogen; een studie naar de effecten van voorgenomen beleidsombuigingen. Nijmegen/Tilburg: ITS/IVA, 1986.
- LAMBERTS, H. WOOD, M. The International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Structuurnota Gezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Ouderen in tel. Beeld en beleid rond ouderen 1990-1994. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1990.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Werken aan zorgvernieuwing: actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig. Rijswijk, 1990.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN RAAD VOOR HET OUDERENBELEID. Deskundigheidsbevordering geriatric in de eerste lijn, maart 1992.

- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Discussienota substitutie in de gezondheidszorg. Zoetermeer, 1989.
- SLAETS, J.P.J., KEIJZER, DE J.A.L., WENT, P.B.M. Een experiment met psychogeriatrische zorg in Loosduinen. *Epidemiologisch Bulletin* 26(3), pp. 8-14, 1991.
- STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Toekomstscenario's voor Eerstelijnszorg en Thuiszorg; deel I, hoofdrapport. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Stafleu & Van Loghum, 1992.
- THUNISSEN, C., KNAPEN, M. The National Context of Social Innovation; The Netherlands. In: *Care for the Elderly, Significant Innovations in three European Countries*. Authors: R.J. Kraan et al. Frankfurt am Main: Campus Verlag, Boulder, Colorado: Westview Press, 1991.
- VERNIEUWING GEDEMONSTREERD: resultaten, conclusies, reacties en aanbevelingen. Verslag van het symposium van 12 december 1991 te Den Haag. Utrecht: LSOB Facilitair, 1992.
- WEERDEN, VAN A., BERTELS, M. Welke afspraken maken eerstelijnssteams over hulp aan bejaarden? Resultaten van een inventarisatie onder 120 samenwerkingsverbanden. *Maatschappelijke Gezondheidszorg* 15(5), pp. 26-29, 1987.
- ZIEKENFONDSRAAD. Consultatieve functie verpleeginrichtingen. Amstelveen, 1986.
- ZIEKENFONDSRAAD. Intensieve Thuiszorg. Amstelveen, 1987.
- ZIEKENFONDSRAAD. Subsidieregeling substitutie verpleeghuiszorg. Amstelveen, 1992.
- ZORGVERNIEUWING OUDERENBELEID. Notitie ouderenbeleid gemeente Rotterdam. Rotterdam, 1992.

BIJLAGE 1. Projectstructuur van het GDt

De structuur van het GDt-project is in figuur 1 weergegeven. Binnen het project wordt een bewakend, i.c. de projectleider, kerngroep en projectgroep, en een uitvoerend niveau, i.c. de teams, onderscheiden. Rechtspositioneel en organisatorisch is het GDt-project respectievelijk aangehaakt en ondergebracht bij de Stichting Sociaal Geriatrisch Gerontologisch Centrum (SGGC) te Rotterdam¹. Deze constructie heeft als voordeel dat het nieuw op te starten project voor de dossiervorming en secretariële ondersteuning gebruik kan maken van de overhead van de moederorganisatie. De activiteiten van het bewakend niveau kunnen derhalve op het project zelf zijn gericht.

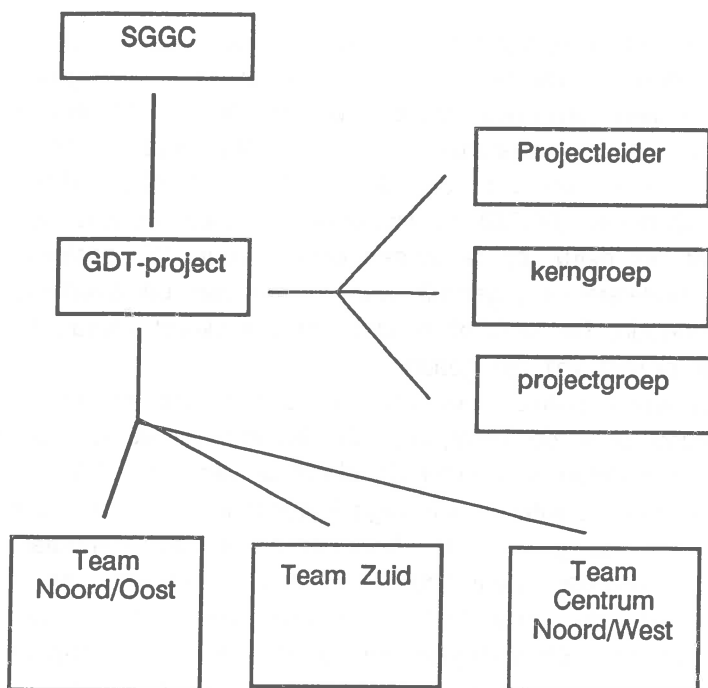
Het GDt-project wordt geleid door een projectleider die op haar beurt wordt ondersteund door de kerngroep. De kerngroep bestaat naast de projectleider uit drie leden waaronder de directeur van het SGGC. Samen bewaken ze de implementatie en de organisatorische gang van zaken en sturen bij wanneer dat gewenst is. Wanneer het project eenmaal goed draait kan de kerngroep waarschijnlijk worden opgeheven. Naast de kerngroep bestaat de projectgroep, waarin een aantal van de initiatiefnemers van het GDt vertegenwoordigd is. De projectgroep bestaat uit zeven leden, waaronder de projectleider en de directeur van het SGGC. De taak van de projectgroep is inhoudelijke bewaking en begeleiding van de werkzaamheden van teams.

Voor de onderscheiden groepen bestaan afzonderlijke overlegstructuren.

De kerngroep en de projectgroep vergaderen één maal per twee maanden. Deze vergaderingen worden voorgezeten door dezelfde persoon. Voor de gezamenlijke teams wordt elke drie maanden een kernteamvergadering belegd. Deze vergadering wordt voorgezeten door de projectleider. Alle vergaderingen binnen het GDt-project worden voorbereid door de projectleider.

Voor het NIVEL-onderzoek is uit de leden van de kernteamvergadering een mee-denkgroep, bestaande uit een lid van elk GDt en de projectleider, samengesteld.

¹Het SGGC is verantwoordelijk voor de werkzaamheden samenhangend met indicatiestelling en plaatsingsbemiddeling voor verzorgingstehuizen en (aangesloten) servicewoningen.



Samenstelling kernteam Noord-Oost:

- Mw. Dr. M. van Wersch, verpleeghuisarts
- Mw. M.C. Suurmond, sociaal psychiatrisch verpleegkundige

Samenstelling projectgroep GDt (per 1 november 1992):

- De heer J.J. Hubregtse, voorzitter, arts, bestuurslid KVV
- Mw. A.C. Bosma-Fioole, arts, projectleider GDt
- De heer Dr. H.S.L.M. Tjen, internist
- Mw. Dr. T.J.M. van der Cammen, internist-geriater
- Mw. Drs. A.P. Beunis, directeur SGGC
- Mw. A. den Adel, adviserend verpleegkundige SZK/AWBZ
- De heer Drs. H. den Boogert, klinisch psycholoog KVV
- De heer R.J. van Sluys, Gemeente Rotterdam

Samenstelling mee-denkgroep t.b.v. het NIVEL-onderzoek:

- Mw. A.C. Bosma-Fioole, arts, projectleider GDt
- Mw. J. Clement, verpleeghuisarts
- Mw. Dr. A.S. Knip, verpleeghuisarts
- Mw. M.C. Suurmond, sociaal psychiatrisch verpleegkundige

BIJLAGE 2.**AANMELDING**

Noord/Oost

betreffende

Datum

naam

O man O vrouw

adres

postcode, woonplaats

telefoon

ziektelkostenverzekeringnr.

geboortedatum:

zenden aan:

mw. M. van Wersch, arts
 p/a Verpleeghuis Schiehoven
 Asserweg 235, 3501 AA Rotterdam

Deze ruimte niet invullen aub

registratienummer

datum binnenkomst

klachten/problemen

.....

.....

.....

.....

sinds

behandeling/medicatie

.....

.....

.....

.....

de relevante medische gegevens:

- zijn bijgevoegd
- worden telefonisch overgedragen
- worden persoonlijk ter hand gesteld

wens met betrekking tot behandeladvies:

- gezamenlijke bespreking op praktijkadres
- uitsluitend schriftelijke rapportage
- telefonisch overleg

de patiënt is op de hoogte van de verwijzing

O ja O nee

opmerkingen

huisarts/verwijzer

telefoon

adres

handtekening

REGISTRATIE THUISSITUATIE

Noord/Oost

Het registratienummer van deze patiënt is

 persoonlijke gegevens

naam	voornaam. man/vrouw*
adres.	postcode en plaats.
telefoon.	geboortedatum.
huisarts.	verzekering en nr.
partner.	kinderen.
leeftijd partner	indien partner is overleden, wanneer.
godsdienst.	

gegevens kontaktpersoon

naam.	voornaam. man/vrouw*
adres.	postcode en plaats.
telefoon.	

* doorhalen wat niet van toepassing is

N.B. Informatie ingewonnen bij familie, buren en vrienden (heteroanamnese) kan bij de toelichting worden vermeld.

registratienummer

Noord/Oost

datum huisbezoek.

afgelegd door.

ALGEMENE LICHAAMELIJKE TOESTAND

BDL functies	zelfst. hulp	enige hulp	veel hulp	mobiliteit	zelfst. hulp	enige hulp	veel hulp
boodschappen doen	0	0	0	in en uit bed	0	0	0
brood klaarmaken	0	0	0	in en uit de stoel	0	0	0
eten koken	0	0	0	staan	0	0	0
bed opmaken	0	0	0	lopen	0	0	0
bed verschonen	0	0	0	traplopen	0	0	0
woning schoonmaken	0	0	0				
wasgoed verzorgen	0	0	0	bedlegerig	ja / nee		
verwarming verzorgen	0	0	0	rolstoel	ja / nee		
financiën verzorgen	0	0	0	en zo, ja: zelfstandig	ja / nee		
koffie/thee zetten	0	0	0		duw/electrisch		
afwassen	0	0	0				
telefoneren	0	0	0	loophulpmiddelen	ja / nee		
schrijven	0	0	0	en zo ja, welke:		
beheer medicatie	0	0	0			

ADL functies	zelfst. hulp	enige hulp	veel hulp				
aan- en uit kleden	0	0	0	voortbeweging buiten	ja / nee		
wassen bovenlichaam	0	0	0	autorijden	ja / nee		
wassen onderlichaam	0	0	0	fietsen	ja / nee		
eten en drinken	0	0	0	openbaar vervoer	ja / nee		
toiletbezoek	0	0	0	zelfstandig/begeleiding			
				taxi	ja / nee		
				zelfstandig/begeleiding			
				taxivergoeding	ja / nee		

registratienummer

Noord/Oost

lichamelijke conditie goed matig slecht

slapen	0	0	0
eetlust	0	0	0
tempo van handelen	0	0	0
uithoudingsvermogen	0	0	0
roken ja / nee	hoeveel		
alcohol ja / nee	hoeveel		

zintuigen en contactfuncties

	normaal	licht gestoord	ernstig
gezichtsvermogen	0	0	0
gehoor	0	0	0
spraak	0	0	0
evenwicht	0	0	0

hand- en armfuncties

hand- en armfuncties	0	0	0
----------------------	---	---	---

Incontinentie nee soms ja

urine	0	0	0
zelfredzaam	ja / nee		
faeces	0	0	0
zelfredzaam	ja / nee		
catheter	0	0	0
zelfredzaam	ja / nee		
stoma	0		0
zelfredzaam	ja / nee		

decubitus nee gering ernstig

decubitus	0	0	0
omschrijving			
.			

Toelichting algemene lichamelijke toestand:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

registratienummer

Noord/Oost

ALGEMENE PSYCHISCHE TOESTAND

betrokkenheid

bewustzijn helder / verlaagd
initiatief- en interesseverlies ja / nee

waarneming

hallucinaties ja / nee

gevoelsleven

	nee	soms	ja
normale stemming	0	0	0
somber	0	0	0
angstig	0	0	0
eenzaam	0	0	0

cognities

vorm: traag / normaal
inhoud: wanen ja / nee
niveau: intelligentie
laag/gemiddeld/hoog

gedrag

	nee	soms	ja
inactief	0	0	0
agressief	0	0	0
zwerfneigingen	0	0	0
onrustig overdag	0	0	0
onrustig 's avonds	0	0	0
onrustig 's nachts	0	0	0
decorumverlies	0	0	0
luidruchtig	0	0	0
brandgevaarlijk	0	0	0
achterdochtig	0	0	0

geheugen

	normaal	licht gestoord	ernstig
inprenting	0	0	0
recent memory	0	0	0
remote memory	0	0	0

oriëntatie

tijd	0	0	0
plaats	0	0	0
persoon	0	0	0
aandachtsconcentratie	0	0	0

persoonlijkheidsveranderingen ja / nee

Toelichting algemene psychische toestand:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

registratienummer

Noord/Oost

SOCIALE GEGEVENS**Informele zorg frequentie en duur**

	per week	uren
0 partner
0 kinderen
0 familie
0 buren
0 kennissen
0 vrijwilligers
0 particuliere hulp

formele zorg frequentie en duur

	per week	uren
0 thuis hulp
0 wijkverpleging
0 maaltijdverzorging
0 alarmering
0 dagopvang- en behandeling
waar:		
0 dienstencentrum
welk:		

draagkracht zorgsysteem

zwak / normaal / sterk

huilvesting

- 0 zelfstandige woning
- 0 pension
- 0 serviceflat
- 0 verzorgingstehuis:
 - 0 eigen kamer
 - 0 groepsverzorging
 - 0 ziekenafdeling
 - 0 tijdelijke plaatsing

woonsituatie

- 0 alleenwonend
- 0 samenwonend met
- 0 anders
- 0 klachten of bezwaren over woning of
omgeving
- 0 renovatieplannen, zo ja, wanneer

bereikbaarheid/geschiktheid woning

- 0 met lift
- 0 met trappen naar de woning (-treden)
- 0 met trappen in de woning (-treden)
- 0 woning niet aangepast, nl.

overige

- 0 huisdieren, welke
- 0 hobby's, welke

woonaanpassing

- 0 niet van toepassing
- 0 woonkamer
- 0 slaapkamer
- 0 keuken
- 0 toilet
- 0 douche
- 0 bed
- 0 stoel
- 0 aangepast bestek

financiële situatie

.
.
.
.

Toelichting sociale gegevens:

.
.
.



CONCLUSIE EN BEHANDELADVIES

Noord/Oost

naam patiënt

datum.....

registratienummer

datum onderzoek GDT-arts

datum overleg met huisarts

DIAGNOSE (meest relevant voor disfunctioneren)

somatisch

.....
.....
.....

psychisch

.....
.....
.....

sociale factoren

.....
.....
.....

De toestand is:

somatisch psychosociaal

dreigend functieverlies ja / nee

mobiliteitsstoornissen ja / nee

Over de diagnose / het behandeladvies is overleg geweest met:

	doel overleg diagnose	behandel- advies	regelen mantelzorg	regelen professionele thuiszorg	regelen verwijzing/ opname
<input type="checkbox"/> fysiotherapie
<input type="checkbox"/> ergotherapie
<input type="checkbox"/> logopedie
<input type="checkbox"/> diëtis(t)e
<input type="checkbox"/> wijkverpleg.
<input type="checkbox"/> gezinszorg
<input type="checkbox"/> AMW
<input type="checkbox"/> familie/buren
<input type="checkbox"/> psychiatrie/ GGZ instelling
<input type="checkbox"/> overige,
<input type="checkbox"/> med.special.
Overleg diagnose	telefonisch/schriftelijk		netwerk team	ja / nee	
Overleg behandeladvies	telefonisch/schriftelijk		netwerk team	ja / nee	

registratienummer

Noord/Oost

PROGNOSE (mits het behandeladvies gerealiseerd wordt is):

somatisch

- verbetering
- geen verandering
- achteruitgang

psychosociaal

- verbetering
- geen verandering
- achteruitgang

handhaving in thuissituatie

- waarschijnlijk wel
- waarschijnlijk niet

BEHANDELADVIES

paramedische diensten ja / nee

Wordt geregeld door

soort behandeling

- fysiotherapie
- ergotherapie
- logopedie
- ergotherapie
- diëtist(e)
- overige,
-

verpleging en verzorging thuis ja / nee

Wordt geregeld door

doel
verpleging

adl onder-
steuning

huishoudelijke
hulp

ontlasten
mantelzorg

anders,
namelijk

- | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wijkverpleging | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> gezinszorg | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> hulp aan huis | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> overige, | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |

psychosociale begeleiding ja / nee

Wordt geregeld door

doel
behandeling

ondersteuning
patiënt

ondersteuning
mantelzorg

geruststelling

anders,
namelijk

- | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AMW | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Riagg | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> huisarts | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> overige, | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |

registratienummer

Noord/Oost

ambulante verwijzing

ja / nee

Wordt geregeld door

**doel
diagnose**

behandeling

**ontlasting
mantelzorg**

**anders,
namelijk**

- | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> dagbehandeling somatiek | ..... | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> dagbehandeling psychogeriatric | ..... | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> dagverzorging somatiek | ..... | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> dagverzorging psychogeriatric | ..... | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> dienstencentrum | ..... | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> medisch specialisme, welke | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> overige, | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | | | | |

andere woonvormen

ja / nee

Wordt geregeld door

- serviceflat
- verzorgingstehuis
- anders, namelijk

opname

ja / nee

Wordt geregeld door

**doel
diagnose**

behandeling

anders, namelijk

- | | | | |
|---|-------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> ziekenhuis, welk specialisme | ..... | ..... | ..... |
| | | | |
| <input type="checkbox"/> psychiatrie/ GGZ instelling | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> verpleeghuis somatisch | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> verpleeghuis psychogeriatric | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> flankerend beleid opname | ..... | ..... | ..... |
| <input type="checkbox"/> overige, | ..... | ..... | ..... |
| | | | |



registratienummer

Noord/Oost

aanpassen medicatie ja / nee

- staken medicatie
- wijzigen medicatie
- nieuwe medicatie

toelichting:
.....
.....

Overige advlezen ja / nee

.....
.....
.....
.....

herhaalconsult is gewenst: ja / nee

5. Acht U het behandeladvies uitvoerbaar in de thuissituatie ?

- goed uitvoerbaar ten dele uitvoerbaar helemaal niet uitvoerbaar

6. Wat hebt U aan het behandeladvies van het GDT ?

- veel zeker wel wat weinig niets

7. Wat vindt van het formulier waarop het behandeladvies weergegeven is.

.....
.....
.....
.....

8. Heeft U nog opmerkingen ?

.....
.....
.....
.....

BEOORDELING van het behandeladvies door de HUISARTS/VERWIJZER II

Naam huisarts Datum telefoongesprek

Betreft Registratienummer

geslacht en leeftijd (ter controle)

GEEF EERST EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET ADVIES (TER HERINNERING).

I Evaluatie van het advies per onderdeel: (alleen vragen wat geadviseerd is)

a. paramedisch: nvt

uitvoering:	rendement:
<input type="radio"/> geheel opgevolgd	<input type="radio"/> verbetering
<input type="radio"/> ten dele opgevolgd	<input type="radio"/> geen verandering
<input type="radio"/> helemaal niet opgevolgd	<input type="radio"/> achteruitgang

indien niet of ten dele **opgevolgd** waarom:

.....
.....
.....

indien geen verandering of achteruitgang waarom:

.....
.....
.....

b. verpleging en verzorging thuis: nvt

uitvoering:	rendement:
<input type="radio"/> geheel opgevolgd	<input type="radio"/> verbetering
<input type="radio"/> ten dele opgevolgd	<input type="radio"/> geen verandering
<input type="radio"/> helemaal niet opgevolgd	<input type="radio"/> achteruitgang

indien niet of ten dele **opgevolgd** waarom:

.....
.....
.....

indien geen verandering of achteruitgang waarom:

.....
.....
.....

c. psychosociale begeleiding: O nvt

- | | |
|---|--|
| uitvoering: | rendement: |
| <input type="radio"/> geheel opgevolgd | <input type="radio"/> verbetering |
| <input type="radio"/> ten dele opgevolgd | <input type="radio"/> geen verandering |
| <input type="radio"/> helemaal niet opgevolgd | <input type="radio"/> achteruitgang |

indien niet of ten dele **opgevolgd** waarom:

.....
.....
.....

indien geen verandering of achteruitgang waarom:

.....
.....
.....

d. ambulante verwijzing: O nvt

- | | |
|---|--|
| uitvoering: | rendement: |
| <input type="radio"/> geheel opgevolgd | <input type="radio"/> verbetering |
| <input type="radio"/> ten dele opgevolgd | <input type="radio"/> geen verandering |
| <input type="radio"/> helemaal niet opgevolgd | <input type="radio"/> achteruitgang |

indien niet of ten dele **opgevolgd** waarom:

.....
.....
.....

indien geen verandering of achteruitgang waarom:

.....
.....
.....

e. andere woonvorm: O nvt

- | | |
|---|--|
| uitvoering: | rendement: |
| <input type="radio"/> geheel opgevolgd | <input type="radio"/> verbetering |
| <input type="radio"/> ten dele opgevolgd | <input type="radio"/> geen verandering |
| <input type="radio"/> helemaal niet opgevolgd | <input type="radio"/> achteruitgang |

indien niet of ten dele **opgevolgd** waarom:

.....
.....
.....

indien geen verandering of achteruitgang waarom:

.....
.....
.....

f. opname: O nvt

uitvoering:

- geheel opgevolgd
- ten dele opgevolgd
- helemaal niet opgevolgd

rendement:

- verbetering
- geen verandering
- achteruitgang

indien niet of ten dele **opgevolgd** waarom:

.....

.....

.....

indien geen verandering of achteruitgang waarom:

.....

.....

.....

g. aanpassen medicatie: O nvt

uitvoering:

- geheel opgevolgd
- ten dele opgevolgd
- helemaal niet opgevolgd

rendement:

- verbetering
- geen verandering
- achteruitgang

indien niet of ten dele **opgevolgd** waarom:

.....

.....

.....

indien geen verandering of achteruitgang waarom:

.....

.....

.....

h. overige adviezen: O nvt

uitvoering: geheel opgevolgd

- ten dele opgevolgd
- helemaal niet opgevolgd

rendement: verbetering

- geen verandering
- achteruitgang

indien niet of ten dele **opgevolgd** waarom:

.....

.....

.....

indien geen verandering of achteruitgang waarom:

.....

.....

.....

i. heeft er een herhaalconsult bij het GDT plaatsgevonden?

- ja
- nee

II Knelpunten. Zijn er knelpunten ontstaan bij de uitvoering van het behandeladvies?

- ja
- nee

Indien ja, op welke onderdelen:

.....
.....
.....
.....

III Prognose. Hoe is de toestand van de patient thans, in vergelijking met het tijdstip waarop U het behandeladvies heeft ontvangen mbt:

- a.
- | | | |
|--|--|---|
| somatiek: | psychosociaal: | gehandhaafd in de thuissituatie: |
| <input type="radio"/> achteruitgang | <input type="radio"/> achteruitgang | <input type="radio"/> ja |
| <input type="radio"/> geen verandering | <input type="radio"/> geen verandering | <input type="radio"/> nee |
| <input type="radio"/> verbetering | <input type="radio"/> verbetering | |

b. Hoeveel contacten heeft U (ongeveer) met de patient gehad sinds U het advies heeft ontvangen?
..... contacten.

IV Nuttig.

Vindt U achteraf dat de GDT verwijzing nuttig is geweest?

- | | |
|--|--|
| a. voor de patient: | voor Uzelf: |
| <input type="radio"/> zeer nuttig | <input type="radio"/> zeer nuttig |
| <input type="radio"/> ten dele nuttig | <input type="radio"/> ten dele nuttig |
| <input type="radio"/> totaal nutteloos | <input type="radio"/> totaal nutteloos |

VI Overige.

Heeft U nog opmerkingen?

.....
.....
.....
.....