



# De rol van de huisarts bij kwetsbare ouderen

## Een internetenquête onder huisartsen

Henk Schers, Raymond Koopmans, Marcel Olde Rikkert

### Inleiding

De huisarts besteedt een groot deel van zijn tijd aan contacten met ouderen. In een gemiddelde standaardpraktijk van 2250 patiënten zijn ongeveer 170 patiënten tussen de 65 en 74 jaar,

### Samenvatting

Schers HJ, Koopmans R, Olde Rikkert M. De rol van de huisarts bij kwetsbare ouderen. Een internetenquête onder huisartsen. *Huisarts Wet* 2009;52(13):626-30.

**Doel** Huisartsen hebben veel te maken met ouderenzorg. Wij waren benieuwd hoe huisartsen de ouderenzorg in hun eigen praktijk beoordelen, hoe ze dachten over het NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen' en welke veranderingen ze graag zouden zien.

**Methode** We hielden een internetenquête onder 324 huisartsen in de regio Nijmegen en omstreken.

**Resultaten** De respons was 53,1%. Van de respondenten vond 64,8% dat de zorg voor ouderen met complexe problematiek in de eigen praktijk veel beter kon; 19,2% vond dat er genoeg aandacht was voor de welzijnskant in de eigen praktijk. Volgens 87,2% hoorde de regie in de huisartsenpraktijk en 95,3% vond dat er meer mogelijkheden zouden moeten zijn voor consultatie. Een deel van de respondenten was voor multidisciplinair werken en het gebruik van zorgplannen (61,4%). Ongeveer eenderde vond dat specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn als medebehandelaars moesten fungeren (33,1%). De meeste prioriteit legden huisartsen bij het inzetten van praktijkondersteuners (72,3% hoge prioriteit) en meer mogelijkheden voor consultatie in de eerste lijn (59,9%), vooral ten behoeve van geriatrische diagnostiek (73,6%) en psychogeriatricie (76,6%).

**Conclusie** Huisartsen zijn het eens met de probleemanalyse van het NHG-Standpunt Ouderenzorg en staan achter een groot deel van de voorgestelde oplossingen. Initiatieven gericht op multidisciplinaire zorg voor ouderen onder regie van de huisarts hebben in de eerste lijn zeker kans van slagen, vooral als er ook een breed palet aan consultatiemogelijkheden door professionals uit andere echelons ontstaat.

UMC St Radboud Universiteit, afdeling ELG, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. H.J. Schers, huisarts en onderzoeker; prof.dr. R. Koopmans, specialist ouderengeneeskunde. Afdeling Geriatrie: prof.dr. M. Olde Rikkert, klinisch geriatr.

Correspondentie: H.Schers@elg.umcn.nl

Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

en 120 patiënten ouder dan 75 jaar.<sup>1</sup> Multimorbiditeit en polyfarmacie zijn in deze leeftijdsgroepen eerder regel dan uitzondering. Van de Nederlanders tussen 65 en 75 jaar heeft 65% twee of meer chronische aandoeningen, terwijl dat percentage voor 85-plussers op 85% ligt.<sup>2</sup> Behalve met medische problematiek kampt deze groep ouderen ook vaak met welzijnsproblemen. Eenzaamheid, verlies van een partner, problemen met mobiliteit en een gemis aan sociale contacten komen vaak voor. We spreken van complexe problematiek als ouderen met een of meer van de genoemde problemen worden geconfronteerd.<sup>3</sup>

Een recent rapport van de Gezondheidsraad concludeert dat de zorg voor deze groep ouderen onder de maat is.<sup>4</sup> Dit rapport was voor de overheid mede aanleiding om een Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) in het leven te roepen. Binnen dit programma pleiten we voor grootse en meeslepende veranderingen in de organisatie en uitvoering van de ouderenzorg. Het programma richt zich in belangrijke mate op een geïntegreerd werkende eerste lijn. De vraag daarbij is uiteraard welke positie de huisarts daarin zal moeten hebben. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft daarop geanticipeerd. In 2007 werd het NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen' gepubliceerd.<sup>3</sup> In dit standpunt pleit het NHG voor meer samenhang en meer proactieve huisartsenzorg, met aandacht voor een 'ouderenplan' op praktijkniveau. Ook identificatie van kwetsbare ouderen is een speerpunt, evenals de introductie van hulpverleners dat onder regie van de huisarts een deel van de zorg kan uitvoeren. Ook signaleert het NHG behoefte aan meer kennis en expertise in de eerste lijn.

Invoering van het Standpunt zal, afhankelijk van de regionale mogelijkheden, in de dagelijkse praktijk geen sinecure blijken. Huisartsen zullen zich moeten herkennen in de probleemanalyse en de aangedragen oplossingsrichtingen moeten ondersteunen. We besloten daarom als voorbereiding op een groot transitieproject in het kader van het NPO na te gaan hoe huisartsen tegen de ouderenzorg aankijken. Omdat we dit onderzoeksproject eerst in academische huisartsenpraktijken wilden introduceren, gingen we na of huisartsen met een academische taakstelling in hun visie verschilden van huisartsen zonder een academische taak. Huisartsen met een academische taakstelling maken structureel afspraken met de universiteit over deelname aan onderwijs voor medisch studenten, aan de huisartsenopleiding en aan wetenschappelijk onderzoek.

We formuleerden de volgende vraagstellingen:

1. Hoe beoordelen huisartsen met en zonder academische taakstelling in hun eigen praktijksituatie de ouderenzorg?
2. Wat is hun mening over de oplossingsstrategieën in het NHG-

### Wat is bekend?

- ▶ Huisartsen hebben in hun praktijk veel te maken met ouderen met complexe problematiek.
- ▶ Het NHG pleit voor proactieve identificatie van kwetsbaarheid en een 'ouderenplan' op praktijkniveau.

### Wat is nieuw?

- ▶ Huisartsen delen de probleemanalyse van het NHG-Standpunt.
- ▶ Huisartsen hebben vooral behoefte aan consultatie en aan mogelijkheden om praktijkondersteuners in te zetten.

Standpunt Toekomstvisie 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen'?  
3. Hoe prioriteren huisartsen de voorgestelde oplossingen?

### Methode

We onderzochten deze vraagstellingen met behulp van een internetenquête. We stuurden alle huisartsen die waren aangesloten bij de Coöperatieve Huisartsdienst Nijmegen e.o. (CHN) en alle huisartsen die tot het netwerk van Nijmeegse Universitaire Huisartsen Praktijken (NUHP) behoorden een e-mail waarin we hen verzochten via internet een elektronische vragenlijst in te vullen. Daartoe was een hyperlink opgenomen in de e-mail. We stuurden de e-mails eerst naar alle huisartsen van het academische netwerk (NUHP) en schreven later de resterende CHN-huisartsen aan die geen academische taakstelling hadden. In de e-mails aan NUHP-huisartsen was een aanbeveling van het hoofd van het academische netwerk opgenomen en die aan CHN-huisartsen bevatte een aanbeveling van de bestuursvoorzitter van de CHN.

### Vragenlijst

De vragenlijst bevatte vragen over drie hoofdthema's:

1. de probleemanalyse van het NHG-Standpunt, toegespit op de eigen praktijk (elf vragen);
2. de houding ten aanzien van de voorgestelde oplossingen (dertien vragen);
3. de prioritering van onderdelen waar verbetering haalbaar zou zijn (met speciale aandacht voor de inbreng van specifieke expertise in de eerste lijn) (dertien vragen).

Ten slotte hadden we een vraag opgenomen waarin we vroegen een keuze te maken tussen vier modellen voor ouderenzorg. Met uitzondering van de laatste vraag hanteerden we vijfpunts-likertschalen. Daarnaast verzamelden we kenmerken van deelnemende huisartsen. Tot slot boden we de huisartsen de mogelijkheid om eventuele opmerkingen te noteren.

We ontwikkelden de vragenlijst aan de hand van het NHG-Standpunt en bespraken deze in een multidisciplinaire werkgroep ouderenzorg. Vervolgens toetsten vijf huisartsstafleden van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het UMC Radboud de vragenlijst op invulbaarheid en duidelijkheid.

### Procedure en analyse

We schreven de huisartsen aan in de periode oktober tot novem-

ber 2008. Tweemaal stuurden we via e-mail een herinnering, steeds zeven tot tien dagen na de eerste e-mail. We vergeleken basiskenmerken van de respondenten met de gemiddelde Nederlandse huisarts.

De door de huisartsen ingevulde antwoorden schreven we weg in een geautomatiseerd gegevensbestand. Vervolgens verwerkten we de verzamelde gegevens met SPSS. Bij de analyse keken we naar de percentages, waarbij we de categorieën 'zeer eens' en 'eens' samenvoegden, evenals 'zeer oneens' en 'oneens'. Met behulp van univariate analyses (chi-kwadraat:  $p < 0,05$ ) analyseerden we eerst de verschillen tussen academische en niet-academische huisartsen. Ook bekeken we of de meningen en prioriteiten van huisartsen afhankelijk waren van de praktijksetting, de aanwezigheid van een praktijkondersteuner (POH) en de aanwezigheid van meer of minder gestructureerde ouderenzorg in de praktijk.

### Resultaten

#### Populatie

In acht gevallen bleek het e-mailadres onjuist te zijn of was de huisarts inmiddels niet meer in de praktijk werkzaam. Uiteindelijk ontvingen we na twee herinneringen een goed ingevulde vragenlijst van 69 van de 123 academische huisartsen en van 103 van de 201 niet-academische huisartsen (overall respons 53%, academisch 56% en niet-academisch 51%). De kenmerken van de responderende huisartsen verschilden enigszins van die van de gemiddelde Nederlandse huisarts (tabel 1).<sup>5</sup> Bij de respondenten was de solistisch werkende huisarts ondervertegenwoordigd en de huisarts uit de stad oververtegenwoordigd. Op een na hadden alle academische praktijken een praktijkondersteuner. Vijftien niet-academische praktijken werkten zonder praktijkondersteuner. In een op de drie praktijken had de praktijkondersteuner specifieke taken op het terrein van de ouderenzorg. Een op de zes huisartsen werkte met een multidisciplinair team voor ouderenzorg.

#### Analyse van de eigen praktijksituatie

Tabel 2 laat zien hoe huisartsen over de eigen praktijksituatie oordeelden. Van de huisartsen was 12,3% het eens met de stelling dat de afstemming tussen de eigen praktijk en de tweede lijn goed was. Ruim de helft (55,6%) vond dat de coördinatie voor complexe ouderenzorg in de eigen praktijk zou moeten liggen (oneens 15,8%) en 57,6% was van mening dat de regie bij henzelf hoorde (oneens 15,2%). Overigens vond 64,8% dat de zorg in de eigen praktijk veel beter kon.

#### Oordeel over mogelijke oplossingen

De respondenten onderschrijven de meeste oplossingen die het NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen' geeft: het werken in een multidisciplinair team (61,4% eens), meer consultatiemogelijkheden in de eerste lijn (95,3% eens) en een centrale rol voor de praktijkondersteuner (69,0% eens). Ze zien minder voordelen in de samenwerking met verpleeghuisartsen (nu 'specialisten ouderengeneeskunde' geheten) als hoofdbehandelaars of als teamleden in de huisart-

senvoorziening (respectievelijk 36,6 en 15,5% eens). Een centrale rol voor de POH ondersteunde 69%, hoewel maar 25% vond dat de huidige POH voldoende voor deze rol was toegerust (tabel 3).

#### Prioriteiten

Gevraagd naar prioriteiten zeiden de huisartsen dat ze de hoogste prioriteit geven aan meer mogelijkheden voor consultatie, vooral door psychogeriatrisch deskundigen (76,6%) en geriateren of ouderinternisten (73,6%), en aan de inzet van praktijkondersteuners (72,3%). Minder prioriteit kregen periodieke screening van alle 75-plussers (17,5%) en de daadwerkelijke formatie van een multidisciplinair team (24,7%) (tabel 4). Uit de opmerkingen over dit onderwerp (in de vrije ruimte aan het einde van de enquête) bleek dat sommige huisartsen het multidisciplinaire overleg vooral zien als een tijdverslindende en ondoelmatige bezigheid. Ook maakten ze in dit kader opmerkingen over het risico op betutteling en het onvoldoende benutten

van mogelijkheden die ouderen nog wél hebben.

Als laatste legden we de huisartsen een viertal opties voor. Van hen vond 60,9% dat de werkwijze in de eerste lijn echt anders

**Tabel 1** Kenmerken responderende huisartsen vergeleken met gemiddelden van de Nederlandse huisarts<sup>5</sup> (n = 172)

		% Totaal	% Academisch	% Niet- academisch	% Nederland
Geslacht	man	59,4	61,8	57,8	63,1
Leeftijd	< 40	18,4	5,9	25,7	20,8
	40-49	33,1	39,7	28,7	31,0
	50-59	40,8	41,2	40,6	40,1
	> 60	7,7	13,2	4,0	8,1
Fte gemiddeld	> 0,8	41,4	39,4	42,7	45,9
	0,6-0,8	43,8	42,5	44,7	39,7
	< 0,6	14,8	18,2	12,6	13,4
Soort praktijk	Solo	10,1	9,0	10,8	20,3
	Duo	29,0	31,3	27,5	29,1
	Groepspraktijk	43,8	38,8	47,1	50,6
	Gezondheidscentrum	17,2	20,9	14,7	
Stedelijkheid praktijk	< 5.000 inwoners	13,5	11,9	14,6	12,2
	5.000- 30.000	45,9	41,8	48,5	41,1
	30.000-100.000	7,6	17,9	1,0	28,1
	> 100.000	32,9	28,4	35,9	18,6
Praktijkondersteuner specifiek met ouderenzorg bezig	Ja	33,5	41,2	29,4	-
Samenwerking in multidisciplinair team voor ouderenzorg	Ja	16,2	19,1	14,9	-
Aantal ouderen in eigen praktijk wonend in verzorgingshuis (schatting)	< 10	25,7	23,5	27,2	-
	10-25	38,0	33,8	40,8	-
	25-50	22,8	22,1	23,3	-
	50-100	11,1	17,6	11,1	-
	> 100	2,3	2,9	1,9	-

**Tabel 2** Complexe ouderenzorg in de eigen praktijk (n = 172)

	(Zeer) Eens (%)	Neutraal (%)	(Zeer) Oneens (%)
Complexe ouderenzorg in mijn praktijk kan veel beter	64,8	23,7	11,5
Onze praktijk en de specialisten uit de tweede lijn stemmen de zorg goed op elkaar af	12,3	20,5	67,2
Ik heb voldoende medische kennis om de doelgroep zelf te behandelen en te begeleiden	52,9	30,0	17,1
Ik heb voldoende kennis van welzijnsvoorzieningen om de doelgroep zelf de weg te wijzen	32,0	31,5	35,5
Complexe ouderenzorg is in mijn praktijk te veel versnipperd	43,5	26,5	30,0
Mijn huisartsenpraktijk is de meest aangewezen plek om complexe ouderenzorg te coördineren	55,6	28,6	15,8
Ik werk onvoldoende samen met andere eerstelijnsdisciplines	36,8	18,1	45,1
Ik heb onvoldoende oog voor de behoeften van de mantelzorgers	33,1	20,3	46,5
Complexe ouderenzorg is in mijn praktijk voldoende samenhangend	29,0	40,8	30,2
Ik heb voldoende oog voor de welzijnskant (zoals de Wet Maatschappelijke Ondersteuning) van de doelgroep	19,2	32,4	47,4
Ik ben de meest aangewezen persoon om de regie te voeren over de complexe ouderenzorg	57,6	27,3	15,2

**Tabel 3** Oordeel over mogelijke oplossingen (n = 172)

	(Zeer) Eens (%)	Neutraal (%)	(Zeer) Oneens (%)
Periodieke screening van 75-plussers op complexe problematiek	60,0	17,6	22,4
Huisarts zit in multidisciplinair team dat het zorg- en behandelplan maakt voor alle ouderen uit doelgroep	61,4	21,6	17,0
Verpleeghuisartsen zijn hoofdbehandelaar thuis of in het verzorgingshuis	36,6	14,5	48,8
De praktijkondersteuner (POH) speelt een centrale rol in de zorg voor ouderen met complexe problemen	69,0	21,1	9,9
Praktijkondersteuners zijn voldoende toegerust om die centrale rol te spelen	25,0	27,3	47,7
'Wijkgericht' werken als noodzakelijke voorwaarde	52,6	19,3	28,1
De regie voor complexe ouderenzorg bij de huisartsenpraktijk leggen	87,2	9,4	3,4
Meer proactieve houding door periodieke bezoeken (door huisarts of praktijkondersteuner)	73,7	14,6	11,7
Meer consultatie in de eerste lijn door verpleeghuisartsen, sociaal geriateren of geriateren	95,3	2,9	1,8
Structurele en sluitende afspraken met andere hulpverleners in de eerste lijn over samenhangende zorg	75,3	18,8	6,9
Eén aanspreekpunt in ziekenhuis, zoals een geriater of internist gespecialiseerd in ouderengeneeskunde	85,5	12,8	1,7
Een verpleeghuisarts als teamlid in de huisartsenpraktijk	15,5	29,7	55,8

**Tabel 4** Welke oplossingen hebben prioriteit (n = 172)

	Hoge prioriteit (%)	Enige prioriteit (%)	Geen prioriteit (%)
Een multidisciplinair zorg- en behandelplan	40,3	46,8	12,9
Inzet van begeleiders (casemanagers) met aandacht voor ondersteuning van de oudere en de mantelzorg	35,7	45,6	18,7
Periodieke screening van de gehele populatie 75-plussers	17,5	36,3	46,2
Betere informatievoorziening voor de doelgroep	34,1	50,0	14,9
Formatie van een multidisciplinair team in de eerste lijn	24,7	48,2	27,1
Kennisvermeerdering van huisartsen	43,9	49,7	6,4
Inzet van praktijkondersteuners of gespecialiseerde verpleegkundigen	72,3	21,8	5,9
Proactief volgen door regelmatige huisbezoeken	47,0	39,4	13,6
Meer consultatiemogelijkheden door	57,9	37,4	4,7
– verpleeghuisartsen	53,8	35,7	7,5
– kaderhuisartsen ouderenzorg	56,1	36,3	7,6
– diagnostische experts (klinisch geriaters of internisten)	73,6	25,9	0,5
– psychogeriatrische experts (geriaters, psychiaters)	76,6	22,8	0,6

**Tabel 5** Ideale situatie in de toekomst (n = 172)

	%
De complexe ouderenzorg in Nederland is prima geregeld. Er hoeft weinig veranderd	4,2
Ondersteuning van de huisarts door een POH of verpleegkundige is voldoende om de zorg voor ouderen met complexe problematiek te optimaliseren	32,5
De werkwijze in de eerste lijn moet echt veranderen. Huisartsen moeten meer samenwerken met hulpverleners buiten hun praktijk en multidisciplinair overleg hebben, waarbij de huisarts de regie heeft	60,9
Het roer moet om. Ouderenzorg moet fundamenteel anders georganiseerd, waarbij grootschalige zorgprogramma's worden gestart. De huisarts heeft hierin een bescheiden rol	2,4

moet: huisartsen moeten meer samenwerken met hulpverleners buiten hun praktijk en multidisciplinair overleggen, waarbij de huisarts de regie houdt. Bijna eenderde (32,5%) vond ondersteuning van de huisarts door een POH of verpleegkundige voldoende om de zorg voor ouderen met complexe problematiek te optimaliseren (tabel 5). Uit de gemaakte opmerkingen bleek dat huisartsen mogelijk een onderscheid maken tussen problematiek waarbij psychogeriatrische problemen of cognitieve stoornissen een rol spelen en problematiek waarbij dat niet het geval is. Vooral als er sprake was van louter fysieke problemen voldoet volgens verschillende huisartsen ondersteuning door een POH. In geval van psychogeriatrische problematiek of cognitieve stoornissen is multidisciplinair overleg en samenwerking gewenst.

#### Verschillen academisch en niet-academisch

Academische en niet-academische huisartsen verschilden over het algemeen weinig in hun opvattingen en hun inschatting van de eigen praktijksituatie. De univariate analyses lieten slechts enkele significante verschillen zien tussen academische en niet-academische huisartsen. Academische huisartsen vonden vaker dat ze oog hadden voor de welzijnskant ( $p = 0,014$ ) en minder vaak dat verpleeghuisartsen hoofdbehandelaar zouden moeten zijn ( $p = 0,013$ ). Academische huisartsen waren vaker voor één aanspreekpunt in het ziekenhuis ( $p = 0,002$ ) en vonden minder vaak dat periodieke screening zinnig was ( $p = 0,047$ ). Vanwege de geringe verschillen voerden we verder geen multivariate analyses uit.

#### Beschouwing

Veel huisartsen zijn van mening dat de zorg voor ouderen met complexe problematiek beter kan en vinden dat ze zelf relatief weinig oog hebben voor de welzijnskant. Toch geven ze aan dat de zorg voor de oudere met complexe problematiek in de huisartsenpraktijk moet plaatsvinden. Er is een grote behoefte aan mogelijkheden voor consultatie. Opvallend is dat relatief weinig huisartsen iets zien in de participatie van een verpleeghuisarts in het eerstelijns-team. De meeste huisartsen leggen de prioriteit vooral bij het inzetten van praktijkondersteuners en de ontwikkeling van mogelijkheden voor consultatie. In die zin onderschrijven huisartsen globaal de probleemanalyse van het NHG-Standpunt en ondersteunen ze de meeste adviezen die daarin zijn opgenomen. Er is geen verschil tussen de academische huisartsen en de huisartsen zonder academische taakstelling.

#### Sterke punten

Dit onderzoek naar de mening van huisartsen over de ouderenzorg vond plaats onder een grote groep huisartsen in de regio Nijmegen en omstreken. We hebben alle regionale huisartsen per e-mail aangeschreven, met een bijgevoegde aanbeveling van sleutelfiguren in de regio. Daardoor is de groep sterk representatief voor de regio waarin we het onderzoek deden. Bovendien richtten wij ons specifiek op de punten die men in de problematiek rondom ouderenzorg als kernpunten bestempelt. Daardoor sluit het goed aan bij het NHG-Standpunt. Met behulp van de uitkomsten van het onderzoek kunnen de voorgenomen regionale projecten vorm krijgen.

#### Beperkingen

De respons op de enquête was met 53% niet optimaal. Meestal neemt men aan dat de kans op bias klein wordt bij een respons van 70% of meer.<sup>6</sup> In de afgelopen jaren neemt de gemiddelde respons op vragenlijsten helaas af. Er is wel toenemend bewijs dat vragenlijstonderzoek per internet niet meer responsbias veroorzaakt dan schriftelijk vragenlijstonderzoek.<sup>7</sup> Een belangrijke oorzaak van non-respons in ons onderzoek is mogelijk dat e-mailadressen snel wisselen, waardoor we een aantal huisartsen niet konden bereiken. Een vragenlijstonderzoek heeft verder het nadeel dat respondenten geneigd zijn sociaal wenselijk te antwoorden. Het is echter vrijwel de enige mogelijkheid om een representatieve groep



naar zijn mening te vragen. In die zin geeft dit onderzoek toch een goede indruk van de wijze waarop huisartsen in de regio Nijmegen over complexe ouderenzorg denken. De externe validiteit is echter beperkt en de resultaten kunnen niet zomaar naar Nederland worden gegeneraliseerd. Wij verwachten evenwel niet dat er erg grote verschillen zullen zijn. Verder betreft het onderzoek de mening van huisartsen en weerspiegelen de resultaten niet per se de mening van de ouderen zelf of hun mantelzorgers.

Bij de implementatie van het NHG-Standpunt en bij projecten in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg in de regio zal men rekening houden met de uitkomsten van dit onderzoek. Terwijl men periodieke screening van de populatie, multidisciplinaire samenwerking en de inzet van casemanagers vaak ziet als belangrijkste mogelijkheden tot verbetering van de eerstelijnszorg voor ouderen, leggen de huisartsen zelf meer prioriteit bij de inzet van de goed opgeleide praktijkondersteuners, bij consultatiemogelijkheden vanuit de tweede lijn, en bij de ontwikkeling en inzet van zorgplannen. De toekomst zal moeten uitwijzen welke samenwerkingsvormen het meest gewenst en effectief zijn. Waarom de huisartsen medebehandeling door verpleeghuisartsen niet in belangrijke mate onderschreven, weten we niet. Het recente LJVH-standpunt 'Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis' biedt voor deze samenwerking wel verdere aanknopingspunten.<sup>8</sup>

Wij verwachtten vóór het onderzoek dat academisch werkende huisartsen een andere visie zouden hebben op complexe ouderenzorg dan huisartsen zonder academische taak. We veronderstelden dat de eerste groep meer veranderingsgezind was. Dat bleek niet het geval. Overigens komt dat wel overeen met wat wij eerder vonden in onderzoek naar continuïteit in de zorg. Ook daar dachten opleiders niet wezenlijk anders dan andere huisartsen.<sup>9</sup> Het lijkt dus niet noodzakelijk om grotere transitieprojecten in het kader van de ouderenzorg vanwege visieverschillen te starten in een academische omgeving, hoewel de animo om aan dergelijk onderzoek mee te doen bij deze groep groter is. Uiteraard kunnen daarvoor wel andere redenen zijn.

### Conclusie

Concluderend kunnen we stellen dat huisartsen mogelijkheden zien om de ouderenzorg in de huisartsenpraktijk te verbeteren. Ze onderschrijven de oplossingsrichtingen uit het NHG-Standpunt. De huisartsen zijn bovendien gemotiveerd om de samenwerking met andere hulpverleners in eerste en tweede lijn te verbeteren. In die zin lijkt er bij huisartsen ruimte voor ouderenzorg waarin de huisarts niet alles zelf doet, maar waarin hij veel met anderen samenwerkt.<sup>10</sup> Het inzetten van praktijkondersteuners voor ouderenzorg en het verruimen van consultatiemogelijkheden lijken op dit moment de meest kansrijke mogelijkheden.

### Dankbetuiging

Het onderzoek is uitgevoerd namens het netwerk ZOWEL NN (Zorg voor Ouderen en Welzijn Netwerk Nijmegen). Met dank aan de deelnemende huisartsen.

### Abstract

Schers HJ, Koopmans R, Olde Rikkert M. General practitioners and the vulnerable elderly. An Internet survey among general practitioners. *Huisarts Wet* 2009;52(13):626-30.

**Aim** Many general practitioners have elderly patients on their lists. We evaluated the opinions of GPs regarding the care for elderly patients provided in their practices, the Dutch College of General Practitioners (NHG) Viewpoint General Practice Medicine in the Future 'General practice medicine for elderly patients', and changes they would like to see implemented.

**Method** A questionnaire distributed among 324 GPs in Nijmegen and surrounding area.

**Results** The response rate was 53,1%. Of the respondents, 64,8% thought that the care of elderly patients with complex problems provided in their practice could be improved, whereas 19,2% thought that their practice paid sufficient attention to well being. In total 87,2% of respondents thought that elderly care should be managed at a general practice level and 95,3% thought that there should be more possibilities for consultation. More than half of the respondents (61,4%) favoured a multidisciplinary approach and working with treatment plans; 33,1% thought that geriatricians/gerontologists should function in the first-line team. Of the respondents, 72,3% considered the introduction of a practice support team to be high priority and 59,9% the possibility for consultation in the first line, and especially regarding geriatric assessment (73,6%) and psychogeriatrics (76,6%)

**Conclusion** GPs agree with the NHG analysis regarding problems in the care for elderly patients and support most of the suggested solutions. Initiatives for the first-line multidisciplinary care of elderly patients managed by GPs could be successful, especially if there is the possibility to consult with other professionals and specialists.

### Literatuur

- 1 Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Lagro-Janssen ALM, Schers HJ. Ziekten in de huisartsenpraktijk. Vijfde druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2003.
- 2 Gezondheidsraad. Multimorbiditeit bij ouderen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007;U-1098.
- 3 Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.
- 4 Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/01.
- 5 Hingstman L, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen 2008. [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl) (geraadpleegd 21 juli 2009).
- 6 Lydeard S. The questionnaire as a research tool. *Fam Pract* 1991;8:84-91.
- 7 Cook C, Heath F, Thompson R. A meta-analysis of response rates in web- or internet-based surveys. *Educ Psychol Meas* 2000;60:821-36.
- 8 LHV-Handreiking Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Utrecht: LHV, 2009.
- 9 Schers HJ, Van de Ven C, Van de Hoogen HJM, Grol RPTM, Van den Bosch WJHM. Family medicine trainees still value continuity of care. *Fam Med* 2004;36:51-4.
- 10 Koopmans R, Schers HJ. Heel de oudere. *Med Contact* 2008;13:558-60.