

Trefwoorden

- Deskundigheidsbevordering
- Eerstelijnszorg
- Kwetsbare ouderen
- Ouderenzorg

Samenvatting

In het EASYcareGIDS- project leren koppels van huisartsen en verpleegkundigen/praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen met behulp van het EASYcare-instrument een passend zorg- en behandelplan voor kwetsbare ouderen op te stellen. Centraal in de training staat het leren aan de hand van reflectie op casuïstiek van patiënten uit de eigen praktijk door middel van coaching door een geriatrisch verpleegkundig consultant (voor de verpleegkundigen) en een huisarts-onderzoeker (voor de huisartsen).

Auteurs

Marleen Lenkens en **Leny Theunisse** zijn verpleegkundig consultant bij het Kenniscentrum Geriatrie, UMC St Radboud/ Alzheimer Centrum Nijmegen.

Irena Draškovic is cognitief psycholoog bij de Afdeling Kwaliteit van Zorg van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Marieke Perry is huisarts-onderzoeker bij het Kenniscentrum Geriatrie, UMC St Radboud/Alzheimer Centrum Nijmegen.

Prof. dr. Marcel Olde Rikkert is klinisch geriater en Hoofd Kenniscentrum Geriatrie, UMC St Radboud/Coördinator Alzheimer Centrum Nijmegen

Correspondentieadres:

easycare@umcn.nl, tel. (024) 361 67 72

Onderwerp van dit artikel is het proces van casusleren bij verpleegkundigen die aan het EASYcareGIDS-project hebben deelgenomen, met de leereffecten en in de praktijk optredende knelpunten.

Casusleren in de zorg voor kwetsbare ouderen

Door de toenemende vergrijzing groeit het aandeel van de geriatrische problematiek in de eerste lijn. Huisartsen en verpleegkundigen¹ kunnen een belangrijke rol spelen bij het opvangen van signalen die op geriatrische problemen wijzen en bij het inzetten van interventies ter verbetering van het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen.

Door onzekerheid en onvoldoende ontwikkelde competenties bij hulpverleners worden de problemen van kwetsbare ouderen lang niet altijd voldoende in kaart gebracht en opgelost. Dit leidt tot frustratie bij de ouderen, hun mantelzorgers en de hulpverleners zelf, met als gevolg een verstoorde balans in de thuissituatie en acute zorgvragen. Om deze problematiek het hoofd te bieden is het EASYcareGIDS-project opgezet. Daarin worden koppels van huisartsen en praktijkondersteuners getraind in het in kaart brengen van problemen van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers (zie kader 1). Zij leren met behulp van het EASYcare-instrument een passend zorg- en behandelplan op te stellen. Centraal in de training staat het casusleren: leren aan

de hand van reflectie op casuïstiek van patiënten uit de eigen praktijk. Dit gebeurt door middel van coaching door een geriatrisch verpleegkundig consultant (voor de verpleegkundigen) en een huisarts-onderzoeker (voor de huisartsen).

De deelnemende verpleegkundigen

In het EASYcareGIDS- project hebben tot nu ruim 90 verpleegkundigen ervaring opgedaan met het casusleren. Van hen is 60 procent praktijkondersteuner (praktijkverpleegkundige werkzaam als praktijkondersteuner) en 40 procent wijkverpleegkundige.

De deelnemende verpleegkundigen zijn vrijwel uitsluitend vrouw en hebben een gemiddelde leeftijd van 42 jaar. Hun ervaring in de zorg aan ouderen varieerde van geen of nauwelijks tot 30 jaar ervaring. Slechts een enkele deelnemer heeft een module ouderenzorg gevolgd. In de praktijk wordt door deze groep verpleegkundigen doorgaans geen gebruik gemaakt van (diagnostische) instrumenten en/of richtlijnen om geriatrische problematiek in kaart te brengen. De verpleegkundigen gaven bij de start

Trainingsprogramma in het EASYcareGIDS-project

- Scholingsbijeenkomsten
 - Workshop voor huisartsen en verpleegkundigen gezamenlijk
 - Workshop voor huisartsen en verpleegkundigen afzonderlijk
- Individuele coaching
 - Casusleren
 - Afname geriatrische anamnese m.b.v. het EASYcare-instrument
- Leermiddelen
 - Handleiding dementie
 - Toegang tot een internetforum

Kader 1

van het trainingsprogramma aan de zorg voor ouderen niet als erg ingewikkeld te ervaren en ze waren van mening dat het afnemen van een anamnese bij ouderen niet extra veel tijd kost. Het merendeel van de deelnemers schatte hun vaardigheid om de zorgbehoeften van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers te inventariseren hoog in. Minder positief waren de verpleegkundigen over hun kennis van de sociale kaart en over hun vaardigheden in het opstellen van een zorgplan bij dementie. Bijna unaniem gaven ze aan meer training nodig te hebben om adequate zorg aan kwetsbare ouderen te kunnen bieden.

Casusleren

Doel

Het belangrijkste doel van het casusleren is het leren afnemen van een geriatrische anamnese met behulp van het EASYcare-instrument (zie kader 2) en het verzamelen van gegevens via observatie tijdens het huisbezoek. De focus ligt vooral op het in kaart brengen van de zorgbehoefte (zorgdiagnostiek) en voor een deel op het verzamelen van gegevens als bijdrage aan de ziektediagnostiek van de huisarts.

Een goede geriatrische anamnese levert volledige en betrouwbare gegevens op over het actueel functioneren van de kwetsbare oudere in zijn omgeving. Een dergelijke anamnese is geen gemakkelijke opgave. Het is bekend dat ouderen hun klachten vaak anders dan gebruikelijk of zelfs geheel niet presenteren. Angst voor de gevolgen, bijvoorbeeld ziekenhuisopname of uithuisplaatsing, het toeschrijven van de klachten aan ouderdom, en ook cognitieve beperkingen bij de oudere, zijn de voornaamste redenen hiervoor. Daarom wordt in het casusleren speciaal aandacht besteed aan die communicatie- en observatievaardigheden die kunnen helpen een volledig beeld van de thuiswonende oudere te verkrijgen.

Proces

Op initiatief van de coach worden overlegmomenten vastgesteld. Vijf praktijksituaties worden met de deelnemer op een gestructureerde wijze telefonisch besproken (zie kader 3). De gegevens van de verpleegkundige deelnemers en hun motivatie voor deelname aan het trainingsprogramma worden door de coach in het individuele leerproces van de betreffende verpleegkundige meegenomen.

Inhoud

Fase 1

Voorbespreking van het eerste huisbezoek
- verzamelen van gegevens

Een goede voorbereiding op het eerste huisbezoek bevordert doelgericht en efficiënt werken en is daarom van het grootste belang. Een bezoek aan de patiënt thuis heeft een aantal voordelen boven het ontvangen van de patiënt op de praktijk. Bij dat bezoek kan het feitelijk functioneren in huis waargenomen worden: wordt er een kopje koffie gezet en hoe verloopt dat, ziet het huis er verzorgd uit, loopt de patiënt stabiel en veilig?

De voorbespreking bereidt de verpleegkundigen voor op deze situatie en maakt hen attent op het inzetten van hun voorkennis bij het doorvragen en gericht observeren van de kwetsbare oudere in zijn thuissituatie.

Voorkennis over een aantal aspecten kan van invloed zijn op het afnemen van de anamnese en het observeren van de kwetsbare oudere.

Die aspecten zijn:

- De identiteit van de hulpvrager: is de kwetsbare oudere ook de hulpvrager?
- Het sociaal netwerk van de kwetsbare oudere: is er een mantelzorger en wie is tijdens het huisbezoek aanwezig?
- Voorgeschiedenis van de oudere: wat is via het huisartseninformatiesysteem (HIS) al bekend over de voorgeschiedenis en het medicatiegebruik?

- Informatie van hulpverleners over de kwetsbare oudere. Soms is de patiënt al bekend bij de verpleegkundige zelf of bij eventuele andere betrokken hulpverleners.

Fase 2

Nabespreking van het eerste huisbezoek
- doornemen van de anamnese en hetero-anamnese

- selecteren, interpreteren en verslagleggen van de gegevens

- formuleren van zorgproblemen

Na het huisbezoek gaat de verpleegkundige onder begeleiding van de coach na welke gegevens nog ontbreken, wie nog aanvullende informatie heeft en welke meetinstrumenten mogelijk nog ingezet moeten worden om tot een volledig beeld van de kwetsbare oudere te komen. In een heteroanamnese bij de mantel-

Het EASYcare-instrument bestaat uit:

- algemeen deel met vragen over zintuigen, welbevinden en communicatie
- afhankelijkheidsscore voor ADL en IADL
- stemmingsscreening
- cognitieve screening
- doelbepaling: de oudere geeft zelf aan wat prioriteit heeft bij de verbetering van zijn situatie

Kader 2

Coaching eerste patiënt

Fase 1: Voorbespreking van het eerste huisbezoek

- verzamelen van gegevens

Fase 2: Nabespreking na het eerste huisbezoek

- doornemen anamnese en heteroanamnese
- selecteren, interpreteren en verslagleggen van de gegevens
- formuleren zorgproblemen
- voorstellen van rapportagemogelijkheden
- bespreken overleg met huisarts

Fase 3: Evaluatie 6 weken na het eerste huisbezoek

- bespreken van het zorg- en behandelplan
- zorgcoördinatie

Fase 4: Evaluatie 3 maanden na het eerste huisbezoek

- bespreking voortgang

Kader 3

zorger of contactpersoon verifieert de verpleegkundige waar nodig de informatie die de kwetsbare oudere in de anamnese verstrekt heeft. Alle gegevens worden geselecteerd en geïnterpreteerd en daarna worden de zorgproblemen geformuleerd en teruggekoppeld naar de huisarts. Nadat de huisarts zijn ziektediagnostisch onderzoek heeft afgerond wordt een gezamenlijk overleg gepland over de bevindingen.

Fase 3

Evaluatie 6 weken na het eerste huisbezoek - bespreken van het zorg- en behandelplan - zorgcoördinatie

Na zes weken heeft de verpleegkundige een zo volledig mogelijk beeld van de patiënt verkregen. Er is ook een heteroanamnese afgenomen bij de mantelzorger. Deze kan belangrijke informatie geven over het functioneren van de kwetsbare oudere. Er is ook aandacht voor de belastbaarheid van de – in veel gevallen zelf ook kwetsbare – mantelzorger. De mate van belastbaarheid is essentieel voor een stabiele situatie thuis.

Op basis van de vastgestelde problemen en met inachtneming van de wensen en mogelijkheden van de patiënt en diens mantelzorger, wordt in overleg met de huisarts vastgesteld welke interventies het meest geschikt zijn. Deze worden vastgelegd in het zorg- en behandelplan. Daarin wordt ook de taakverdeling tussen de huisarts en de verpleegkundige bij de planning en uitvoering van de interventies opgenomen. Op die manier is het voor alle betrokkenen duidelijk wie het eerste aanspreekpunt – en daarmee zorgcoördinator – is.

Fase 4

Evaluatie 3 maanden na het eerste huisbezoek - bespreken van de voortgang

In het zorg- en behandelplan is voorzien in het plannen van vaste evaluatiemomenten en het vastleggen van de resultaten daarvan. Tijdens deze evaluatiemomenten komt het effect van ingezette interventies aan de orde en ook de vraag of er veranderingen in de zorgbehoefte zijn. Geplande evaluatie is noodzakelijk omdat kwetsbaarheid zelden omkeerbaar is en een progressief en vaak onvoorspelbaar beloop heeft.

Reflecteren als leermethode

Het verzamelen van gegevens met behulp van het EASYcare-instrument vormt de basisstruc-

tuur van de geriatrische anamnese. Daarom gebruiken de coaches binnen het casusleren het instrument als kapstok om verschillende vaardigheden, zoals doorvragen en observeren, die in de praktijk vloeiend in elkaar overlopen, te bespreken. Alle vragen van het instrument worden apart met de verpleegkundige doorgenomen en de antwoorden worden geanalyseerd.

Doorvragen

Om uiteenlopende redenen presenteren ouderen hun klachten anders dan gebruikelijk of helemaal niet. Om toch een totaal en betrouwbaar beeld van het lichamelijk en cognitief functioneren van de patiënt te krijgen, helpt de coach de verpleegkundige een geriatrische grondhouding van doorvragen aan te leren. Dit betekent dat de verpleegkundige leert niet te snel genoegen te nemen met een antwoord. Dit vraagt soms om een licht confronterende houding: zeggen dat je het antwoord niet helemaal begrijpt, vragen naar een concreet voorbeeld van de laatste week of een situatie laten beschrijven. Voortdurend is de verpleegkundige zich tijdens het huisbezoek bij ieder onderdeel van het functioneren/onderwerp van de anamnese bewust van de vragen ‘wat is er veranderd, sinds wanneer en waarom?’.

Observeren

Gericht observeren is een ander belangrijk onderdeel van de geriatrische grondhouding. De coach bespreekt de observatiemogelijkheden die de verpleegkundige bij het huisbezoek heeft. Zij gaat met behulp van haar zintuigen voortdurend na: wat zie ik, wat ruik ik, wat hoor ik en wat voel ik? Het spiegelen van emoties of gedrag van de kwetsbare oudere kan ervoor zorgen dat verbaal niet geuite problemen toch aan de oppervlakte komen. Het is belangrijk discrepanties vast te leggen tussen datgene wat de verpleegkundige waarneemt en dat wat de patiënt vertelt. Deze kunnen later getoetst worden bij de patiënt of de mantelzorger.

Voorbeeldcasus observeren en doorvragen

Mw. K verliest gewicht zonder aanwijsbare lichamelijke oorzaken. De verpleegkundige weet vanuit de scholing dat er meerdere oorzaken kunnen zijn voor dit probleem en dat deze elkaar kunnen beïnvloeden. Voedingsproblemen kunnen onder meer veroorzaakt worden door depressie, verdriet, angst, pijn,

eenzaamheid, dementie, bijwerkingen van medicatie, mobiliteitsproblemen, incontinentie, kennistekort en/of combinaties van deze problemen. Het EASYcare-instrument bevat vragen die een relatie hebben met bovengenoemde problemen. In het voorbeeld in kader 4 komen het doorvragen en de observatiemogelijkheden rond het bereiden van de maaltijden aan bod.

Effecten van casusleren

De verpleegkundigen zijn vrijwel unaniem positief over het gebruik van het EASYcare-instrument als handvat om een geriatrische anamnese af te nemen. Het biedt structuur in de veelheid van problemen waar kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers mee te maken hebben. Verpleegkundigen ervaren het casusleren als prikkelend. Zij gaan er door beseffen hoe complex en arbeidsintensief de zorg voor kwetsbare ouderen kan zijn. Zij gaan ook meer inzien wat ze kunnen betekenen voor de mantelzorger en hoe belangrijk het is daar aandacht aan te besteden. Daarnaast krijgen ze al doende inzicht in de omvang en veranderlijkheid van de regionale sociale kaart. De coaches merken het effect van het casusleren als zij met de verpleegkundigen een volgende casus bespreken. Het lijkt erop dat de in de praktijk bij de eerste casus verworven kennis in een volgende soortgelijke situatie toegepast kan worden.

Concluderend: casusleren lijkt effectief en het maakt de deelnemers enthousiast over de meerwaarde van hun bijdrage aan de zorg voor kwetsbare ouderen.

Knelpunten bij casusleren

Verpleegkundigen blijven het lastig vinden om zich een compleet beeld te vormen van de problematiek van kwetsbare ouderen. Dit is deels te wijten aan de complexiteit en onderlinge verwevenheid van de problemen. Maar ook ligt er een aantal belemmeringen bij de verpleegkundige zelf. Het is bijvoorbeeld geen vanzelfsprekendheid dat de verpleegkundige zich voordat ze de patiënt gaat zien verdiept in de gegevens die al bekend zijn over deze kwetsbare oudere. Hierdoor mist de verpleegkundige mogelijk essentiële informatie of ze verricht dubbel werk door bekende informatie opnieuw te inventariseren. Dit kan frustrerend zijn voor de patiënt en de mantelzorger.

Ook beoordelen verpleegkundigen nog te vaak de informatie die ze bij de patiënt verzamelen als voldoende betrouwbaar. Vanwege de ver-

Doorvragen	Observeren	Deze vraag geeft meer duidelijkheid over (de aanwezigheid van):
Bent u in staat uw eigen maaltijden te bereiden? Waar loopt u tegenaan?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ staan er pannen op het fornuis/ruik je eten/staat er afwas ▪ observeer je problemen bij het koffie zetten zoals: <ul style="list-style-type: none"> - moeite met het apparaat bedienen - onvoldoende veiligheid door b.v. slechte visus - weet mw. voortdurend niet meer waarmee ze bezig is tijdens het koffie zetten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mate van ziekte-inzicht/ziektebesef ▪ mate van afhankelijkheid ▪ mogelijke oorzaken van afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> - onvoldoende planning en overzicht - apraxie/agnosie - mobiliteitsproblemen - pijn - visusproblemen
Wat gaat u vandaag koken? Kunt u mij vertellen hoe u dit gaat doen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kan mw. deze informatie reproduceren? ▪ zijn er woordvindstoornissen ▪ valt mw. veelvuldig in herhaling ▪ kan mw. zich concentreren ▪ begrijpt mw. de vraag ▪ is er façadegedrag 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ problemen van geheugen, planning of overzicht
Vindt u eten belangrijk? Kunt u genieten van eten? Is dit veranderd?		<ul style="list-style-type: none"> ▪ stemmingsproblematiek ▪ eenzaamheid
Kunt u mij vertellen wat u gemiddeld op een dag eet en drinkt?		<ul style="list-style-type: none"> ▪ inzicht voedingswaarde maaltijden ▪ geheugenproblemen ▪ kennisniveau t.a.v. gezond eten ▪ dagstructuur
Kunt u mij vertellen waar u de boodschappen haalt? Hoe doet u dat? Hoe betaalt u de boodschappen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ hoe loopt mw.? ▪ is mw. valgevaarlijk/sprake van valangst ▪ is de koelkast gevuld met eten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mate van afhankelijkheid ▪ mobiliteitsprobleem of valangst ▪ problemen in planning en overzicht ▪ oriëntatieproblemen ▪ inzicht in eigen financiële situatie ▪ vermogen om met geld om te gaan
Wie vraagt u om hulp als u problemen hebt met koken of boodschappen doen?		<ul style="list-style-type: none"> ▪ kennisniveau t.a.v. de sociale kaart ▪ aanwezigheid mantelzorger en andere sociale contacten ▪ belasting mantelzorger

Kader 4. EASYcare vraag: Bent u in staat uw eigen maaltijd te bereiden?

trouwensrelatie met de patiënt vindt de verpleegkundige het moeilijk de gegeven informatie buiten de patiënt om te verifiëren. Ook het met de patiënt bespreken van mogelijke discrepanties tussen diens verhaal en de observaties van de verpleegkundige wordt als lastig ervaren. Naast problemen die te maken hebben met het vormen van een compleet beeld van de situatie van de kwetsbare oudere ervaren verpleegkundigen ook nog steeds knelpunten bij het opstellen van een zorg- en behandelplan. Sommigen komen hier niet aan toe omdat ze te lang met de probleeminventarisatie bezig zijn. Anderen zijn gewend oplossingsgericht te werken en staan te weinig stil bij het proces van gegevensverzameling. Dit kan ertoe lei-

den dat voor de betreffende patiënt onvoldoende onderbouwde en onvoldoende vraaggestuurde interventies worden ingezet.

Over de samenwerking met de huisarts, waarin communicatie belangrijk maar niet vanzelfsprekend is, oordelen verpleegkundigen dat het gezamenlijk opstellen van het zorg- en behandelplan en de taakverdeling daarbinnen onvoldoende aan bod komen.

Veel verpleegkundigen vinden het ook moeilijk te bepalen waar hun taak ophoudt en de taak van een andere hulpverlener begint. Dit is ook aan de orde als de verpleegkundige de rol van zorgcoördinator toebedeeld krijgt.

Ten slotte: het valt op dat de deelnemende verpleegkundigen die al een ruim aanbod aan

informatie hebben, via allerlei wegen op eigen initiatief extra vakkennis hebben verzameld.

Conclusie en adviezen

Verpleegkundigen hebben behoefte aan structuur wat betreft hun aandeel in de zorg voor kwetsbare ouderen. De scholingsbijeenkomsten van het EASYcareGIDS-project en het EASYcare-instrument bieden hiertoe voldoende mogelijkheden en handvatten. Maar alleen scholing en een instrument zijn niet voldoende. Het traject van coaching aan de hand van praktijksituaties zorgt aansluitend bij de scholing dat de betrokken verpleegkundige een goed inzicht krijgt in de complexiteit van de problemen van deze patiënten en in de

kwaliteitsnormen voor goede zorg aan hen. De verpleegkundigen uit het EASYcareGIDS-project geven aan dat ze na afronding van het project gebruik willen blijven maken van het EASYcare-instrument en de bijbehorende werkwijze. Over de implementatie daarvan moet nagedacht worden. Het trainingsprogramma (scholing en coaching) kan hierbij als uitgangspunt dienen.

In de eerste lijn is er een sterke behoefte aan een nieuwe visie op zorg die ertoe bijdraagt dat een kwetsbare oudere zo zelfstandig mogelijk kan blijven functioneren. Verpleegkundigen kunnen een belangrijke rol spelen in de integratie van zorg- en welzijnsaspecten en het in kaart brengen van de volledige situatie waarin de patiënt leeft. In samenspraak met de patiënt kunnen dan duurzame oplossingen ingezet worden. Hiervoor is investeren in verpleegkundigen in de eerste lijn een noodzaak. Er dient meer duidelijkheid te komen over de functie-inhoud en taakafbakening van de verpleegkundigen en over de functie van zorgcoördinator voor kwetsbare ouderen.

Voorwaarden om verbetering van zorg aan kwetsbare ouderen te realiseren zijn een toereikend budget voor instellingen in de eerste lijn en, daaraan voorafgaand, bewustwording bij de bestuurders van deze instellingen van de noodzaak om te investeren in de kwaliteit van de verpleegkundigen. ■

Noot

1 Waar in het vervolg 'verpleegkundige' staat worden praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen bedoeld.

Het EASYcare zorgmodel

In mei 2002 ging het project EASYcare van start. Kern van dit project is een zorgmodel op basis van de principes van intermediate care: multidisciplinaire zorg tussen de eerste en tweede lijn. Het Geriatric Intermediate Care Programme (GIP), zoals dat in de EASYcare studie wordt uitgevoerd (GIP/EASYcare), is een multidisciplinair zorgmodel, gedragen door verpleegkundige (wijkverpleegkundige, praktijkverpleegkundige en gespecialiseerd verpleegkundige geriatrie), huisarts en klinisch geriater, waarbij een interventie uitgevoerd wordt bij ouderen (>75 jaar) die thuis of in een verzorgingshuis wonen en een recent aan de huisarts gepresenteerde geriatrische problematiek hebben. De doelstelling van de interventie is het verbeteren van het functionele niveau en de kwaliteit van leven van zowel patiënt als mantelzorger. In mindere mate kan een (aanvullende) diagnosevraag aan de orde zijn. Het is de bedoeling dat de interventie aansluit bij de doelen die patiënt en mantelzorger zich stellen. De interventie is in middelen en tijd afgebakend en vindt plaats bij de patiënten thuis. In de uitvoering ervan neemt de verpleegkundige taken van de huisarts over of voert aanvullende (zorg)taken uit. Verpleegkundige en huisarts krijgen hierbij inhoudelijke ondersteuning van een klinisch geriater.

Niet iedereen die ouder is dan 75 jaar kan zorg volgens het GIP ontvangen. Er moet sprake zijn van een gezondheidsprobleem gelegen op één van de volgende gebieden: cognitie, gedrag, mobiliteit, urine-incontinentie, voeding, stemming. Voor deze probleemgebieden zijn richtlijnen ontwikkeld die als leidraad dienen voor het verpleegkundig proces van diagnostiek, interventie, evaluatie en verslaglegging.

Inmiddels is het programma positief geëvalueerd: Easycare verhoogt het welbevinden en de zelfredzaamheid van patiënten

Literatuur

Rene J.F. Melis, Monique I.J. van Eijken, Steven Teerenstra, Theo van Achterberg, Stuart G. Parker, George F. Borm, Eloy H. van de Lisdonk, Michel Wensing & Marcel G.M. Olde Rikkert (2008). A Randomized Study of a Multidisciplinary Program to Intervene on Geriatric Syndromes in Vulnerable Older People Who Live at Home (Dutch EASYcare Study). *Journal of Gerontology* 63A, (3), 283–290.

De afdeling Geriatrie van het UMC St Radboud verzorgt meerdere keren per jaar een training Easy-care. Zie voor meer informatie www.tvzdirect.nl/TvZ

Kader 5