

Literatuur

- 1 Garraway WM, Collins GN, Lee RJ. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. *Lancet* 1991;338:496-71.
- 2 Barry MJ, Fowler FJ, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebust WK, et al. and the Measurement Committee of the American Urological Association. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 1992;148:1549.
- 3 Wolfs GGMC, Knottnerus JA, Janknegt RA. Prevalence and detection of micturition problems among 2.734 elderly men. *J Urol* 1994;152:1467-70.
- 4 Wolters RJ, Spigt MG, Van Reedt Dorland PFH, Gercema AJ, Klomp MLF, et al. NHG-Standaard Bemoelijkte mictie bij oudere mannen (tweede herziening). www.nhg.org.
- 5 Van der Heide WK. Mannen met plasklachten in de huisartspraktijk (proefschrift). Groningen: Rijks Universiteit Groningen, 2006.
- 6 Thomas S. De standaard 'Bemoelijkte mictie bij oudere mannen' (tweede herziening) van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de huisartsgeneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1549-50.
- 7 Schenk-Braat EA, Bangma CH. De zoektocht naar betere markers voor prostaatkanker dan prostaatspecifiek antigeen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150:1286-90.
- 8 Van der Veen WJ, Meyboom-de Jong B. Age and gender. In: Jones R, Britten, N, Culpepper, L, Gass, DA, Grol, R, Mant D, et al., editors. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- 9 Wolters R, Wensing M, Van Weel C, Grol RPTM. The effect of a distance learning programme on patient self management of lower urinary tract symptoms (LUTS) in general practice: a randomized controlled trial. *Eur Urol* 2004;46:95-101.
- 10 Taylor KL, Shelby R, Kerner J, Redd W, Lynch J. Impact of undergoing prostate carcinoma screening on prostate carcinoma-related knowledge and distress. *Cancer* 2002;95:1037-44.
- 11 Gattellari M, Young JM, Ward J. GP and patient predictors of PSA screening in Australian general practice. *Fam Pract* 2003;20:294-303.
- 12 Bonneux L. De onredelijkheid van prostaatkankerscreening en de ethische problemen met het onderzoek daarnaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149: 966-71.
- 13 Little B, Ho KJ, Gormley G, Young M. PSA testing in general practice. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2003;6:154-8.
- 14 Schröder FH, Denis LJ, Roobol M, Nelen V, Auvinen A, Tammela T, et al. The story of the European randomized study of screening for prostate cancer. *BJU Int* 2003;92:1-13.
- 15 Steyerberg EW, Roobol MJ, Kattan MW, Van der Kwast TH, De Koning HJ, Schroder FH. Prediction of indolent prostate cancer: validation and updating of a prognostic nomogram. *J Urol* 2007;177:107-12.
- 16 Sorum PC, Mullet E, Shim J, Bonnin-Scaon S, Chasseigne G, Cogneau J. Avoidance of anticipated regret: the ordering of prostate-specific tests. *Med Decis Making* 2004;24:149-59.

Klinische les

De verpleeghuisarts in consult: winst voor huisarts en patiënt

EF van Dam van Isselt, JMGA Schols, MLP Hageman

Inleiding

Nederland vergrijsst. Het aantal 65-plussers en chronisch zieken zal tussen nu en 2030 fors toenemen.¹ Naar verwachting zal het aantal zorgbehoevende ouderen eveneens sterk groeien. Het aantal verpleeghuisbedden houdt echter geen gelijke tred met deze trend. Ouderen met complexe problematiek die voorheen in het verpleeghuis werden opgenomen, zullen in toenemende mate langer in hun eigen woonomgeving blijven. De vraag dient zich aan wie voor deze ouderen de medische zorg zou moeten bieden en welke kwaliteit deze medische zorg moet hebben?

Auteursgegevens

Stichting Sutfene, Postbus 283, 7200 AG Zutphen: drs. E.F. van Dam van Isselt en drs. M.L.P. Hageman, verpleeghuisartsen; Departement Tranzo, Universiteit van Tilburg; tevens Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde: Universiteit Maastricht: prof. dr. J.M.G.A. Schols, verpleeghuisarts, hoogleraar chronische zorg.

Correspondentie: LvanDamvanIsselt@cs.com

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De verpleeghuisarts ontwikkelt zich inmiddels steeds meer tot een 'algemeen geriater' die de intramuraal opgebouwde expertise ook buiten de deuren van het verpleeghuis zou moeten kunnen toepassen. Toch komt het extramuraal werken van verpleeghuisartsen maar moeizaam van de grond.^{2,3} Huisarts en verpleeghuisarts werken nog (te) weinig samen en lijken zelfs van elkaar vreemd.²⁻⁴

De consultatiefunctie van de verpleeghuisarts is in onze ogen een goed vertrekpunt om de samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts op het gebied van ouderenzorg meer vorm en inhoud te geven.

Hieronder beschrijven wij drie patiënten bij wie de huisarts de verpleeghuisarts in consult vroeg. Aan de hand van de geschetste casuïstiek laten wij de mogelijkheden van consultatie van de verpleeghuisarts zien.

De heer Van Wijnen

De heer Van Wijnen is een 86-jarige man die samen met zijn echtgenote in een gelijkvloers, niet-aangepast appartement woont. 's Nachts is hij al langere tijd erg onrustig. De huisarts vraagt

de verpleeghuisarts in consult om de persisterende nachtelijke onrust te analyseren en om te adviseren omtrent het beleid.

De medische voorgeschiedenis vermeldt diabetes mellitus type 2 en prostaatacarcinoom waarvoor de heer Van Wijnen gliclazide, metformine en bicalutamide als medicatie gebruikt. De huisarts was al gestart met 2 mg haloperidol en 10 mg temazepam voor de nachtelijke onrust. Sinds ongeveer 3 weken heeft de heer Van Wijnen een suprapubische katheter vanwege retentieproblematiek. Volgens de huisarts gaat hij langzaam in zijn mobiliteit achteruit. De verpleeghuisarts neemt bij de patiënt een anamnese en bij zijn echtgenote een heteroanamnese af. De heer van Wijnen blijkt de laatste tijd 's nachts erg onrustig waarbij hij gaat woelen, vaak uit bed gaat en verward reageert. Hij klaagt daarbij regelmatig over hongergevoelens. Met name zijn echtgenote heeft veel last van de nachtelijke onrust en dreigt overbelast te raken. Daarnaast zijn er praktische problemen met de katheter en het ophangstelsel. 's Nachts heeft hij last van urinelekkage wat ook veel onrust geeft. Lichamelijk onderzoek en screenend neurologisch onderzoek tonen een verhoogde spiertonus met enige rigiditeit en duidelijke startproblemen, lichte evenwichtsstoornissen en een gestoorde *timed get up and go-test* (kader). Er worden geen alarmerende afwijkingen bij screenend cognitief onderzoek gevonden. De MMSE-score is 28 bij een maximale score van 30.

Timed get up and go-test

Aan de patiënt die op een stabiele stoel zit, wordt gevraagd op te staan, 3 meter vooruit te wandelen, zich om te draaien, terug naar de stoel te wandelen, zich opnieuw om te draaien en te gaan zitten. De tijd wordt gemeten die nodig is om de oefening af te maken. Een score van 10 seconden is normaal, 11-20 seconden past bij kwetsbare ouderen, > 20 sec vereist verdere evaluatie.

Probleemanalyse en advies

De verpleeghuisarts constateert een persisterende nachtelijke onrust met hoog valrisico, mogelijk als gevolg van nachtelijke hypoglykemie en urinelekkage, met als gevolg (dreigende) overbelasting van de partner waardoor de thuissituatie dreigt vast te lopen. De heer Van Wijnen heeft een verhoogde rigiditeit en startproblemen, mogelijk door haloperidol.

De verpleeghuisarts adviseert om de glucosedagcurve te registreren met een extra meting 's nachts en op basis daarvan aanpassing van de diabetesmedicatie te overwegen. Daarnaast raadt hij aan de haloperidol af te bouwen en uiteindelijk te staken vanwege het valrisico en het ontbreken van een duidelijke indicatie en de temazepam te handhaven. Verder zou een incontinentieverpleegkundige van de thuiszorg moeten worden ingeschakeld om naar de katheterproblemen te kijken. Een fysiotherapeut zou kunnen werken aan verbetering van de sta- en loopfunctie van de heer Van Wijnen om zo het valrisico zo veel mogelijk te beperken.

Vervolg

Op geleide van de glucosemetingen kon de metformine worden

gestaakt. De glucosewaarden bleken inderdaad relatief laag te zijn, met name in de vroege ochtend. Met het advies van de incontinentieverpleegkundige om een langere katheterslang en ander ophangstelsel te gebruiken was het urinelekkageprobleem verholpen. Het echtpaar kon hierdoor weer goed slapen. De haloperidol kon worden afgebouwd en de mobiliteit van de heer Van Wijnen verbeterde waardoor het valrisico afnam. Het echtpaar heeft nog een jaar in het appartement gewoond tot mevrouw Van Wijnen ernstig ziek werd. Zij werd in het verpleeghuis opgenomen; de heer Van Wijnen is inmiddels opgenomen in een verzorgingshuis.

Mevrouw Gispen

Mevrouw Gispen is 79 jaar en woont alleen in een vrijstaande gelijkvloerse bungalow vol met meubels. De huisarts vraagt de verpleeghuisarts in consult om advies over de toenemende zorgproblemen. Mevrouw Gispen heeft forse mobiliteitsproblematiek. Ten gevolge van artrose heeft zij een duidelijke valgusstand van de linker knie. Daarnaast zijn er klachten van angina pectoris (status na 3 x PTCA), COPD en forse obesitas. Dientengevolge kan er geen operatie aan de knie plaatsvinden. Ondanks het feit dat de thuiszorg inmiddels is ingezet, doet mevrouw Gispen een groot beroep op haar kinderen voor zorgondersteuning en raadpleegt ze ook regelmatig haar huisarts.

De verpleeghuisarts neemt een anamnese bij mevrouw af en een heteroanamnese bij de dochter. In verband met de artrose kan mevrouw Gispen nog maar kleine stukjes lopen en maar heel kort zelfstandig staan. In de huiskamer maakt zij gebruik van een stapstoel, maar in de keuken wordt het gebruik van de keukenstoel steeds moeilijker. Ook staan bij het aanrecht wordt steeds meer een probleem. Fysiotherapie biedt geen soelaas meer en een verwijzing naar de diëtiste vanwege haar overgewicht heeft zij altijd afgewezen. Een eerste oriëntatie met betrekking tot de keuken, de loopruimte en de inrichting van de woonkamer laat zien dat de inrichting van deze ruimten, in combinatie met de mobiliteitsproblematiek, zeker aandacht behoeft.

Lichamelijk onderzoek bevestigt de sta- en loopproblematiek en de matige cardiopulmonale conditie waarin mevrouw verkeert.

De verpleeghuisarts spreekt vervolgens uitgebreid met mevrouw Gispen en haar aanwezige dochter over de beperkingen van mevrouw, wat er voor haar nog mogelijk is en hoe haar toekomst eruit zou kunnen zien (verzorgingshuis/verpleeghuis). Mevrouw Gispen ziet zelf ook duidelijk dat zij achteruitgaat. Zij had gehoopt om, na de dood van haar man, altijd in haar eigen woning te kunnen blijven wonen. Daarom heeft ze andere gedachten over de toekomst altijd weggelaten en wilde ze er nooit over praten. Ze realiseert zich echter wel dat de kans groot is dat het thuis niet meer lang goed zal gaan. Toch vindt ze de stap naar het verzorgingshuis erg moeilijk.

Probleemanalyse en advies

De verpleeghuisarts constateert dat mevrouw Gispen steeds meer zorg nodig heeft. Mevrouw heeft adipositas, een matige conditie en forse mobiliteitsproblemen. De huidige woonruimte is boven-

dien onvoldoende ingesteld op de beperkingen van betrokkene. Hij adviseert de huisarts het algemeen maatschappelijk werk in te schakelen om informatie te verkrijgen over de verschillende verzorgingshuizen in de buurt. De huisarts kan afdeling ergotherapie van het verpleeghuis in consult vragen voor advies over de inrichting van de woning, aanpassingen aan de stoel en het inzetten van een rolstoel.

Vervolg

De kinderen waren opgelucht en ook verbaasd dat hun moeder bereid was om na te denken over de toekomst. Sinds het consult praat mevrouw Gispen met haar kinderen regelmatig over haar toekomst. De ergotherapeut heeft adviezen gegeven over de inrichting van de woning. De huisarts heeft een aanvraag gedaan voor een trippelrolstoel met elektrische hoog/laagverstelling, een hoog/laagbed om de mobiliteit te verhogen en een antidecubituskussen; deze zijn inmiddels verstrekt en goed bevallen.

Mevrouw Gispen heeft informatie gekregen over verzorgingshuizen. Ze is bij een verzorgingshuis gaan kijken en heeft uiteindelijk getekend om een indicatie aan te vragen.

Mevrouw Van Zweeden

Mevrouw Van Zweeden is een 82-jarige gegoede dame die alleen woont in een groot herenhuis en geen familie meer heeft. De huisarts vraagt aan de verpleeghuisarts of hij haar toestand wil beoordelen en wil adviseren over haar toenemende vergeetachtigheid, achterdocht en dwalen.

Voor haar hypertensie gebruikt mevrouw eenmaal daags 25 mg hydrochloorthiazide.

Om het probleem te verhelderen neemt de verpleeghuisarts een heteroanamnese af bij de buurvrouw die de mantelzorg verleent en ook haar mentor is. Mevrouw Van Zweeden is altijd ongehuwd geweest en heeft een hoge functie bekleed. Al vele jaren is er een intensief en goed contact tussen beide burens. Mevrouw Van Zweeden is de laatste jaren steeds vergeetachtiger geworden. Ze wordt bovendien steeds achterdochtiger. Overdag dwaalt ze af en toe in de buurt. Een week geleden is ze voor het eerst 's avonds laat buiten op straat aangetroffen. Ze zorgt ook steeds minder goed voor zichzelf, eet en drinkt volgens de buurvrouw matig en is ook afgevallen. Ze weigert hulp van derden. In verband met de achterdocht en de afweer heeft de huisarts al TOP-zorg (thuiszorgondersteuning psychogeriatric) ingezet met als doel vertrouwen op te bouwen, crisis en/of ontwrichting te voorkomen en de zorg te stabiliseren. Het is niet gelukt vertrouwen op te bouwen; mevrouw weigerde de geboden zorg en was na elk bezoek erg van streek. Bij navraag bleek dat zij door voorvallen in het verleden vooral achterdochtig was naar mannen en de TOP-zorg werd juist verleend door een man. De laatste tijd gaat mevrouw snel achteruit, met name in mobiliteit en conditie.

Lichamelijk onderzoek toont een magere vrouw met een gewicht van 55 kg bij een lengte van 1,80 m, een bloeddruk van 110/50 mmHg, pols 75 regulair en equaal. De slijmvliezen zijn droog en de huidturgor is verlaagd. Aan hart, longen en abdomen worden geen

bijzonderheden gevonden. Screenend cognitief onderzoek laat cognitieve functiestoornissen zien: de MMSE-score was 17 bij een maximale score van 30. Mevrouw Van Zweeden is duidelijk gedesorïenteerd in tijd, plaats en persoon en heeft geen ziekte-inzicht. Bij neurologisch onderzoek vindt de verpleeghuisarts geen bijzonderheden, met name geen klinische aanwijzingen voor een eventueel doorgemaakt CVA.

Probleemanalyse en advies

Mevrouw Van Zweeden heeft evidente geheugenstoornissen, wijst de aangeboden zorg af en dwaalt op straat. Dit alles is waarschijnlijk terug te voeren op een dementiesyndroom. Zij verkeert in een slechte voedingstoestand en is gedehydrateerd als gevolg van slecht eten en drinken in combinatie met diureticagebruik; hierdoor zijn ook haar mobiliteit en conditie achteruitgegaan. Er is beperkte mantelzorg die overbelast dreigt te raken en er is een duidelijk risico op het vastlopen van de thuissituatie.

De verpleeghuisarts adviseert nader laboratoriumonderzoek te laten plaatsvinden, met name om de nierfunctie te bepalen. In afwachting van de uitslagen van het laboratoriumonderzoek moet de behandeling met hydrochloorthiazide worden gestaakt. Verder is het raadzaam opnieuw TOP-zorg in te zetten, maar nu door een vrouw met specifieke aandacht voor de voeding. De huisarts zou het maatschappelijk werk kunnen vragen om de buurvrouw nadere voorlichting (psycho-educatie) over dementie te kunnen geven. Tot slot geeft de verpleeghuisarts de huisarts in overweging mevrouw naar een klinisch geriater (geheugenpoli) te verwijzen voor nadere diagnostiek naar een dementiesyndroom.

Vervolg

Mevrouw Van Zweeden accepteerde wel de hulp van een vrouw. Door middel van TOP-zorg werd toegewerkt naar een particuliere hulp, maaltijdverzorging (tafeltje-dek-je) en toezicht bij het gebruiken van de maaltijd. De buurvrouw werd op deze manier ontlast. Het laboratoriumonderzoek toonde inderdaad het beeld van dehydratie, reden voor de huisarts om de hydrochloorthiazide definitief te staken. Er ontstond zo een houdbare en relatief stabiele situatie. Mevrouw werd nog niet verwezen naar de klinisch geriater. Nadat zij nog zeven maanden thuis heeft kunnen wonen, is ze opgenomen in een particulier verpleeghuis.

Beschouwing

In 1987 werd de consultatiefunctie van verpleeghuisartsen formeel operationeel.^{5,6} Hierbij kan de huisarts advies vragen aan de verpleeghuisarts ten behoeve van patiënten thuis en in het verzorgingshuis die complexe (geriatische) problemen hebben. Inmiddels geldt er voor deze functie ook een officieel tarief.⁷ Aangezien het hier om een incidentele bijdrage aan het behandelplan van de huisarts gaat, is een indicatie van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) niet vereist.

Het doel van de verpleeghuisgeneeskunde is het behouden of bereiken van het voor de betrokken patiënt optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven. Hiervoor zijn zowel

diagnostiek en behandeling (*cure*) als zorg (*care*) noodzakelijk en beschikbaar. In de geschetste casuïstiek komt naar voren dat de verpleeghuisarts zijn medisch geriatische deskundigheid verbindt met deskundigheid op het gebied van zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement. Hierbij hanteert de verpleeghuisarts een integrale, probleemgeoriënteerde methode van diagnostiek en interventies op het niveau van ziekten en ziektegevolgen en van het zorgsysteem. Deze werkwijze maakt het ook mogelijk om te anticiperen op complexe problematiek waardoor mensen langer in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen. Daarbij werkt de verpleeghuisarts bovendien vanuit een multidisciplinair team; hij heeft daarmee goed toegang tot de verschillende professionals, zoals fysiotherapeut, psycholoog, geriatrisch verpleegkundige en ergotherapeut, en kan hen, waar nodig, complementair inzetten. Deze integrale, multidisciplinaire en anticiperende werkwijze van de verpleeghuisarts heeft een duidelijke meerwaarde voor de huisarts als het gaat om thuiswonende chronisch zieken of ouderen met complexe problematiek en multimorbiditeit.

Consultatiefunctie weinig gebruikt

Onderzoek uit 1998 liet zien dat er destijds nog weinig gebruik werd gemaakt van deze consultatiefunctie.² In 2005 hielden wij een nieuwe landelijke enquête onder alle verpleeghuizen waaruit bleek dat de consultfrequentie ten opzichte van 1998 zelfs nog gedaald was.⁸

In het licht van de demografische ontwikkelingen en de landelijke ontwikkelingen binnen de ouderenzorg is dit op z'n minst een opmerkelijk feit. Het streven is immers gericht op het zo lang mogelijk thuis laten wonen van fragiele ouderen met somatische en/of psychogeriatrische problematiek. Dit legt een forse last op de thuiszorg en de huisartsenzorg, die beide toch al onder druk staan.

Het spaarzame gebruik van de consultatiefunctie hangt waarschijnlijk samen met het feit dat veel huisartsen feitelijk onbekend zijn met de expertise van het verpleeghuis in het algemeen en de verpleeghuisarts in het bijzonder.³

De verpleeghuisarts zelf werkt daarbij ook nog te veel institutioneel, wat een integrale ketenbenadering van de chronische patiënt, die belang heeft bij zinnige en zuinige zorg vanuit een geïntegreerde eerste lijn, niet bevordert.⁴ Verpleeghuisartsen hebben hun expertise dus zelf ook nog te weinig buiten de zorginstelling geprofileerd.

Nieuwe ontwikkelingen

Toch is de consultatiefunctie van verpleeghuisartsen nog steeds een goed uitgangspunt voor een flexibel complementair samenwerkingsverband tussen huisarts en verpleeghuisarts.^{3,9}

De recente fusie tussen de huidige verpleeghuisgeneeskunde en

de sociale geriatrie leidt in de nabije toekomst bovendien tot een nog completer 'generalistisch specialisme voor ouderen en chronisch zieken' en tot een nieuw type verpleeghuisarts die, als goede en complementaire samenwerker, in de totale medische as voor ouderen een nog grotere toegevoegde waarde kan hebben. Een generalistisch specialist ook die niet meer per se aan de locatie van het verpleeghuis gebonden is, maar die (onder andere op consultbasis) complementair kan inspringen ongeacht waar de cliënt zich ook bevindt.¹⁰

De toekomstige ontwikkelingen in de chronische zorg en ouderenzorg vragen om een breed en geïntegreerd aanbod aan medische zorg in de eigen omgeving van de patiënt met complexe problematiek. Dit vereist inspanningen van en in de totale medische as voor ouderen.

De winst hiervan lijkt onmiskenbaar en sluit bovendien aan bij de visie van het ministerie van VWS ten aanzien van de toekomstige eerstelijnszorg.^{4,11}

Met dit artikel hebben wij laten zien dat een consult door de verpleeghuisarts een meerwaarde voor huisarts en patiënt heeft. Het is nu aan huisartsen en verpleeghuisartsen zelf om aan hun onderlinge samenwerking verder vorm te geven. Dat hier een uitdaging ligt, is onmiskenbaar.

Literatuur

- 1 RIVM. Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2006; www.rivm.nl.
- 2 Schols JMGA, De Veer AJE, Kerkstra A, Diederiks JPM, Koopmans RTCM, Sturmans F, et al. Variatie in samenwerkingsintensiteit tussen verpleeghuisarts en huisarts in Nederland. TSG 2000;6:367-72.
- 3 Schols JMGA. Nadere beschouwing van de samenwerking tussen verpleeghuisarts en huisarts; variatie in continuïteit van medische zorg gerelateerd aan diverse samenwerkingsvariabelen (proefschrift). Universiteit Maastricht, 2000.
- 4 Van den Homberg P, Groot Roessink B, Van der Velden J. Zinnig en Zuinig. Medische zorg in een brede eerste lijn kan veel winst opleveren. Med Contact 2006; 61:372-5.
- 5 Ziekenfondsraad (ZFR). Consultatiefunctie verpleeginrichtingen. Nr. 320. Amstelveen: ZFR, 1986.
- 6 Schols JMGA, Te Wierik MJM. Verpleeghuiszorg buiten de muren: dagbehandeling, consultatie en substitutieprojecten. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137:2717-22.
- 7 College Tarieven Gezondheidszorg. 2005. beleidsregel CA-23 en CA-24. www.ctg-zaio.nl.
- 8 Van Dam van Isselt EF, Schols JMGA. De consultatiefunctie van verpleeghuisartsen; een te weinig benutte toegevoegde waarde. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie [geaccepteerd voor publicatie].
- 9 NVVA/LHV. Arts en ouderenzorg: uitdagende zorg. Een stap vooruit in de samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts. Utrecht: NVVA/LHV, 1998.
- 10 NVVA. Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater. Utrecht: NVVA, 2003.
- 11 Ministerie VWS. De toekomstbestendige eerstelijnszorg. Kamerstuk 21 november 2003; www.minvws.nl.